

RAPPORTO SULLA CAMPAGNA VACCINALE E SULLA GESTIONE DELLA COVID-19

50 DOMANDE PRETENDONO RISPOSTA

(maggio 2022)

SOMMARIO

- p. 3 – Premessa
- p. 6 – Mancata informazione
- p. 7 – Incompletezza e mancata sicurezza negli studi
- p. 9 – Mancata esenzione per i soggetti a rischio
- p.10 – Mancata esenzione per chi è già immunizzato
- p.17 – Durata dell'immunità e immunità artificiale
- p.20 – Perché la *spike*?
- p.21 – Non efficacia di questi vaccini
- p.28 – Contagiosità dei vaccinati
- p.32 – Vaccinati che s'infettano
- p.33 – Pericolosità vaccinale
- p.46 – Il non-senso sui bambini
- p.47 – Inaffidabilità dei tamponi
- p.48 – Mortalità dei vaccini
- p.53 – *Fast-track*
- p.55 – Terapie ignorate e negate
- p.64 – Terapie avversate
- p.67 – I protocolli della morte
- p.70 – Studi fasulli
- p.74 – Il Ministero contro i medici
- p.75 – Studi inattendibili
- p.82 – Cinquanta domande pretendono risposta
- p.90 – Ipotesi conclusiva
- p.93 – Firmatari

*A Giuseppe De Donno, a Franco Trinca
e a tutti i martiri della ricerca della verità.*

PREMESSA

Il Comitato “11 aprile” e i medici firmatari di questo documento denunciano le mancanze, gli errori, la mal gestione, i falsi scientifici e le azioni contrarie alle leggi e Scienza medica, nell’epidemia denominata CoViD-19.

La Medicina insegna che i vaccini sono stati e sono indispensabili e preziosi nelle infezioni gravi che non si potevano o non si possono curare, mentre nelle infezioni curabili o comunque non gravi vanno valutati nei singoli casi secondo il rapporto costi/benefici. La vaccinazione comporta sempre dei rischi, motivo per cui la scienza raccomanda di stabilire di volta in volta il rapporto rischio benefico.¹ Nel caso della CoViD-19, il vaccino non è indispensabile trattandosi di un’infezione curabile e non grave, con una letalità inferiore all’1% (0,2 – 0,6% per la prima ondata, nella stima di Giorgio Palù, versus il 10% della SARS e il 37% della MERS; ridottasi ulteriormente con la variante omicron)², mentre invece i rischi vaccinali si sono presentati alti fin dall’inizio.³ La Medicina del buon senso insegna che, quando possibile, le infezioni si curano con i farmaci, mentre, se non c’è cura, si cercano di prevenire con i vaccini. Si dovrebbero vaccinare solo le poche infezioni che non si possono curare, ma in questo modo l’industria perderebbe un business colossale.⁴

Sono note, inoltre, le estreme difficoltà obiettive a realizzare un vaccino per virus a RNA a catena singola, categoria che comprende tutti i coronavirus. Quanto detto poiché la loro instabilità genetica determina continue mutazioni (dette *quasispecie*⁵),

¹ Donzelli A., Schivalocchi A., Giudicatti G., *Non-specific effects of vaccinations in high-income setting: How to address the issue?* Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2018; 14(12):2904-10.

² Intervista al prof. Giorgio Palù su LA7 (programma *Primus inter pares*). Cfr. <https://www.bing.com/videos/search?q=giorgio+palu&ru=%2fvideos%2fsearch%3fq%3dgiorgio%2bpalu%26FORM%3dHDRSC3&view>

³ Negro F., *Is antibody-dependent enhancement playing a role in COVID-19 pathogenesis?* Swiss Med Wkly. 2020; 150: w20249.

⁴ Citro Della Riva M, *Apocalisse. Li hanno lasciati morire*. Byoblu Ed. 2022.

⁵ Le *quasispecie* virali sono collezioni di genomi virali correlate fra loro, sottoposti a continui processi di variazioni genetiche, per selezionare le più idonee a un certo ambiente. Le mutazioni si generano nelle cellule di organismi infettati. I virus a RNA e un gran numero di virus a DNA sono entità estremamente dinamiche dovute all’incessante verificarsi di mutazioni, e in alcuni casi insieme a ricombinazione e riassortimento del segmento genomico durante la loro replicazione. In tal senso, cfr. Domingo E., Perales C., *Viral Quasispecies*. PLoS Genet. 2019; 15(10):e1008271. Cfr. Domingo E., Perales C., *Quasispecies and virus*. Eur Biophys J. 2018; 47(4):443-57.

che ostacolano la produzione di vaccini, mettono ad alto rischio di complicanze, funzionano poco e possono causare vaccino-resistenza.

La formazione di mutanti è in letteratura per SARS-CoV-1⁶ e anche per SARS-CoV-2⁷. Nell'attuale pandemia si sono riscontrati moltissimi mutanti, conseguenza della trasmissione inter-umana.⁸ Le *quasispecie* possono essere indotte anche da vaccini tradizionali (virus attenuati), ma in quelli anti SARS-CoV-2, ingegnerizzati a partire dalle sequenze per la *spike*, le *quasispecie* sono ancora più frequenti, rendendo critica l'efficacia vaccinale e favorendo le reinfezioni.⁹ Con i virus a RNA a catena singola non solo è difficile ottenere l'immunità di gregge, ma sono proprio i vaccini a facilitare le più pericolose varianti,¹⁰ come si è visto nel Regno Unito e in Israele.¹¹ Quanto più alto è il numero dei vaccinati, tanto più si favorisce la formazione di varianti resistenti.¹²

Non si dovrebbe mai vaccinare durante un'epidemia, soprattutto con questi tipi di virus, “poiché il virus reagirà mutando, producendo varianti che saranno sempre più veloci di noi”.¹³ Più si vaccina, più si formano *quasispecie*, una storia infinita che mantiene l'epidemia oltre ogni limite. Le varianti si chiamano “mutazioni di fuga dal vaccino”.¹⁴ Intensificando la pressione selettiva sul virus, aumentano le varianti e la mortalità.¹⁵

⁶ Eckerle L. D. *et al.*, *Infidelity of SARS-CoV Nsp14-exonuclease mutant virus replication is revealed by complete genome sequencing*. PLoS pathogens. 2010; 6(6):e1000896. Cfr. Denison M. R. *et al.*, *Coronaviruses: an RNA proofreading machine regulates replication fidelity and diversity*. RNA Biol. 2011; 8(2):270-9. Cfr. Xu D. *et al.*, *SARS-associated coronavirus quasispecies in individual patients*. N Engl J Med. 2004; 350(13):1366-7. Cfr. Tang J. W. *et al.*, *The large 386-nt deletion in SARS-associated coronavirus: evidence for quasispecies?* J Infect Dis. 2006; 194(6):808-13.

⁷ *Genomic epidemiology of novel coronavirus – Global subsampling*, in <https://nextstrain.org/ncov/global?m=div&r=division>. Cfr. Karmakar S. *et al.*, *Comparative domain-fold analysis of the SARS-CoV-2 ORF1ab polyprotein: Insight into co-evolution, conservation of folding patterns, potential therapeutic strategies, and the possibility of reemergence*. Preprint 2020. DOI: 10.20944/preprints202004.0286.v1. Cfr. Karamitros T. *et al.*, *SARS-CoV-2 exhibits intra-host genomic plasticity and low-frequency polymorphic quasispecies*. bioRxiv 2020.03.27.009480. Cfr. Bal A. *et al.*, *Molecular characterization of SARS-CoV-2 in the first COVID-19 cluster in France reveals an amino acid deletion in nsp2 (Asp268del)*. Clin Microbiol Infect. 2020; DOI: 10.1016/j.cmi.2020.03.020.

⁸ Korber B. *et al.*, *Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2*. bioRxiv 2020.04.29.069054; doi: 10.1101/2020.04.29.069054. Cfr. Tang X. *et al.*, *On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2*. National Sci Rev. 2020; DOI:10.1093/nsr/nwaa036. Cfr. Hangping Y. *et al.*, *Patient-derived mutations impact pathogenicity of SARS-CoV-2*. medRxiv preprint DOI:10.1101/2020.04.14.20060160. Cfr. Pchetti M. *et al.*, *Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent-RNA-polymerase variant*. J Transl Med. 2020; 18(1):179.

⁹ Bolgan L., *COVID-19 - il vaccino*, in www.studiesalute.it

¹⁰ <https://www.radioradio.it/2021/05/le-parole-oscurate-di-luc-montagnier-vaccinazione-amodeo>

¹¹ <https://www.orazero.org/crolla-il-castello-di-carte-covid-il-gruppo-di-esperti-sui-vaccini-della-fda-si-schiera-contro-i-vaccini/>

¹² Rella S. A. *et al.*, *Rates of SARS-CoV-2 transmission and vaccination impact the fate of vaccine-resistant strains*. Sci Rep. 2021; 11, 15729.

¹³ <https://www.liberoquotidiano.it/news/personaggi/26609939/coronavirus-pietro-luigi-garavelli-controcorrente-mai-vaccinare-epidemia-covid-reagira-mutando.html>

¹⁴ Wang R. *et al.*, *Vaccine-escape and fast-growing mutations in the United Kingdom, the United States, Singapore, Spain, India, and other COVID-19-devastated countries*. Genomics. 2021;113(4):2158-70.

¹⁵ Gandon S. *et al.*, *Imperfect vaccines and the evolution of pathogen virulence*. Nature. 2001; 414:751-6.

Con questi tipi di virus non si riesce nemmeno a raggiungere l'immunità di gregge, poiché all'aumentare della copertura vaccinale accresce ulteriormente la spinta selettiva dei mutanti verso forme resistenti ai vaccini, rendendo superflua la vaccinazione e incrementando la selezione dei più patogeni e lo si è visto dalle prime vaccinazioni.¹⁶ La CoViD-19 inizia quasi sempre come infezione di modesta entità, del tutto curabile, anche senza vaccino.

Di conseguenza, **i vaccini per la CoViD-19 non sono affatto indispensabili, dimostrandosi**, nella realtà, così come sono stati utilizzati, **inutili e controproducenti** dal momento che stimolano le varianti. È falsa informazione che si possa raggiungere l'immunità di gregge, che invece è impossibile con questi tipi di virus. È contrario alla logica della Medicina pretendere di vaccinare per virus a RNA a catena singola e, ancor peggio, durante un'epidemia.

Entriamo adesso nel merito degli errori, delle inesattezze, delle menzogne, della non efficacia e della pericolosità di questi vaccini.

MANCATA INFORMAZIONE

I vaccini CoViD-19 sono stati autorizzati dalla Commissione Europea in via condizionale ai sensi del Regolamento CE 507/2006,¹⁷ che all'art. 8 prevede, come condizione necessaria per il loro uso legittimo, un rigoroso obbligo di informazione da parte delle autorità sanitarie e dei sanitari coinvolti nella campagna vaccinale. Quindi, chi viene inoculato dovrebbe essere espressamente informato che l'autorizzazione è solo in via subordinata e condizionale perché mancano gli studi preclinici, farmacologici e clinici, e che al momento non è confermata né la validità né la sicurezza di tali farmaci.

Invece, **le autorità sanitarie non hanno sufficientemente informato** i vaccinandosi sull'assenza di certi studi e sull'impossibilità di garantire efficacia e sicurezza e lo stesso vale per il personale vaccinatore. Le autorità e il personale **non hanno mai illustrato i pericoli** ai quali l'inoculando si stava per esporre, quando invece sarebbe stato un loro preciso e puntuale dovere etico, oltre che legale. Scrive Timothy Cardozo: "Tutti i vaccini CoViD-19 (proteici e genomici) possono sensibilizzare a malattie più gravi e all'ADE; i vaccini per SARS, MERS, Dengue e RSV non sono mai stati approvati per questo motivo e questo rischio è sufficientemente oscurato nei

¹⁶ Bolgan L., *COVID-19 - il vaccino*, in www.studiesalute.it

¹⁷ Per Pfizer/BioNTech: <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1528.htm> .

Per Moderna:

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210106150575/dec_150575_it.pdf.

Per AstraZeneca: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210129150842/dec_150842_it.pdf.

Per Johnson & Johnson: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210311151284/dec_151284_it.pdf.

Per Novavax: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211220154520/dec_154520

protocolli di sperimentazione clinica e nei moduli di consenso e il paziente non può avere un'adeguata comprensione di questo rischio, che dovrebbe invece essere divulgato".¹⁸

La popolazione è stata vaccinata senza un'adeguata comprensione dei rischi ai quali si stava esponendo, dal momento che nemmeno i moduli di consenso hanno mai chiarito che tali vaccini espongono a vari tipi di pericoli con conseguenze anche gravi e letali. Né questi rischi sono mai stati esplicitati.

Gli studi preclinici sulla tossicità generale e riproduttiva sono stati effettuati solo sui ratti, inoltre non sono stati eseguiti studi di genotossicità e di cancerogenicità sull'uomo,¹⁹ con rischio d'infertilità per lesioni all'apparato riproduttivo e per i quali andrebbe applicato il principio di precauzione.²⁰ Anche se le prove di genotossicità e cancerogenicità non sono state eseguite poiché l'OMS ha stabilito che possano essere evitate nel caso dei vaccini in genere, **lo si doveva specificare in modo chiaro nel consenso da firmare**. Sarebbe stato un preciso dovere informare la popolazione che la cancerogenicità e la genotossicità non sono state testate e quindi la somministrazione del vaccino non esclude il rischio oncologico e genotossico. Si può considerare informato un consenso che nasconde dati così importanti e noti? Il 25 febbraio 2022 è stato pubblicato uno studio che solleva preoccupazioni sul rischio di genotossicità.²¹ Non solo la popolazione non è stata informata, ma è stata contro-informata e il messaggio passato alla popolazione è stato: la CoViD-19 è un'infezione incurabile, per cui se t'infetti, muori. Perfino il presidente del Consiglio ha impropriamente dichiarato, alla conferenza del 22/7/21: *"Ti ammali, muori. Ti ammali, contagi. Lui, lei muore. Questo è"*.²²

INCOMPLETEZZA E MANCATA SICUREZZA NEGLI STUDI

¹⁸ Cardozo T, Veazey R, *Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease*. Int J Clin Pract. 2020; e13795. doi: 10.1111/ijcp.13795

¹⁹ ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf. Con Novavax sono stati condotti studi di genotossicità in vitro con l'adiuvante Matrix-M e l'adiuvante si è dimostrato non genotossico. Con Spikevax, il potenziale di genotossicità per l'uomo è risultato molto basso.

²⁰ <https://www.europeanconsumers.it/2020/12/18/vaccino-covid-impatto-sulla-fertilita-european-consumers-diffidalema-laifa-e-il-governo-italiano/>

<https://www.europeanconsumers.it/wp-content/uploads/2020/12/infertilita-maschile-e-COVID-19-European-consumers.pdf>

²¹ https://www-mdpi-com.translate.google/1467-3045/44/3/73/htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=op,sc

²² <https://www.nicolaporro.it/green-pass-un-gran-pasticcio-che-stronchera-leconomia/>

Shibo Jiang, che lavora dal 2003 allo sviluppo di vaccini per coronavirus, ha espresso le sue preoccupazioni in un articolo pubblicato su *Nature*: “Prima di consentire l'uso di un vaccino CoViD-19 nell'uomo, i regolatori dovrebbero valutare la sicurezza con una serie di ceppi virali e più di un modello animale. Dovrebbero anche richiedere forti prove precliniche che i vaccini sperimentali prevengono l'infezione. Il lavoro con il virus della SARS mostra che risposte immunitarie preoccupanti sono state osservate nei furetti e nelle scimmie, ma non nei topi. La mia preoccupazione è che il vaccino sia somministrato prima che la sua efficacia e sicurezza siano state completamente valutate in modelli animali o studi clinici”.²³ Mancano i test di challenge sugli animali (reinfezione dopo vaccinazione), che invece vengono condotti direttamente sugli esseri umani. La fase III di sperimentazione condotta sugli umani li espone al rischio di gravi malattie e di morte.²⁴

I dati relativi all'uso di Comirnaty in persone immunocompromesse e donne in gravidanza sono limitati, inoltre non esistono studi sull'allattamento. La sperimentazione e altri studi dovrebbero fornire informazioni sulla presunta capacità del vaccino di prevenire la forma grave di CoViD-19, sulla durata della protezione, sulla misura in cui protegge le persone immunocompromesse e le donne in gravidanza, e sulla capacità di prevenire i casi asintomatici. Intanto, però, si continua a vaccinare senza tali sicurezze.

Non sono stati effettuati studi d'interazione con altri medicinali o con altri vaccini. Di recente, infatti, si è visto che questi vaccini possono interferire negativamente con farmaci assunti dal soggetto.²⁵

Non sono stati effettuati studi sulla farmacocinetica dei suddetti vaccini e non è noto se possano essere trasmessi per via cutanea o respiratoria, né se vengano escreti attraverso il latte materno. I documenti ufficiali non danno alcuna informazione sulle modalità di escrezione, in particolare per quanto attiene a liquidi corporei quali quello seminale o la saliva, né per le feci o i campioni ematici.

In un suo editoriale, Peter Doshi cita Ma Tal Zaks, *chief medical officer* di Moderna: “Moderna non dispone di un potere statistico adeguato da valutare i risultati. I ricoveri e i decessi per CoViD-19 sono troppo rari per dimostrare differenze

²³ Jiang S, *Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees*. *Nature*. 2020;579(7799):321.

²⁴ Eyal N et al, *Human challenge studies to accelerate coronavirus vaccine licensure*, *J Infect Dis*. 2020; 221(11):1752-6

²⁵ Alexandra Henrion-Caude, direttrice dell'Unità di Genetica del *French Institute of Health and Medical Research*, in un'intervista alla televisione francese ha asserito che *somministrare l'mRNA a individui sani è follia inconcepibile*, tenuto conto della capacità dell'RNA d'interagire con una moltitudine di molecole (<https://youtu.be/Ff8UL-CS3S4>).

statisticamente significative in uno studio su 30.000 persone. Il nostro studio non dimostrerà la prevenzione della trasmissione virale, perché per farlo devi tamponare le persone due volte alla settimana per periodi molto lunghi e diventa finanziariamente insostenibile”.²⁶ Quindi, fin dall’inizio, la sperimentazione di questi vaccini non verteva a dimostrare la prevenzione di trasmissione del virus. Ecco che **gli studi sperimentali su questi vaccini sono incompleti e mancano i criteri di sicurezza**.

MANCATA ESENZIONE PER I SOGGETTI A RISCHIO

Gli studi, sui quali si è basata la concessione dell’autorizzazione condizionata all’immissione sul mercato, hanno escluso dalla sperimentazione: soggetti immunocompromessi; in terapia immunosoppressiva; affetti da disturbi infiammatori; fragili con altre comorbidità; in gravidanza o in allattamento; con pregressa diagnosi di CoViD-19 (questi ultimi sono stati esclusi da tutti gli studi). È molto grave, sia perché non è stata fatta sperimentazione su gran parte della popolazione che così è stata esposta a rischi non calcolati e mandata allo sbaraglio della più completa sperimentazione su esseri umani, sia perché **le stesse aziende riconoscono che questi soggetti andrebbero esentati dalla vaccinazione**. Invece non sono stati esentati affatto. La sperimentazione principale di Pfizer, ancora in corso, ossia lo “Studio per descrivere la sicurezza, la tollerabilità, l’immunogenicità e l’efficacia dei candidati al vaccino RNA contro CoViD-19 in individui sani”²⁷, esclude soggetti con ipertensione, malattia polmonare cronica, asma, storia di fumo cronico, diatesi emorragica o condizione associata a sanguinamento prolungato e altro, **tutte condizioni considerate fattori di rischio** dall’azienda produttrice, pertanto questi soggetti avrebbero dovuto essere subito esentati.

Eppure queste persone a rischio, non solo non sono state esentate, ma sono state forzate alla vaccinazione, che invece, proprio in questi casi, è stata particolarmente raccomandata. I pazienti che presentano tali fattori di rischio (indicati tra i criteri di esclusione degli studi sperimentali) sono stati costretti al trattamento vaccinale per non perdere il lavoro, mettendo a rischio la propria vita per via di una disposizione ricattatoria che altrimenti li avrebbe lasciati morire di fame. Ci si chiede in base a quale principio, scientificamente fondato, siano stati obbligati dalla legge, pur presentando le controindicazioni stabilite dalle stesse aziende produttrici.

²⁶ Doshi P, *Will covid-19 vaccine save lives? Current trials aren’t designed to tell us*. BMJ. 2020; 371:m4037

²⁷ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>. (Studio di fase 1/2/3, randomizzato, controllato con placebo, che ha coinvolto 43998 partecipanti, iniziato il 29 aprile 2020 con termine stimato il 15 maggio 2023)

MANCATA ESENZIONE PER CHI È GIÀ IMMUNIZZATO

Non si deve mai vaccinare chi ha già anticorpi specifici: è una regola della Medicina che vale per qualsiasi vaccinazione. Nella vaccinazione SARS-CoV-2, invece, sono stati disattesi molti parametri della Scienza medica e del buon senso e, di conseguenza, i cittadini con anticorpi anti SARS-CoV-2 sono stati comunque vaccinati.²⁸ Questo è particolarmente grave per almeno tre motivi. Primo: **è inutile vaccinare chi possiede già anticorpi** e la vaccinazione in questi casi è priva di senso. Giuseppe Ippolito, Direttore generale della Ricerca e dell'Innovazione del Ministero della Salute, ha dichiarato: «chi ha avuto la Covid non si deve vaccinare perché ha gli anticorpi naturali».²⁹ Perfino la legge Lorenzin del 2017 esonera dall'obbligo vaccinale i bambini precedentemente immunizzati.³⁰ Il secondo è una palese contraddizione: da un lato, la positività al sierologico è fra i Criteri di Esclusione del Protocollo di studio clinico,³¹ per cui **viene escluso dallo studio chi è già immunizzato**, a prescindere da quanto tempo (quindi si considera immunizzato a vita chi ha contratto la malattia), dall'altro, viene vaccinata l'intera popolazione senza tener conto della positività sierologica e la si obbliga all'inoculazione a distanza di sei mesi dalla malattia (in alcuni casi dopo tre)³² senza alcuno screening anticorpale.

Anche l'ISS sottolinea l'importanza dei test sierologici: “I test sierologici rilevano l'esposizione al virus, evidenziando la presenza di anticorpi contro il virus. I test sierologici sono utili per una valutazione epidemiologica della circolazione virale, per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità”.³³ Da uno studio riportato da *Science*, le risposte immunitarie umorali svolgono un ruolo fondamentale nella protezione degli individui dall'infezione da SARS-CoV-2, in particolare attraverso l'attività degli anticorpi

²⁸ <http://www.regioni.it/sanita/2021/03/04/ministero-della-salute-circolare-vaccinazione-dei-soggetti-che-hanno-avuto-uninfezione-da-sars-cov-2>

²⁹ <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-12-03/-covid-ippolito-chi-ha-avuto-la-malattia-non-deve-vaccinarsi-10527197/>

³⁰ L'art. 2 del Decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 convertito in Legge 119/2017 recita: “L'**avvenuta immunizzazione** a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante, ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Ministro della Sanità 15 dicembre 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 dell'8 gennaio 1991, ovvero dagli esiti dell'analisi sierologica, **esonera dall'obbligo** della relativa vaccinazione.”

³¹ <https://www.novavax.com/sites/default/files/2020-11/2019nCoV302Phase3UKVersion2FinalCleanRedacted.pdf> Dal Protocollo di studio Clinico del vaccino, al punto 4.2: sono esclusi i partecipanti con «Anamnesi di CoViD-19 confermata in laboratorio (mediante PCR o sierologia per SARS-CoV-2) per quanto riguarda l'infezione contratta in qualsiasi momento prima della randomizzazione».

³² <https://www.dgc.gov.it/web/faq.html#pguarite>

³³ <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=244>

neutralizzanti. Di conseguenza, i test sierologici sono determinanti per verificare la presenza di precedenti infezioni da SARS-CoV-2.³⁴

Il terzo motivo è che **vaccinare chi è già immunizzato vuol dire esporlo all'alto rischio di gravi complicanze**. Con i virus a RNA a catena singola che incontrano una variante simile ma non uguale, gli anticorpi possono essere meno efficaci (detti “subottimali”) e il patogeno, evadendo il controllo, può scatenare linfopenia, tempesta citochinica, autoimmunità, polmonite eosinofila e decesso.³⁵ Il potenziamento dipendente dall'anticorpo (ADE, *Antibody Dependent Enhancement*) è una grave reazione avversa dovuta ad anticorpi subottimali derivanti da un'infezione precedente.³⁶ L'ADE è molto frequente nelle infezioni da coronavirus.³⁷ Il vaccino per SARS-CoV-2 ha una sequenza modellata sull'originale fornito da Wuhan nel 2020 (Wuhan 1), diversa dalle tante varianti successive, pertanto gli anticorpi da vaccino e quelli da virus circolante sono diversi: l'ADE si può innescare se si viene vaccinati avendo già anticorpi e, invece di essere distrutto, il virus resiste agli anticorpi deboli replicandosi in modo incontrollato nei macrofagi e nelle cellule epiteliali respiratorie. Infetta il sistema immunitario, sfugge al controllo, si blocca la produzione d'interferone, la malattia riparte in forma più grave, spesso fatale, rendendo il vaccino inefficace e mortale.³⁸ Gli anticorpi prendono di mira un

³⁴ <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.abd2223>

³⁵ J Immunol. 2019 Jan 15;202(2):335-340. doi: 10.4049/jimmunol.1801149. *Original Antigenic Sin: How First Exposure Shapes Lifelong Anti-Influenza Virus Immune Responses*. Zhang A et al.

³⁶ Scott Halstead negli anni Sessanta, studiando il virus della Dengue, scoprì che pazienti esposti al virus una seconda volta manifestavano un aumentato rischio di complicanze gravi rispetto a chi era esposto per la prima volta: lo chiamò “potenziamento dell'infezione da anticorpi” e può riguardare tutti i virus a RNA a catena singola (*Host Response to the Dengue Virus* <https://www.nature.com/scitable/topicpage/host-response-to-the-dengue-virus-22402106>)

³⁷ Negro F, op. cit. 2020.

³⁸ Bolgan L, [COVID-19 – il vaccino. www.studiesalute.it](http://www.studiesalute.it).

Jaume M et al, *SARS CoV subunit vaccine: antibody-mediated neutralization and enhancement*. Hong Kong Med J. 2012; 18 Suppl 2:31-6.

Tseng CT et al, *Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonary immunopathology on challenge with the SARS virus*. PLoS One. 2012; 7(4): e35421.

Bolles M et al, *A double-inactivated severe acute respiratory syndrome coronavirus vaccine provides incomplete protection in mice and induces increased eosinophilic proinflammatory pulmonary response upon challenge*. J Virol. 2011; 85(23):12201-15.

Wang Q et al, *Immunodominant SARS Coronavirus Epitopes in Humans Elicited both Enhancing and Neutralizing Effects on Infection in Non-human Primates*. ACS Infect Dis. 2016; 2(5):361-76.

Ricke DO, *Two Different Antibody-Dependent Enhancement (ADE) Risks for SARS-CoV-2 Antibodies*. Front Immunol. 2021; 12:640093. Published 2021 Feb 24. doi:10.3389/fimmu.2021.640093.

sierotipo di virus, ma ne neutralizzano solo un altro, determinando ADE in quest'ultimo.³⁹

Sarebbero da **esentare anche e soprattutto coloro che hanno pochissimi anticorpi (appena superiori allo zero), poiché presentano un più elevato rischio di complicanze gravi da vaccino, rispetto a chi ha anticorpi più concentrati.**⁴⁰ Gli anticorpi “subottimali”, ovvero deboli o poco concentrati, mettono a maggiore rischio di ADE in caso di vaccinazione, come la letteratura medico-scientifica.⁴¹ Invece sono stati sistematicamente rifiutati gli esoneri alla vaccinazione di soggetti con alto numero di anticorpi e, a maggior ragione (a dimostrazione della grave e dilagante ignoranza scientifica dimostrata nella campagna vaccinale) di coloro che li avevano scarsamente concentrati.

Tutti i positivi al sierologico avrebbero dovuto essere esentati dall'inoculazione, invece sono stati costretti come gli altri e nessun sierologico è mai stato richiesto prima della vaccinazione.

Si aggiunge che gran parte della popolazione aveva da subito sviluppato un'ampia immunità naturale, tramite i linfociti T e B, pur rimanendo negativa al test sierologico e/o ai test PCR: infatti **la mancanza di anticorpi specifici non significa assenza di memoria immunitaria.**⁴² L'immunità preesistente conferita dai linfociti T4 e T8 all'antigene SARS-CoV-2 deriva dall'aver memorizzato antigeni virali comuni ad altri virus, come i coronavirus dell'influenza e il CMV.⁴³ Questo fa pensare che milioni di persone fossero già immuni verso il virus pandemico prima ancora della sua comparsa. Buona parte della popolazione aveva già all'esordio un'immunità per SARS-CoV-2 basata sui linfociti T dovuta ad altre infezioni precedenti.

Uno studio su *Nature* dimostra che alcuni soggetti erano già immunizzati contro SARS-CoV-2 per aver contratto 17 anni prima il SARS-CoV-1, grazie alla memoria dei linfociti T4 e T8 che hanno prodotto un gamma interferone contro la proteina N di SARS-CoV-2. Nello stesso studio si riportano 31 persone che non avevano mai avuto infezioni da SARS o da CoViD-19 eppure possedevano linfociti T specifici per SARS-CoV-2.⁴⁴ Uno studio conferma che il 90% degli abitanti di Stoccolma era immune verso SARS-CoV-2 già

³⁹ Wan Y et al, *Molecular mechanism for antibody-dependent enhancement of coronavirus entry*. J Virol. 2020; 94: e02015-19.

⁴⁰ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

⁴¹ Iwasaki A et al, *The potential danger of suboptimal antibody responses in COVID-19*. Nat Rev Immunol. 2020; 20:339-341.

⁴² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34322120/>

⁴³ Mahajan S et al. *Immunodominant T-cell epitopes from the SARS-CoV-2 spike antigen reveal robust pre-existing T-cell immunity in unexposed individuals*. Sci Rep. 2021; 11:13164.

⁴⁴ Le Bert N et al, *SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls*. Nature. 2020; 584(7821):457-462.

dopo la prima ondata, per una somma fra l'immunità naturalmente acquisita pre-pandemica (62%) e l'immunità acquisita dall'incontro con il virus (27%).⁴⁵ Nel 2009, durante l'epidemia di virus H1N1, la maggior parte dei soggetti che non avevano mai incontrato questo virus ha mostrato linfociti T8 (cross-reattivi con le proteine di altri virus) specifici per H1N1.⁴⁶ L'espansione clonale dei linfociti (come i NK e T8 che rispondono al CMV) li può far cross-reagire con patogeni che non avevano ancora incontrato.⁴⁷

Anche nella CoViD-19 si è vista un'immunità post-infettiva dei linfociti T, perfino in individui convalescenti sieronegativi, e l'81% dei non esposti aveva già l'immunità da linfociti T, associata a una lieve sintomatologia.⁴⁸ Un'immunità a lungo termine da anticorpi neutralizzanti è impensabile nell'attuale epidemia, ma questo non deve preoccupare poiché a difendere dalle reinfezioni e dalle mutazioni rimangono i linfociti di memoria B e T. Sono regole fondamentali dell'immunologia che non si possono e non si devono trascurare.

Pare che il 20-50% della popolazione avesse già linfociti T attivati contro SARS-CoV-2 per "cross-reazioni", ovvero per similitudini di certe sequenze con quelle di altri virus precedentemente incontrati, come orthomyxovirus, coronavirus, HCV, HIV-1, EBV, CMV. La memoria di questi linfociti T può impedire le forme gravi d'infezione. L'epidemia non ci ha colti impreparati, poiché questa preesistente difesa si dimostra ancora più efficace di quella data dagli anticorpi neutralizzanti. Inoltre, i linfociti T sono più resistenti nel riconoscere e combattere nuove varianti, compresa la omicron, a differenza degli anticorpi neutralizzanti. «Gli individui con potenziale esposizione al SARS-CoV-2 non sviluppano necessariamente PCR o positività agli anticorpi, suggerendo che alcuni possano eliminare l'infezione subclinica prima della sierconversione. I linfociti T possono contribuire alla rapida eliminazione di SARS-CoV-2 e di altre infezioni da coronavirus».⁴⁹ Questo studio cita in nota una cinquantina di altri studi sull'argomento.

I linfociti T *helper* follicolari indicano la maturazione della risposta immunitaria umorale e l'instaurazione di un pool di cellule B di memoria specifiche pronte a rispondere rapidamente a una possibile reinfezione.⁵⁰

⁴⁵ Carlsson M et al, *Indications that Stockholm has reached herd immunity, given limited restrictions, against several variants of SARS-CoV-2*. medRxiv. 2021.07.07.21260167.

⁴⁶ Scheible K et al, *CD8+ T cell immunity to 2009 pandemic and seasonal H1N1 influenza viruses*. *Vaccine*. 2011; 29(11):2159-68.

⁴⁷ Adams NM et al, *Clonal expansion of innate and adaptive lymphocytes*. *Nat Rev Immunol*. 2020; 20:694–707.

⁴⁸ Nelde A et al. *SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition*. *Nat Immunol*. 2021; 22, 74–85.

⁴⁹ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-04186-8>

⁵⁰ <https://www.nature.com/articles/s41577-020-00436-4>

Moltissimi studi confermano l'efficacia dell'immunità naturale indotta dalle cellule B,⁵¹ e T,⁵² nei soggetti guariti dall'infezione con SARS-CoV-2. In uno studio del 16 settembre 2021 si afferma: «Il genoma SARS-CoV-2 codifica per 25 diverse proteine virali. Tuttavia, molti studi immunologici si sono concentrati sulla risposta immunitaria contro la proteina Spike. Questo studio è stato progettato per ottenere una comprensione dettagliata dell'ampiezza e della specificità della risposta dei linfociti T4. Abbiamo rilevato una risposta delle cellule T universalmente ampia con in media più di venti risposte peptidiche per il per paziente».⁵³

La rivista *Nature*, l'11 gennaio 2022, riportava l'efficacia dei linfociti T (nei guariti) nel riconoscere la variante omicron e l'importanza di prendere in considerazione la minore pericolosità di questa variante: i livelli dei linfociti T non tendono a svanire rapidamente come gli anticorpi dopo un'infezione o una vaccinazione. Poiché i linfociti T possono riconoscere molti più siti lungo la proteina *spike* rispetto agli anticorpi, sono in grado di riconoscere meglio le varianti mutate.

«Quello che sembra un elevato numero di mutazioni non intacca la risposta dei linfociti T», afferma Burgers, che lavora all'Università di Città del Capo in Sud Africa e studia le varianti del SARSCoV-2. «Il quadro che sta emergendo è che le [nuove] varianti rimangono altamente suscettibili alle risposte dei linfociti T», afferma Dan Barouch, direttore del *Center for Virology and Vaccine Research* presso la *Harvard Medical School* di Boston, Massachusetts. «Questo include Omicron». (...) I linfociti T potrebbero anche ricevere maggiore attenzione man mano che emergono più varianti se il mondo inizia a spostare l'attenzione dal numero di infezioni alla gravità della malattia» afferma Geurts van Kessel.⁵⁴ Un altro studio ha confermato: «È probabile che l'immunità delle cellule T (acquisita dai guariti a CoViD-19) ben conservata all'Omicron contribuisca alla protezione da CoViD-19 grave, supportando le prime osservazioni cliniche dal Sud Africa».⁵⁵ A maggio scorso, uno studio della *Washington University* ha scoperto che anche una lieve infezione da CoViD-19 ha portato a un'immunità di lunga durata.⁵⁶ In particolare, la formazione della memoria dei linfociti T avviene anche dopo una lieve infezione da CoViD-19.⁵⁷

Paolo Gasparini, membro esperto del Consiglio Superiore di Sanità e Direttore di Genetica Medica dell'Università di Trieste, dichiara: «I guariti sono immuni contro tutte le porzioni del virus a differenza dei vaccinati che sono stati immunizzati solamente contro la proteina *spike*. Diverse pubblicazioni scientifiche inoltre dimostrano chiaramente che l'immunità naturale è maggiore e di più lunga durata di

⁵¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34100028/> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966842X21000925/> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7987022/>

⁵² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33646265/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32668444/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34127926/>
[https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)31008-4?-returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420310084%3Fshowa-ll-%3Dtrue#%20](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31008-4?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867420310084%3Fshowa-ll-%3Dtrue#%20)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33905951/>

⁵³ <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1009842>

⁵⁴ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁵⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.26.21268380v1>

⁵⁶ <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/09/15/natural-immunity-vaccine-mandate/>

⁵⁷ <https://elifesciences.org/articles/63502>

quella determinata dai vaccini. Ritengo che dovremmo agire come abbiamo sempre fatto sinora per altre malattie virali: **in presenza di anticorpi circolanti non si vaccina** ma al massimo, trattandosi di una forma nuova di virosi, si monitora nel tempo la quantità di anticorpi per valutarne l'andamento. **Normalmente, nei soggetti guariti da un'infezione virale e con anticorpi circolanti non si procede a una vaccinazione.** Non si capisce quale sia il razionale per fare un'eccezione a quanto praticato finora nella Medicina e cambiare strategia nel caso della CoViD-19. Certamente sarebbe utile eseguire un test sierologico per ottenere dati epidemiologici e definire strategie vaccinali razionali e verosimilmente efficaci (novembre 2021).⁵⁸ Anche un altro membro del CSS, Alberto Donzelli dell'Università di Milano Bicocca, ha confermato, in un'audizione in Senato, la rarissima possibilità di contagiarsi di nuovo per chi ha avuto la CoViD-19 anche in caso di variante delta: "esplodono in cifra assoluta le infezioni fra vaccinati rispetto ai non vaccinati".⁵⁹ Nino Mazzone, Primario di Medicina Interna dell'Ospedale di Legnano, afferma: «A due anni di distanza, mentre chi ha fatto due o tre vaccini si positivizza, noi oggi qui non abbiamo nessun ricoverato che ha fatto la CoViD-19 (ossia nessun guarito necessita di ricovero per CoViD-19). Se andiamo a vedere in tutti gli ospedali d'Italia, quante sono le persone che hanno fatto la CoViD-19 e sono state ricoverate dopo, non ne troviamo». ⁶⁰ La presenza di anticorpi neutralizzanti con titoli sufficientemente elevati, presenti nei guariti da CoViD-19, è l'unico meccanismo in grado di sterilizzare veramente.⁶¹

I livelli dei linfociti T (nei soggetti guariti da SARS-CoV-2) non tendono a svanire rapidamente come gli anticorpi dopo un'infezione o una vaccinazione.⁶² «Abbiamo osservato che gli anticorpi S-IgG e i NAb persistono almeno un anno dopo l'infezione nella maggior parte degli individui. Ciò suggerisce fortemente che la protezione contro la reinfezione è di lunga durata». ⁶³ «Le risposte di linfociti T di memoria per SARS-CoV-2 sono state mantenute per dieci mesi dopo l'infezione indipendentemente dalla gravità della malattia». ⁶⁴ «Il numero di linfociti B di memoria specifici per RBD rimane invariato a 6,2 mesi dopo l'infezione». ⁶⁵ **Il CDC ha ammesso che l'immunità naturale da infezioni precedenti è superiore alla sola immunità vaccinale.**⁶⁶

⁵⁸ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/11/22/news/covid-guariti-con-anticorpi-non-vanno-vaccinati-casi-gravi-paolo-gasparini-consiglio-superiore-sanita-29529932>.

⁵⁹ <https://m.youtube.com/watch?v=ivIriHigy1k>

⁶⁰ https://www.ansa.it/sito/videogallery/italia/2022/01/14/covid-mazzone-chi-lha-avuto-non-si-ammala-piu-giusto-non-si-vaccini_5ce53b01-cf01-409b-957e-77316718b61.

⁶¹ <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vim.2021.0054>

⁶² <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁶³ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eji.202149535>

⁶⁴ <https://www.nature.com/articles/s41467-021-24377-1>

⁶⁵ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03207-w>

⁶⁶ https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7104e1.htm?s_cid=mm7104e1_w

Il Gruppo Ospedaliero San Donato ha scritto: «L'aspetto più interessante emerso è che non erano solo gli individui con CoViD-19 verificato a mostrare l'immunità dei linfociti T, ma anche molti dei loro familiari asintomatici esposti (analisi effettuate su campioni di oltre 200 persone). In un terzo dei pazienti presi in esame è avvenuta l'attivazione dei linfociti T. Si fa strada un'altra ipotesi secondo la quale l'immunità pubblica alla CoViD-19 è probabilmente superiore a quanto suggeriscono i test sugli anticorpi e questo perché in tanti hanno sviluppato l'immunità dei linfociti T. Purtroppo misurare la risposta mediata di queste cellule richiederebbe test molto più sofisticati e costosi ma, riconoscendo sequenze del virus diverse da quelle distinguibili tramite la ricerca degli anticorpi, sarebbe fondamentale per accertare la memoria dell'infezione. Si può, dunque, affermare che questa specifica tipologia di linfociti riveste un ruolo ben più importante rispetto agli anticorpi tradizionali (che hanno una durata transitoria e di breve durata) nel proteggerci da questa temibile malattia». ⁶⁷ Le risposte delle cellule T di memoria che prendono di mira il coronavirus SARS persistono fino a 11 anni dopo l'infezione". ⁶⁸

«Sulla base di una vasta letteratura scientifica si è visto che un'efficace risposta immunitaria indotta dalla vaccinazione contro SARS-CoV-2 deve essere valutata non solo in termini di anticorpi neutralizzanti ma anche, e soprattutto, come frequenza dei linfociti della memoria immunitaria in grado di attivarsi e dare una risposta efficace contro gli antigeni della proteina *spike* del virus» dice la nota del Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, dove è stato messo a punto un nuovo test in grado di valutare l'immunità cellulare "T linfocitaria" specifica per il SARS-CoV-2. ⁶⁹ Infine, da più parti si è osservato che soggetti privi di anticorpi specifici al SARS CoV-2 (ai test sierologici e a quelli sulle cellule B e T) non si ammalano di CoViD-19, pur a contatto con i malati, per l'immunità innata.

Per quale motivo, allora, tutti questi già immunizzati dovrebbero sottoporsi alla vaccinazione CoViD-19? Se, come sembra, **la quasi totalità della popolazione ha contratto la CoViD-19 almeno una volta**, la vaccinazione per SARS-CoV-2 si presenta ancora una volta del tutto superflua e, come unico effetto, avrebbe quello di produrre **nuove varianti che non fanno che prolungare l'epidemia.**

DURATA DELL'IMMUNITÀ E IMMUNITÀ ARTIFICIALE

⁶⁷ <https://www.grupposandonato.it/news/2020/novembre/linfociti-t-immunita-coronavirus>

⁶⁸ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X16002589>

⁶⁹ https://www.ansa.it/sicilia/notizie/sanita_sicilia/2021/11/17/covid-in-policlinico-palermo-nuovo-test-risposta-linfociti_00769685-d2cd-41d

In qualunque infezione, l'immunità naturale (data dal patogeno) è sempre più efficace di quella artificiale (da vaccino). L'immunità naturale al SARS-CoV-2 sembra conferire un elevato effetto protettivo per almeno un anno (trattandosi di un fenomeno nuovo, gli studi sono in continuo aggiornamento). Al momento, la letteratura scientifica conferma l'ampiezza, l'efficacia e la lunga durata dell'immunità naturale sviluppata da coloro che sono guariti dall'infezione da SARS-CoV-2.⁷⁰

In uno studio trasversale su adulti non vaccinati gli anticorpi sono stati rilevati nel 99% delle persone che hanno riportato un risultato positivo al test CoViD-19. I livelli di anticorpi sono stati osservati, dopo un risultato positivo del test CoViD-19, fino a 20 mesi.⁷¹ Il rischio di reinfezione nei soggetti guariti da SARS-CoV-2 era dello 0,1%, inoltre l'immunità per SARS-CoV-2 acquisita naturalmente non diminuisce per almeno 10 mesi dopo l'infezione.⁷² «La protezione offerta da una precedente infezione (SARS-CoV-2) nella prevenzione della reinfezione sintomatica con alfa, beta o delta è solida, a circa il 90%. Sebbene tale protezione contro la reinfezione da Omicron sia inferiore, è comunque considerevole a quasi il 60%. La protezione pre-infezione contro il ricovero o il decesso alla reinfezione sembra solida, indipendentemente dalla variante».⁷³ Da uno studio su 467.450 a proposito dell'immunità naturale dopo infezione da SARS CoV-2, «ci si potrebbe aspettare che la protezione contro le infezioni duri 1,5– 2 anni per un 50% di possibili reinfezioni, con una protezione contro le infezioni gravi che può durare diversi anni».⁷⁴ «La reinfezione da SARS-CoV-2 in condizioni endemiche si verificherebbe probabilmente tra 3 mesi e 5,1 anni dopo il picco di risposta anticorpale, con una mediana di 16 mesi».⁷⁵ «Le IgG anti-S-RBD persistevano nel 96,8% dei soggetti a 14 mesi» nei guariti dall'infezione con SARS-CoV-2.⁷⁶ In uno studio italiano su un campione di 7.173 soggetti guariti da SARS-CoV-2, si rileva una percentuale dello 0,33% di reinfezioni, verificatesi tra i 6–9 mesi dopo la risoluzione della prima infezione; nessuna nuova infezione è stata rilevata 12 o più mesi dopo.⁷⁷ «Durante il follow-up (media [DS], 280 [41] giorni) sono state confermate 5 reinfezioni nella coorte di 1579 pazienti positivi. L'immunità naturale al SARS-CoV-2 sembra conferire un effetto protettivo per almeno un anno».⁷⁸ La prima ondata di infezioni da SARS-CoV-2 in Qatar ha creato un'opportunità epidemiologica per valutare le reinfezioni e da uno studio emerge che per una persona che ha già avuto un'infezione primaria, il rischio di una grave reinfezione è solo circa l'1%. Inoltre, le reinfezioni erano rare e

⁷⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8564250/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844963/>
<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vim.2021.0054> <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.19.21260302v1>.
<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/ppcovidwho-295514>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>.
<https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/lasting-immunity-found-after-recovery-covid-19#main-content>.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887977/>
<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>.
<https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abh1766>

⁷¹ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788894>

⁷² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043841/>

⁷³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268782v1>

⁷⁴ <https://www.nature.com/articles/s41467-021-26479-2>

⁷⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00219-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00219-6/fulltext)

⁷⁶ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521661621001510>

⁷⁷ <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article/doi/10.1093/pubmed/fdab346/6366077>

⁷⁸ <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2780557>

generalmente lievi, sicuramente a causa del sistema immunitario innescato dopo l'infezione primaria.⁷⁹ La protezione contro SARS-CoV-2 dopo l'infezione naturale è paragonabile alle più alte stime disponibili sull'efficacia del vaccino.⁸⁰ Uno studio in Israele su oltre 700.000 persone, ha rilevato che i vaccinati avevano 13 volte più probabilità di contrarre una seconda infezione con la variante delta rispetto a coloro che avevano avuto una precedente infezione, e conclude: «l'immunità naturale conferisce una protezione più duratura e più forte contro infezioni, malattie sintomatiche e ospedalizzazione causati dalla variante delta di SARS-CoV-2, rispetto all'immunità indotta dal vaccino a due dosi BNT162b2».⁸¹ Uno studio della Cleveland Clinic sugli operatori sanitari (spesso esposti al virus) ha rilevato che nessuno di coloro che in precedenza era risultato positivo al coronavirus è stato reinfectato. Gli autori hanno concluso che «è **improbabile che gli individui che hanno avuto l'infezione da SARS-CoV-2 traggano beneficio dalla vaccinazione CoViD-19**».⁸² Lo studio di coorte negli Stati Uniti riporta anche che chi aveva avuto la CoViD-19 era protetto al 100% dalla reinfezione.⁸³

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che i linfociti T e B di memoria specifici per SARS-CoV-2 (al contrario degli anticorpi circolanti), nei guariti da SARS-CoV-2, conferiscono una protezione duratura e a lungo termine.⁸⁴ I livelli dei linfociti T, nei soggetti guariti da SARS-CoV-2, non tendono a svanire rapidamente come gli anticorpi dopo un'infezione o una vaccinazione.⁸⁵

L'immunità acquisita in modo naturale si dimostra efficace anche sulla variante delta,⁸⁶ «Nei coronavirus l'immunità che blocca le infezioni diminuisce in poco tempo, mentre quella che riduce la malattia è di lunga durata e SARS-CoV-2 perde virulenza una volta raggiunta la fase endemica».⁸⁷ «L'immunità naturale conferisce

⁷⁹ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2108120>

⁸⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7988582/>
<https://www.cureus.com/articles/72074-e>

⁸¹ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>

⁸² <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3> Una molteplicità di studi clinici ed epidemiologici - raccolti da *The Lancet* - convergono sul fatto che i guariti hanno una protezione superiore ai vaccinati: <https://www.thelancet.com/coronavirus>. Il link di *Lancet CoViD-19 Resource Center* riunisce tutte le ricerche, le recensioni, le notizie e le analisi sulla CoViD-19 da tutta la famiglia di riviste *Lancet*: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00676-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext)

⁸³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3>

⁸⁴ <https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abf8891>.
<https://www.jci.org/articles/view/152042>.
<https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abf8891>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33427749/> <https://www.jci.org/articles/view/152042>

⁸⁵ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁸⁶ Fan-Yun Lan et al, *Continued Effectiveness of COVID-19 Vaccination among Urban Healthcare Workers during Delta Variant Predominance*. <https://doi.org/10.1101/2021.11.15.21265753>

⁸⁷ Lavine JS et al, *Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity*. *Science*. 2021; 371(6530):741-5.

una protezione più duratura e più forte contro le infezioni causate dalla variante delta, rispetto all'immunità indotta da vaccino a due dosi BNT162b2".⁸⁸

In Israele, il Ministero della Salute conferma che le persone vaccinate a gennaio hanno infezioni a un ritmo maggiore rispetto ai vaccinati ad aprile, suggerendo che la protezione diminuisca nel tempo.⁸⁹ La durata dell'immunità da vaccino per SARS-CoV-2 è inferiore ai quattro mesi, qualcuno la stima a due mesi.⁹⁰ L'efficacia di questi vaccini diminuisce rapidamente nel tempo.⁹¹ Quella del vaccino Pfizer si riduce già dopo due mesi e scompare entro i sei.⁹² Sostanziale calo delle risposte anticorpali e dell'immunità dei linfociti T al SARS-CoV-2 e alle sue varianti, a sei mesi dalla seconda immunizzazione con il vaccino Pfizer.⁹³ **Il buon senso della Medicina di una volta avrebbe curato la gente e lasciato esaurire l'epidemia senza vaccinare, evitando così le varianti e facendo diventare endemico il virus.**

PERCHÉ LA SPIKE?

La memoria dei linfociti T è in grado di contrastare le varianti, prendendo di mira anche gli antigeni che di solito non mutano (proteina N, proteasi 3CL...). Affidare le vaccinazioni solo alla difesa verso la spike è riduttivo e privo di senso, data l'estrema variabilità di questa proteina. Ad esempio il vaccino AstraZeneca si è dimostrato efficace contro la variante alfa, ma non contro la beta. Viene allora da chiedersi: come mai la ricerca ha puntato sulla neutralizzazione della spike, che è la porzione più mutevole del virus? Vuol dire partire già sconfitti dalle inevitabili e scontate mutazioni di fuga dal vaccino. Si poteva pensare a neutralizzare, ad esempio, le citate proteasi che non mutano: non avremmo avuto le resistenze date dalle varianti. "È importante includere la proteina N come potenziale bersaglio dei prossimi vaccini",⁹⁴

⁸⁸ Gazit S et al, *Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections*. medRxiv 2021.08.24.21262415.

⁸⁹ <https://yourlocalepidemiologist.substack.com/p/pfizer-efficacy-in-israel-vs-uk-which>

⁹⁰ Andeweg S et al, *Increased risk of infection with SARS-CoV-2 Beta, Gamma, and Delta variant compared to Alpha variant in vaccinated individuals*. MedRxiv. 2021.11.24.21266735.

⁹¹ Nordström P et al, *Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study*. Univ. of Umea, Sweden. https://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=4803646

⁹² Levine-Tiefenbrun M et al, *Viral loads of Delta-variant SARS-CoV-2 breakthrough infections after vaccination and booster with BNT162b2*. Nat Med. 2021. doi: 10.1038/s41591-021-01575-4.

⁹³ Suthar MS et al, *Durability of immune responses to the BNT162b2 mRNA vaccine*. bioRxiv 2021.09.30.462488.

⁹⁴ Mangge H et al, *Immune Responses against SARS-CoV-2—Questions and Experiences*. Biomedicines 2021; 9(10):1342

e lo stesso vale per la proteina M.⁹⁵ Oppure si poteva puntare su un vaccino tradizionale da virus inattivato, sempre che il virus fosse stato davvero isolato. “Un vaccino SARS-CoV-2 inattivato ha suscitato forti anticorpi neutralizzanti in topi, ratti e macachi rhesus e ha fornito una protezione dose-dipendente senza evidenza di patologia potenziata nei macachi rhesus”⁹⁶ Invece si è preferito dare spazio alla novità genetica degli mRNA che, come anche i vettoriali, esita nella produzione di *spike*, inutile e altamente pericolosa. Gravissimo errore o volontà di far male? Questo punto è cruciale da trattare in sede di giudizio, poiché è da questo che dipende, ancora adesso, la sorte di milioni di persone.⁹⁷

NON EFFICACIA DI QUESTI VACCINI

Dubbi sull'efficacia di questi vaccini sono sollevati da diversi ricercatori.⁹⁸ Nel primo di due editoriali pubblicati in ottobre 2020 su *The British Medical Journal* del quale è editore associato, Peter Doshi scrive che “nessuno degli studi sui vaccini CoViD-19 è progettato per rilevare una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri e di quelli in terapia intensiva o dei decessi”.⁹⁹ Nel secondo editoriale, Doshi ricorda che per Fauci l'obiettivo di questi vaccini è impedire di ammalarsi e di morire. I vaccini non impediscono il contagio. Peter Hotez, decano della *National School of Tropical Medicine* del *Baylor College of Medicine* di Huston, ha ribadito che dal vaccino ci si aspetta che riduca la probabilità di ammalarsi gravemente e prevenga l'infezione interrompendo la trasmissione virale. Tuttavia, nemmeno gli attuali studi in fase III sono impostati per determinare né una riduzione della morbilità e della mortalità, né l'interruzione della trasmissione, quindi non è detto che i vaccini riducano la possibilità di ammalarsi e spengano l'epidemia.¹⁰⁰ Allora, i “benefici noti”?

All'inizio della sperimentazione, OMS, FDA e EMA hanno stabilito che questi vaccini dovessero avere un'efficacia minima del 50%.¹⁰¹ Sul blog di *The British Medical Journal* Doshi ha pubblicato, il 4 gennaio 2021, la sua analisi dei dati riguardanti gli studi sui vaccini Pfizer e Moderna concludendo che l'efficacia del

⁹⁵ Peng Y et al, *Broad and strong memory CD4+ and CD8+ T cells induced by SARS-CoV-2 in UK convalescent individuals following COVID-19*. Nat Immunol. 2020; 21:1336-45

⁹⁶ Gao Q et al, *Rapid development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2*. Science. 2020; 369:77–81.

⁹⁷ Citro Della Riva M, cit. 2022.

⁹⁸ Olliaro P et al, *COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness - the elephant (not) in the room*. The Lancet. 2021; 2(7):279-280.

⁹⁹ Doshi P, *Covid-19 vaccine trial protocols released*. BMJ. 2020; 371:m4058

¹⁰⁰ Doshi P, *Will covid-19 vaccine save lives? Current trials aren't designed to tell us*. BMJ. 2020; 371:m4037

¹⁰¹ <https://www.fda.gov/media/142749/download>

vaccino Pfizer è molto più bassa del 50% e quindi del 95% dichiarato, e la stima fra il 19 e il 29%. I dati sono inficiati dai 3.410 casi dichiarati “sospetto CoViD-19”, non confermati dalla positività alla PCR, non menzionati né dal rapporto di Pfizer né dalla pubblicazione sul *New England Journal of Medicine*.¹⁰² L’unica fonte ad averlo segnalato è la revisione dell’FDA.¹⁰³ Le puntuali affermazioni di Doshi sono state accolte quasi del tutto, perfino da chi le ha contestate.¹⁰⁴

Gli studi sull’efficacia dei vaccini sono privi di valore poiché viziati da conflitti d’interessi. Quello sull’efficacia di Pfizer al 95%, pubblicato a dicembre 2020 su *New England Journal of Medicine*,¹⁰⁵ è finanziato da BioNTech e da Pfizer. Così come quello sulla sicurezza ed efficacia di mRNA-1273, pubblicato a febbraio 2021 sulla stessa rivista,¹⁰⁶ è finanziato da NIAID e ha conflitti d’interessi con NIH, Moderna e diverse altre industrie del farmaco. Un altro studio, pubblicato su *The Lancet* a marzo 2021, che sostiene l’efficacia del vaccino AstraZeneca, è finanziato dalla stessa AstraZeneca e dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*.¹⁰⁷ Lo studio di coorte sulla campagna vaccinale in Israele¹⁰⁸ ha conflitti d’interessi con la *Bill & Melinda Gates Foundation*.¹⁰⁹ Così anche lo studio¹¹⁰ sull’attività neutralizzante di Pfizer e conseguente riduzione della trasmissione virale.¹¹¹ Lo studio israeliano che sostiene che i vaccinati Pfizer s’infettano di meno ha conflitti d’interessi con l’industria

¹⁰² <https://blog.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data>

¹⁰³ Ibid. Doshi rimarca altri aspetti che sembrano invalidare la sperimentazione: a cominciare dai 371 esclusi dall’analisi di efficacia e dal loro squilibrio (311 nel gruppo dei vaccinati e 60 in quello placebo). Anche il tasso di eventi avversi post iniezione è squilibrato (3-4 volte più nei vaccinati) che fa mettere in dubbio il “doppio cieco”. Perfino il reclutamento di persone che già avevano avuto l’infezione CoViD-19 rende deboli i dati conclusivi.

¹⁰⁴ <https://scienzainrete.it/articolo/peter-doshi-non-ha-tutti-torti-ma-qualcuno-forse-si/roberta-villa-roberto-buzzetti/2021-01>

¹⁰⁵ Polack FP et al, *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine*, N Engl J Med. 2020; 383:2603-15.

¹⁰⁶ Baden LR et al, *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*, N Engl J Med. 2021; 384:403-16.

¹⁰⁷ Voysey M et al, *Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials*. The Lancet. 2021; 397(10277):881-891.

¹⁰⁸ Dagan N et al, *BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting*. N Engl J Med. 2021; 384:1412-23

¹⁰⁹ *Bill & Melinda Gates Foundation* ha sovvenzionato: Ben Gurion University of the Negev (https://in.bgu.ac.il/en/Pages/news/bentwich_gates.aspx), University of Michigan School of Public Health (<https://news.umich.edu/award-to-fund-u-m-food-systems-anemia-research-in-africa>), Harvard T.H. Chan School of Public Health (<https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2020/07/inv005254>)

¹¹⁰ *Neutralizing activity of BNT162b2-elicited serum*. N Engl J Med. 2021; 384:1466-8

¹¹¹ Lo studio è finanziato da Pfizer e BioNTech. *Bill & Melinda Gates Foundation* ha sovvenzionato la University of Texas Medical Branch (<https://philanthropynewsdigest.org/news/university-of-texas-medical-branch-receives-9.5-million-from-gates-foundation>). Gli altri autori appartengono alla Pfizer o alla BioNTech.

(Pfizer, Merck, Sanofi, Squibb), con NIH e con NIAID.¹¹² Sono tutti studi privi di credibilità. Perfino il mega-studio che dovrebbe incoraggiare i pazienti a farsi vaccinare è finanziato dal NIH e dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*.¹¹³

Uno studio sull'efficacia di vaccino anti Covid-19 fra gli operatori sanitari in Brasile riporta che gli individui vaccinati avevano molte più probabilità di essere infettati dalla variante gamma rispetto ai non vaccinati nel periodo 0-13 giorni dopo la prima dose.¹¹⁴ Alcuni soggetti possono *non* produrre anticorpi.¹¹⁵ La mortalità è centinaia di volte maggiore nei giovani vaccinati rispetto agli infettati non vaccinati.¹¹⁶ I vaccini forniscono una bassa protezione nei confronti delle varianti beta, gamma e delta, e i vaccinati hanno lo stesso rischio di reinfettarsi degli immunizzati per via naturale, che peraltro è più duratura.¹¹⁷ La scarsa efficacia di questi vaccini è evidente osservando la situazione in Israele, dove c'è un preoccupante aumento di ricoveri soprattutto fra i quaranta e cinquant'anni pienamente vaccinati.¹¹⁸

Un'inchiesta negli ospedali di Israele ha documentato che quasi il 100% dei ricoverati sono vaccinati.¹¹⁹ In Norvegia, dove la maggior parte della popolazione è vaccinata, un numero e una percentuale crescenti di ricoveri correlati a CoViD-19 si verificano fra i pazienti vaccinati e la vaccinazione non ha ridotto le probabilità di morte in ospedale.¹²⁰ Waterford è la contea irlandese col più alto tasso d'infezioni da SARS-CoV-2, pur avendo il 99,7% di vaccinati.¹²¹ Gibilterra è il posto al mondo con maggiore percentuale di vaccinati (119%) e assenza di no-vax, eppure registra un continuo aumento esponenziale di infettati CoViD-19.¹²² Gli anticorpi neutralizzanti dopo la vaccinazione sono inferiori a quelli dei controlli non

¹¹² Regev-Yochay G et al, *Decreased infectivity following BNT162b2 vaccination: A prospective cohort study in Israel*. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100150>

¹¹³ Milkman KL et al, *A megastudy of text-based nudges encouraging patients to get vaccinated at an upcoming doctor's appointment*. PNAS. 2021; 118(20):e2101165118.

¹¹⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34386791/>

¹¹⁵ Yu HQ et al, *Distinct features of SARS-CoV-2-specific IgA response in COVID-19 patients*. Eur Respir J. 2020;2001526.

Cervia C et al, *Systemic and mucosal antibody secretion specific to SARS-CoV-2 during mild versus severe COVID-19*. bioRxiv 2020.05.21.108308.

¹¹⁶ <https://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/297051>

¹¹⁷ Andeweg S et al, cit. 2021.

¹¹⁸ <https://www.adhocnews.it/israele-preoccupante-aumento-dei-ricoveri-tra-i-pienamente-vaccinati/>

¹¹⁹ <https://visionetv.it/dea-in-israele-quasi-tutti-i-ricoverati-erano-stati-vaccinati/>

¹²⁰ Whittaker R et al, *Patient trajectories among hospitalized COVID-19 patients vaccinated with an mRNA vaccine in Norway: a register-based cohort study*. <https://doi.org/10.1101/2021.11.05.21265958>

¹²¹ <https://www.irishtimes.com/news/health/waterford-city-district-has-state-s-highest-rate-of-covid-19-infections-1.4707344>

¹²² <https://www.secondopianonews.it/attualita/2021/11/22/gibilterra-centro-piu-vaccinato-al-mondo-annulla-il-natale-troppi-contagi.html>

infetti.¹²³ Nessuna differenza nelle cariche virali fra vaccinati e non vaccinati, e se i vaccinati vengono infettati dalla variante delta, possono essere fonte di trasmissione di SARS-CoV-2 ad altri.¹²⁴ Nel caso della variante delta, gli anticorpi neutralizzanti hanno una ridotta affinità per la proteina spike.¹²⁵ Nessuna differenza nella carica virale fra vaccinati e non vaccinati infettati dalla variante delta.¹²⁶ Scarsissima risposta ai vaccini in chi ha la variante delta.¹²⁷ In quasi settanta contee degli Stati Uniti i casi di CoViD-19 aumentano nonostante le vaccinazioni.¹²⁸

Sul *British Medical Journal*, è stata pubblicata la denuncia di Paul Thacker sui dati falsificati da Pfizer durante la sperimentazione.¹²⁹ Uno studio italiano conferma che due dosi di Pfizer aumentano gli anticorpi neutralizzanti nel siero, ma non nella saliva (dove invece aumentano in chi ha avuto l'infezione naturale) non riuscendo così a impedire l'ingresso del virus attraverso la mucosa orale.¹³⁰ Può essere per questo che il virus continua a circolare, non proteggendo le vie aeree e, comunque, conferma che chi è vaccinato è più esposto al contagio rispetto a chi ha anticorpi naturali. David Ho ha pubblicato su *Nature* che la variante omicron sfugge agli anticorpi neutralizzanti indotti dai vaccini, ai quali è marcatamente resistente, così come è resistente a 17 dei 19 anticorpi monoclonali.¹³¹ Sull'inefficacia di questi vaccini si sono espressi Geert Vanden Bossche (virologo collaboratore di aziende produttrici di vaccini, membro di Global Health Discovery e della GAVI, entrambe della *Bill & Melinda Gates Foundation*), e il Premio Nobel Luc Montagnier. L'epidemiologo di fama mondiale Paul Elias Alexander ha definito "permeabili" i vaccini per SARS-CoV-2, cioè non fermano l'infezione e consentono la fuga immunitaria. O non sono neutralizzanti, o perdono la capacità neutralizzante molto rapidamente. "Questi vaccini mostrano che più una nazione è vaccinata, più problemi ha in termini di aumento delle infezioni. Non proteggono adeguatamente il tratto respiratorio superiore e, quando ci s'infetta

¹²³ Chau N et al, *Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam*. Preprint on The Lancet, 2021, oct. 11.

¹²⁴ Riemersma KK et al, *Vaccinated and unvaccinated individuals have similar viral loads in communities with a high prevalence of the SARS-CoV-2 delta variant*. medRxiv 2021.07.31.21261387.

¹²⁵ Yahi N et al, *Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and delta variants. A potential risk for mass vaccination?* J of Infection. 2021; 83(5):607-35.

¹²⁶ Acharya C et al, *No significant difference in viral load between vaccinated and unvaccinated, asymptomatic and symptomatic groups when infected with SARS-CoV-2 delta variant*. medRxiv 2021.09.28.21264262.

¹²⁷ Eyre D et al, *The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission*. MedRxiv. 2021. Doi: 10.1101/2021.09.28.21264260.

¹²⁸ Subramanian SV, Kumar A, *Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States*. *Eur J Epidemiol*. 2021 Sep 30: 1–4.

¹²⁹ <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>

¹³⁰ Azzi L et al, *Mucosal immune response in BNT162b2 COVID-19 vaccine recipients*. EBioMedicine. 2021; 75:103788. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103788.

¹³¹ Liu L et al, *Striking antibody evasion manifested by the Omicron variant of SARS-CoV-2*. Nature. 2021. doi.org/10.1038/d41586-021-03826-3.

dopo la vaccinazione, i segnali che giungono al sistema immunitario stimolano i linfociti B a produrre anticorpi e non i T8 citotossici che devono uccidere le cellule infettate. I dati sono chiari sul fatto che i vaccinati possono trasmettere il virus in modo efficiente come alcune persone che sono completamente non protette.”¹³² “È impossibile con questi vaccini raggiungere l’immunità di gregge. I doppi e tripli vaccinati stanno guidando la trasmissione virale della variante delta, spargono il virus a livelli allarmanti. Questi vaccini producono anticorpi inutili e possono ridurre i sintomi ma non fermano la trasmissione, così corriamo il rischio di uccidere molte persone, in particolare i nostri figli. Gli studi non sono stati condotti correttamente per quanto riguarda la sicurezza. Non abbiamo bisogno di questi vaccini: la vaccinazione va interrotta immediatamente!”¹³³ «I vaccini non impediscono i contagi».¹³⁴

Ai non ancora vaccinati vengono comunque somministrati vaccini, nonostante che né le prime due dosi né il richiamo siano aggiornati alle varianti attuali, ma “tarati sul ceppo di Wuhan che non esiste più”, come ha ricordato il direttore dell’Unità di Statistica Medica ed Epidemiologia Molecolare del Campus Bio-medico di Roma, Massimo Ciccozzi.¹³⁵ Il nuovo ceppo (omicron) ha subito un gran numero di mutazioni ed è più capace di eludere i vaccini rispetto al delta,¹³⁶ tanto che la maggior parte delle infezioni di omicron analizzate dal CDC¹³⁷ riguarda chi aveva completato il ciclo di vaccinazione.¹³⁸ A gennaio 2022, l’EMA ha frenato sulla corsa all’aggiornamento dei vaccini contro le nuove varianti, essendo necessari più dati sulla loro efficacia.¹³⁹ Nello stesso periodo, il CEO di Pfizer, Albert Bourla, annunciando un vaccino contro omicron ha puntualizzato che non è ancora chiaro se sia necessario o come verrebbe utilizzato, ma sarà preparato perché alcune nazioni lo

¹³² https://www.lifesitenews.com/opinion/the-original-antigenic-sin-how-the-vaccines-might-be-making-covid-19-worse/?utm_source=telegram

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/11/22/news/covid-guariti-con-anticorpi-non-vanno-vaccinati-casi-gravi-paolo-gasparini-consiglio-superiore-sanita-29529932/>

¹³⁵ <https://www.ilsole24ore.com/art/terza-dose-perche-vaccino-non-e-stato-aggiornato-varianti-attuali-ma-sara-AES6XDr>

¹³⁶ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2021.2017757>

¹³⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675659/>

¹³⁸ <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-pfizer-e-moderna-corsa-produrre-vaccino-contro-omicron-100-giorni-AEvaEc2>

¹³⁹ <https://europa.today.it/attualita/ema-booster-rischi-risposta-immunitaria.html>

reclamano al più presto.¹⁴⁰ Se i produttori stessi non sanno se sia davvero necessario un vaccino per omicron, perché le nazioni lo richiedono? Se i vaccini anti CoViD-19 sono obsoleti per le varianti attuali, che senso ha obbligare al trattamento, oltretutto partendo dalla prima dose? Dove sarebbero le basi scientifiche dell'obbligo/ricatto di Stato?

La legge stessa ammette che **i vaccini non immunizzano**: infatti all'art. 1 del DL 4 febbraio 2022, il comma 4-bis è sostituito dal seguente: «4-bis. A coloro che sono stati identificati come casi accertati positivi al SARS-CoV-2 oltre il quattordicesimo giorno dalla somministrazione della prima dose di vaccino, è rilasciata, altresì, la certificazione verde CoViD-19 di cui al comma 2, lettera c-bis), che ha validità di sei mesi a decorrere dall'avvenuta guarigione. A coloro che sono stati identificati come casi accertati positivi al SARS-CoV-2 a seguito del ciclo vaccinale primario o della somministrazione della relativa dose di richiamo, è rilasciata, altresì, la certificazione verde CoViD-19 di cui al comma 2, lettera c-bis), che ha validità a decorrere dall'avvenuta guarigione senza necessità di ulteriori dosi di richiamo».¹⁴¹ Per la legge, sia i soggetti non vaccinati sia i “vaccinati con prima dose, o monodose, che contraggono il virus nei primi 14 giorni dalla vaccinazione” sono considerati “non vaccinati”.¹⁴² Quindi non sono immuni.

Il 18 febbraio, l'AIFA ha dato il via libera sulla “quarta dose” per i soggetti gravemente immunodepressi¹⁴³ nonostante che l'OMS abbia dichiarato a gennaio 2022 che: «Una strategia di vaccinazione basata su richiami ripetuti dei vaccini attuali ha poche possibilità di essere appropriata o sostenibile».¹⁴⁴ Marco Cavaleri dell'EMA ha a sua volta ammesso: «Non possiamo continuare con booster ogni 3-4 mesi».¹⁴⁵

¹⁴⁰ <https://www.cnbc.com/2022/01/10/covid-vaccine-pfizer-ceo-says-omicron-vaccine-will-be-ready-in-march.html>

¹⁴¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/04/22G00014/sg>

¹⁴² https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf

¹⁴³ https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2022/02/19/via-libera-dallaifa-alla-quarta-dose-per-gli-immunodepressi-_3b1cc3af-514a-45e7-9ee7-8b65606f46de.html

¹⁴⁴ https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2022/01/11/loms-servono-vaccini-nuovi-non-bastano-booster-con-attuali-_52e6881e-c587-4f8e-bfc4

¹⁴⁵ <https://headtopics.com/it/l-ema-avvisa-non-possiamo-continuare-con-booster-ogni-3-4-mesi-23364276>

Vaccinazioni ripetute a brevi intervalli non sono una strategia sostenibile a lungo termine.¹⁴⁶ Siamo abbastanza preoccupati per una strategia che preveda vaccinazioni ripetute in un lasso di tempo breve.¹⁴⁷ L'alto funzionario dell'Agenzia UE ha dichiarato che la somministrazione di booster ogni quattro mesi potrebbe comportare il rischio di sovraccaricare il sistema immunitario. I booster «possono essere somministrati una volta, o forse due, ma non è qualcosa che deve essere ripetuto costantemente. Dobbiamo pensare a come passare dall'attuale ambiente pandemico a un ambiente più endemico».¹⁴⁸ L'autoimmunità sistemica sembra l'inevitabile conseguenza dell'eccessiva stimolazione del sistema immunitario mediante ripetute immunizzazioni.¹⁴⁹ Israele è la prima nazione al mondo a somministrare la quarta dose, che, dai dati preliminari, non fornisce molta protezione contro omicron, malgrado la crescita del livello anticorpale, conferma Gili Regev-Yochay, direttore dell'Unità di Malattie infettive dello Sheba Medical Center di Tel Aviv.¹⁵⁰ Uno studio in preprint del 4 febbraio 2022, sui macachi, conclude che: «un boost di omicron potrebbe non fornire maggiore immunità o protezione rispetto a un boost con l'attuale vaccino mRNA-1273».¹⁵¹

In conclusione, che cosa ci si aspetta da questi vaccini? Non che spengano l'epidemia, né che facciano raggiungere l'immunità di gregge, né che evitino il contagio. Anzi.

CONTAGIOSITÀ DEI VACCINATI

I vaccinati sono contagiosi e trasmettono l'infezione. «Individui completamente vaccinati possono trasmettere in modo efficiente l'infezione perfino a chi è completamente vaccinato».¹⁵²

Il rischio di trasmissione domestica nelle famiglie dei vaccinati sembra solo ridotto, non eliminato.¹⁵³ «Individui vaccinati che vengono infettati dalla variante Delta possono trasmettere SARS-CoV-2 ad altri».¹⁵⁴ Più di un quarto dei pazienti completamente vaccinati ricoverati in ospedale con SARS-CoV-2 erano gravemente o criticamente malati di CoViD-19.¹⁵⁵ Ampia e rapida diffusione nosocomiale di CoViD-19 fra i

¹⁴⁶ https://www.youtube.com/watch?v=c_bdtDczwK0&t=225s https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2022/01/11/loms-servono-vaccini-nuovi-non-bastano-booster-con-attuali-52e6881e-c587-4f8e-bfc4-969d4b3a74a0.htm

¹⁴⁷ <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-oggi-casa-bianca-test-covid-gratis-ordinabili-online-entro-fine-mese-AETn8K7>

¹⁴⁸ https://www.youtube.com/watch?v=c_bdtDczwK0&t=225s <https://europa.today.it/attualita/ema-booster-rischi-risposta-immunitaria.html>

¹⁴⁹ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008382>

¹⁵⁰ <https://www.timesofisrael.com/israeli-trial-worlds-first-finds-4th-dose-not-good-enough-against-omicron/>

¹⁵¹ <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1?s=08>

¹⁵² Singanayagam A. et al., *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study*. *The Lancet*. 2021. DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00648-4. Cfr: Lalvani A et al, *Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals - Authors' reply*. *Lancet Infect Dis*. 2022; 22(1):18-19.

¹⁵³ Harris R. J. et al., *Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England*. *N Engl J Med* 2021; 385:759-760.

¹⁵⁴ Riemersma K. K. et al., cit. 2021.

¹⁵⁵ Juthani P. et al., *Hospitalisation among vaccine breakthrough covid-19 infections*. *Lancet*. 2021; 21(11):1485-6.

vaccinati in Israele.¹⁵⁶ Epidemia di variante delta in quattro strutture sanitarie in Finlandia nonostante la copertura vaccinale.¹⁵⁷ In Italia, medici e paramedici vaccinati negli ospedali e nelle RSA hanno acceso focolai d'infezione in diverse strutture fin dalle prime vaccinazioni.¹⁵⁸ Jonathan Van-Tam, decano della Sanità britannica, conferma che chi è stato immunizzato può trasmettere l'infezione.¹⁵⁹ Anthony Fauci ha riconosciuto che la variante delta può contagiare i vaccinati, che a loro volta possono trasmettere il virus ad altri.¹⁶⁰ I CDC statunitensi confermano che la variante delta può essere trasmessa anche dai vaccinati, che sono quindi invitati a indossare la mascherina al chiuso.¹⁶¹

Della contagiosità tratta perfino il Protocollo Clinico della sperimentazione vaccinale condotta da Pfizer:¹⁶² donne che nella sperimentazione hanno ricevuto il vaccino e iniziano una gravidanza sono a rischio, e uomini vaccinati che hanno contatti con una donna all'inizio del concepimento la espongono a rischio d'infezione *per inalazione o per contatto*.¹⁶³ Lo stesso per l'aborto e per l'allattamento¹⁶⁴, o per esposizione professionale.¹⁶⁵ Lo stesso per Moderna: i vaccinati possono trasmettere il virus.¹⁶⁶

Pierluigi Lopalco ha ammesso che «il vaccinato può continuare a trasmettere l'infezione, con una probabilità più bassa, ma la trasmette. E abbiamo visto che i medici vaccinati hanno comunque portato il virus in alcuni reparti».¹⁶⁷ Anche Christian Perronne, professore di Infettivologia all'Università Versailles-St Quentin di

¹⁵⁶ Shitrit P. *et al.*, *Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July, 2021*. Euro Surveill. 2021; 26(39):pii=2100822

¹⁵⁷ Hetemäki I. *et al.*, *An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B.1.617.2) in a secondary care hospital in Finland, May 2021*. Euro Surveill. 2021; 26(30):pii=2100636.

¹⁵⁸ <https://www.ilrestodelcarlino.it/fermo/cronaca/covid-focolaio-murri-1.5909879>. Cfr. <https://www.secondopianonews.it/news/cronaca/2021/01/25/strage-di-anziani-in-rsa-a-como-21-morti-erano-stati-vaccinati-positivi-85-ospiti-e-54-sanitari.html> Cfr. https://torino.corriere.it/cronaca/21_gennaio_21/covid-focolaio-san-giovanni-bosco-35-pazienti-positivi-tampone-061c04ca-5bc6-11eb-9e63-4c8bcf5518af.shtml. Cfr. <https://www.statoquotidiano.it/22/01/2021/lucera-focolaio-covid-nel-reparto-medicina-del-lastaria/835702/>. Cfr. https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/vaccini_covid_napoli_sette_positivi_dopo_prima_puntura-5716109.html. Cfr. <https://bari.ilquotidianoitaliano.com/cronaca/2021/01/news/coronavirus-adelphia-focolaio-nella-rssa-casa-caterina-venti-casi-tra-ospiti-e-dipendenti-positivi-dopo-il-vaccino-303407.html/>. Cfr. <https://www.rainews.it/tgr/fvg/video/2021/01/fvg-coronavirus-fvg-case-riposo-vaccinati-contagiati-4d70d9ba-4bef-412c-befd-7994e3c8d796.html>

¹⁵⁹ Howie M., *Covid-19: Jonathan Van-Tam warns people who receive two vaccine doses could still pass it on to others. Evening & Standard (UK)*, 25/1/21.

¹⁶⁰ https://www.corriere.it/salute/21_luglio_29/vaccini-contagi-variante-delta-mascherine-fauci-bbdda712-f042-11eb-9f04-73cbb9ab1451.s.html

¹⁶¹ https://www.repubblica.it/esteri/2021/07/31/news/covid_rischio_di_contagiosita_anche_per_i_vaccinati_312441936/

¹⁶² https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020_pdf

¹⁶³ *Ivi*. Sez. 8.3.5.1

¹⁶⁴ *Ivi*. Sez. 8.3.5.2

¹⁶⁵ *Ivi*. Sez. 8.3.5.3

¹⁶⁶ <https://www.raiplay.it/video/2021/01/Report-36ecb482-6064-4b6e-9e30-a0474334ff7f.html>.

¹⁶⁷ *Piazzapulita* – Puntata del 01/04/2021 (visionabile su www.la7.it)

Parigi, ha ribadito che i vaccinati sono pericolosi per gli altri, infettano e rischiano d'infettarsi con le varianti e che i vaccini genici costituiscono un grave pericolo per l'umanità.¹⁶⁸

Al contrario, i guariti dall'infezione non sono contagiosi: il 5 novembre 2021, il CDC ha ammesso di non avere segnalazioni di persone guarite da CoViD-19 che abbiano diffuso nuovamente la CoViD-19 e che queste informazioni non vengono raccolte. La mancata considerazione di questo aspetto è particolarmente grave poiché espone la popolazione a potenziali gravi pericoli per la salute, quando la s'invita o si obbliga a vaccinarsi a prescindere dall'aver contratto o meno la malattia CoViD-19.¹⁶⁹ Vedasi l'articolo "Vaccinare le persone che hanno avuto il CoViD-19: perché l'immunità naturale non conta negli Stati Uniti"¹⁷⁰ e la risposta a tale articolo.¹⁷¹

La conferma della contagiosità dei vaccinati arriva dalla pre stampa di uno studio condotto allo "Spallanzani" dal gruppo di Giuseppe Ippolito su 94 casi d'infezioni, sintomatiche e non, post-vaccinali, persone che si sono reinfettate nonostante gli anticorpi prodotti dal vaccino. "Il virus infettivo è stato coltivato da queste persone suggerendo che possano trasmettere l'infezione nonostante l'avvenuta vaccinazione".¹⁷²

Il rischio di trasmissione domestica nelle famiglie dei vaccinati sembra solo ridotto, non eliminato.¹⁷³ Più di un quarto dei pazienti completamente vaccinati ricoverati in ospedale con SARS-CoV-2 erano gravemente o criticamente malati di CoViD-19.¹⁷⁴ Ampia e rapida diffusione nosocomiale di CoViD-19 fra i vaccinati in Israele.¹⁷⁵ Epidemia di variante delta in quattro strutture sanitarie in Finlandia nonostante la copertura vaccinale.¹⁷⁶

Ci si domanda a che cosa possano servire questi vaccini che non fermano la replicazione virale, non bloccano la trasmissione e non impediscono il contagio e,

¹⁶⁸ <https://detoxed.info/dr-christian-perronne-esperto-francese-di-malattie-infettive-i-vaccinati-sono-a-rischio-con-le-varianti-e-sono-pericolosi-per-gli-altri/>

¹⁶⁹ FOIA: CDC ammette nessun record di persona non vaccinata che diffonde COVID dopo essersi ripresa da COVID - SWFI (swfinstitute.org)

¹⁷⁰ <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2101>

¹⁷¹ <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2101/rr-0>

¹⁷² Colavita F. et al., *Virological and Serological Characterization of SARS-CoV-2 Infections Diagnosed After mRNA BNT162b2 Vaccination*. <https://doi.org/10.1101/2021.09.21.21263882>.

¹⁷³ Harris RJ et al, *Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England*. N Engl J Med 2021; 385:759-760.

¹⁷⁴ Juthani P et al, *Hospitalisation among vaccine breakthrough covid-19 infections*. Lancet. 2021; 21(11):1485-6.

¹⁷⁵ Shitrit P et al, *Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel*. Euro Surveill. 2021; 26(39):pii=2100822

¹⁷⁶ Hetemäki I et al, *An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B.1.617.2) in a secondary care hospital in Finland*. Euro Surveill. 2021; 26(30):pii=2100636.

a maggior ragione, che utilità possa avere **il verde lasciapassare che fa circolare persone infette e infettanti**. Un recente studio su *The Lancet* conferma che vi è una crescente evidenza che i vaccinati continuano ad avere un ruolo rilevante nella trasmissione virale: “Negli Stati Uniti e in Germania, funzionari di alto livello hanno usato il termine ‘pandemia dei non vaccinati’ che minacciano i vaccinati per CoViD-19: invito i funzionari e gli scienziati di alto livello a porre fine alla stigmatizzazione inappropriata delle persone non vaccinate”.¹⁷⁷ Non sono i non vaccinati a prostrarre l’epidemia, lo sono le varianti indotte dal vaccino e la mancanza di efficacia dello stesso. Sono gli stessi vaccinati a diffondere il virus. Geert Vanden Bossche ha dichiarato che oggi la più importante emergenza sanitaria internazionale dovrebbe essere l’annullamento immediato di tutte le campagne di vaccinazione di massa per CoViD-19, che accelerano la formazione di varianti ancora più infettive,¹⁷⁸ e ha ribadito che l’arma più efficace è l’immunità innata e ha definito questi vaccini inappropriati e altamente pericolosi se utilizzati durante una pandemia virale, poiché rischiano di provocare una catastrofe globale senza precedenti.¹⁷⁹

La versione ufficiale è che il vaccino consentirà una forma leggera di malattia, ma questa infezione è già lieve di suo, se non le si permette di diventare grave. Inizia sempre in forma lieve, non si riesce quindi a scorgere il beneficio vaccinale. Invece, essendo del tutto nuovi e sperimentali, questi vaccini hanno molti potenziali rischi anche “ignoti” e i rischi superano i benefici. Certo, a sentire l’industria che li produce, sono più i benefici, ma è l’industria ad affermarlo, non la scienza. La scienza non ha elementi per esprimere pareri. È una menzogna del *mainstream* spacciare per scienza l’industria, che nemmeno si assume la responsabilità civile e penale delle conseguenze, conoscendo bene i pericoli di questi vaccini.¹⁸⁰

Dubbi sull’efficacia vaccinale sono espressi dalla stessa Pfizer che, in un comunicato alla *Securities and Exchange Commission* (l’ente borsistico statunitense) scrive: *We may not be able to demonstrate sufficient efficacy or safety of our COVID-19 vaccine and/or variant-specific formulations to obtain permanent regulatory approval in the United States, the United Kingdom, the European Union, or other countries where it*

¹⁷⁷ Kampf G., *COVID-19: Stigmatising the unvaccinated is not justified*. *Lancet*. 2021; 398(1°314):1871.

¹⁷⁸ <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org>

¹⁷⁹ https://37b32f5a-6ed9-4d6d-b3e1-5ec648ad9ed9.filesusr.com/ugd/28d8fe_266039aeb27a4465988c37adec9cd1dc_pdf

¹⁸⁰ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

*has been authorized for emergency use or granted conditional marketing approval.*¹⁸¹
 L'azienda mette in guardia gli investitori ammettendo di non essere sicura di poter provare che il suo vaccino sia efficace e quindi avere l'approvazione definitiva dagli enti di controllo medico. Lo fa in un documento ufficiale e datato 31 dicembre 2021, dopo un anno di uso del vaccino.¹⁸²

VACCINATI CHE S'INFETTANO

Le persone vaccinate si ammalano di CoViD-19 più delle non vaccinate. Nel *CoViD-19 vaccine surveillance report – week 5*, aggiornato al 3 febbraio 2022 (Rapporto sulla sorveglianza del vaccino CoViD-19), l'Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito riporta, in tabella 13, i tassi di infezione da CoViD-19 e si riscontra che il tasso di infezioni è circa doppio fra i vaccinati rispetto ai non vaccinati.¹⁸³ Dal documento della FDA *“Riunione del comitato consultivo sui vaccini e sui prodotti biologici correlati 17 settembre 2021 | Documento informativa della FDA. Domanda di concessione di una dose di richiamo per COMIRNATY”* (pag. 22) si è osservato che i vaccinati avevano contratto la CoViD-19 più dei non vaccinati: 70 persone su 1.000 che avevano assunto il vaccino Pfizer si erano ammalati di CoViD-19, rispetto alle 51 su 1.000 che si sono ammalate dopo aver assunto il placebo.¹⁸⁴

A conferma che questi vaccini non prevengono il contagio, né la malattia grave o la morte, tra il 07/01/2022 e il 06/02/2022, l'ISS segnala per i vaccinati con ciclo completo + dose booster: 9.017 ospedalizzazioni, 378 ricoveri in terapia intensiva, 215 decessi per CoViD-19. Inoltre, nello stesso periodo, risultano questi casi CoViD-19: – 738.378 casi nei vaccinati con ciclo completo più dose booster – 597.335 nei vaccinati con ciclo completo da meno di 120 giorni – 1.249.396 nei vaccinati con ciclo completo da più di 120 giorni – 127.486 casi nei vaccinati con

¹⁸¹ <https://investors.biontech.de/node/11931/html>

¹⁸² <https://scenarieconomici.it/pfizer-potremmo-non-essere-in-grado-di-dimostrare-che-il-vaccino-covid-e-efficace/>

¹⁸³

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1052353/Vaccine_surveillance_report_-_week_5.pdf

¹⁸⁴ <https://www.fda.gov/media/152176/download>

ciclo incompleto – 777.547 casi nei non vaccinati (fra i quali risultano anche i vaccinati prima dose, per cui il numero dei veri non vaccinati scenderebbe ancora).¹⁸⁵

PERICOLOSITÀ VACCINALE

Molte volte il vaccinato sviluppa subito la malattia, come uno studio recente ha confermato: il vaccino ripropone la stessa sintomatologia della CoViD-19.¹⁸⁶

Il vaccino ripropone la stessa sintomatologia della CoViD-19, potendo alterare l'emoglobina glicosilata, la coagulazione, le funzioni renali, l'equilibrio elettrolitico. Inoltre, proprio come l'infezione da SARS-CoV-2, riduce i linfociti T8 e T regolatori (con alto rischio di autoimmunità), aumenta i monociti e il fattore di trascrizione NFkB (tempesta citochinica) e diminuisce le risposte all'interferone 1 rendendo più debole il sistema immunitario.¹⁸⁷

Si spiegano così i casi che sviluppano una CoViD-19 immediatamente dopo la vaccinazione. Questo è il primo fra i tanti pericoli correlati a tali vaccini, che si aggiunge agli altri. A cominciare dall'alto rischio di ADE (*Antibody Dependent Enhancement*),¹⁸⁸ tipico dei virus a RNA a catena singola quando si tenta di

¹⁸⁵ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pd

¹⁸⁶ Liu J. *et al.*, *Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines*. Cell Discov. 2021; 7:99

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Bolgan L., *COVID-19 –Il vaccino*, in www.studiesalute.it. Cfr. Aume M. *et al.*, *SARS CoV subunit vaccine: antibody-mediated neutralization and enhancement*. Hong Kong Med J. 2012; 18 Suppl 2:31-6. Cfr. Tseng C. T. *et al.*, *Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonary immunopathology on challenge with the SARS virus*. PloS One. 2012; 7(4):e35421. Cfr. Bolles M. *et al.*, *A double-inactivated severe acute respiratory syndrome coronavirus vaccine provides incomplete protection in mice and induces increased eosinophilic proinflammatory pulmonary response upon challenge*. J Virol. 2011; 85(23):12201-15. Cfr. Wang Q. *et al.*, *Immunodominant SARS Coronavirus Epitopes in Humans Elicited both Enhancing and Neutralizing Effects on Infection in Non-human Primates*. ACS Infect Dis. 2016; 2(5):361-76. Cfr. Ricke D. O., *Two Different Antibody-Dependent Enhancement (ADE) Risks for SARS-CoV-2 Antibodies*. Front Immunol. 2021; 12:640093. Pubblicato il 24/02/2021. DOI:10.3389/fimmu.2021.640093.

vaccinarli.¹⁸⁹ C'è un reale, innegabile, pericolo di ADE per i vaccini SARS-CoV-2.¹⁹⁰ Il 14 gennaio 2021 in una trasmissione televisiva, Massimo Galli ha ammesso il rischio di ADE quando si vaccina chi è già stato infettato:

“Sono fuori di me perché si stanno vaccinando persone già guarite. Non c'è uno straccio di dato reale a favore di questa pratica [...] Cominciamo infatti ad avere delle reazioni avverse, non nei vaccinati che non hanno mai visto prima il virus, ma in quelli che il virus l'hanno già visto, come in fondo ci si poteva aspettare [...] Per non porci il problema di capire chi si sta vaccinando, se è già stato infettato oppure no, facciamo disastri”.¹⁹¹

Eppure, prima della vaccinazione, non viene fatto alcun sierologico per escludere la presenza di anticorpi.

Molti studi rilevano un aumento di probabilità di sintomi clinicamente significativi e un aumentato rischio di qualsiasi effetto collaterale nei vaccinati che avevano precedentemente sviluppato un'immunità naturale da SARS-CoV-2, rispetto a quelli che non l'avevano.¹⁹² Oltretutto, **chi è già immune non beneficia della vaccinazione.** Moltissimi studi sconsigliano di vaccinare persone che hanno precedentemente contratto il virus SARS-CoV-2 e raccomandano di fare particolare attenzione.¹⁹³

Nel Protocollo Clinico della sperimentazione vaccinale Pfizer, è confermato: «è stato osservato un potenziamento della malattia [ADE] in seguito alla vaccinazione con vaccini per RSV, il coronavirus felino e il virus della Dengue. Pertanto, la fase I *esclude i partecipanti con probabile COVID-19 precedente o attuale.* Nella fase II/III, i criteri di ritardo temporaneo rinviano la vaccinazione dei partecipanti con

¹⁸⁹ Negro F, *Is antibody-dependent enhancement playing a role in COVID-19 pathogenesis?* Swiss Med Wkly. 2020; 150: w20249. Cfr, Iwasaki A. *et al.*, *The potential danger of suboptimal antibody responses in COVID-19.* Nat Rev Immunol. 2020; 20:339-341. Cfr. Karthik K. *et al.*, *Role of antibody-dependent enhancement (ADE) in the virulence of SARS-CoV-2 and its mitigation strategies for the development of vaccines and immunotherapies to counter COVID-19.* Hum Vaccin Immunother. 2020; 1–6. Cfr, Van Erp E. A. *et al.*, *Fc-mediated antibody effector functions during respiratory syncytial virus infection and disease.* Front Immunol. 2019; 10:548. Cfr. <https://www.wired.it/scienza/medicina/2017/12/05/filippine-vaccino-dengue/>. Cfr, Tseng C. T. *et al.*, *op. cit.*, 2012. Cfr. Wang Q. *et al.*, *op. cit.*, 2016. Cfr, Pollack F. *et al.*, *A Role for Immune Complexes in Enhanced Respiratory Syncytial Virus Disease.* J Exp Med. 2002; 196(6): 859–65. Cfr, Lee W. S. *et al.*, *Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies.* Nature Microbiology, 2020; 5:1185-91. Cfr, Tetro J. A., *Is COVID-19 receiving ADE from other coronaviruses?* Microbes Infect. 2020 Mar;22(2):72-3. Cfr, Wan Y. *et al.*, *Molecular mechanism for antibody-dependent enhancement of coronavirus entry.* J Virol. 2020; 94:e02015-19. Cfr, Yasui F., Kai C. *et al.*, *Prior immunization with severe acute respiratory syndrome (SARS)-associated coronavirus (SARS-CoV) nucleocapsid protein causes severe pneumonia in mice infected with SARS-CoV.* J Immunol. 2008;181(9):6337-48. Cfr, Liu L. *et al.*, *Anti-spike IgG causes severe acute lung injury by skewing macrophage responses during acute SARS-CoV infection.* JCI Insight. 2019; 4(4):e123158.

¹⁹⁰ Lee W. S. *et al.*, *op. cit.*, 2020.

¹⁹¹ <https://www.la7.it/otto-e-mezzo/video/vaccino-il-prof-galli-sono-fuori-di-me-perche-vaccinare-chi-e-guarito-dal-covid-13-01-2021-359322> e cfr. <https://www.la7.it/aggiornamenti-sul-coronavirus/video/vaccino-il-prof-galli-sono-fuori-di-me-perche-vaccinare-chi-e-guarito-dal-covid-14-01-2021-359419>

¹⁹² <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2101667>.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33803014/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33930320/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8164507>

¹⁹³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.20.21255670v1>

sintomi di potenziale COVID-19».¹⁹⁴ Ecco che l'azienda ammette che, col vaccino per SARS-CoV-2, c'è alto rischio di ADE in chi ha già incontrato il virus, tanto da escludere queste persone dalla sperimentazione.

Le aziende sostengono che gli mRNA vaccinali si esauriscono in brevissimo tempo nell'organismo, ma non è così. È dimostrato che l'RNA virale può rimanere per molti mesi in quasi tutti gli organi del nostro corpo (polmoni, cuore, vasi, linfa, pelle, muscoli, adipe, occhi, apparato digerente, endocrino, riproduttivo, cervello, nervi periferici)¹⁹⁵ a configurare la cronicizzazione (*long covid*) anche nel 50% degli infettati.¹⁹⁶ Pertanto, se lo fa l'RNA del virus, è plausibile che valga anche per l'RNA vaccinale ed è stato confermato dalle autopsie sui vaccinati: il primo studio *post mortem* in un paziente vaccinato e deceduto un mese dopo per insufficienza acuta renale e respiratoria (positivo a SARS-CoV-2) ha rivelato alla mappatura molecolare con RT-PCR valori soglia di ciclo SARS-CoV-2 pertinenti in tutti gli organi esaminati, con la presenza dell'RNA vaccinale ovunque, tranne che nel fegato e nel bulbo olfattivo:¹⁹⁷ un avvelenamento generalizzato.

Anche le spike prodotte possono andare in circolo e annidarsi nei tessuti, risultando difficilmente eliminabili e provocando effetti negativi perfino dopo molto tempo dall'inoculazione. Anche da sola, la spike è patogena e può scatenare malattie autoimmuni nel breve e nel lungo termine: gli anticorpi possono attaccare strutture dell'organismo, per un'eccessiva tempesta di citochine o per mimetismo molecolare fra l'antigene vaccinale e le proteine umane.¹⁹⁸

L'interleuchina 17 gioca un ruolo nell'ADE e nelle complicanze autoimmuni da vaccino.¹⁹⁹ Almeno il 50% delle morti dopo la seconda dose sembrano da reazione autoimmune.²⁰⁰ Tutti i tipi di vaccini per SARS-

¹⁹⁴ link cit, https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020_pdf. Pagina 29.

¹⁹⁵ Chertow D. *et al.*, *SARS-CoV-2 infection and persistence throughout the human body and brain*. Research Square, preprint, 2021. DOI: 10.21203/rs.3.rs-1139035/v1

¹⁹⁶ Groff D. *et al.*, *Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review*. JAMA Netw Open. 2021;4(10):e2128568.

¹⁹⁷ Hansen T. *et al.*, *First case of postmortem study in a patient vaccinated against SARS-CoV-2*. Int J Infect Dis. 2021; 107:172-175.

¹⁹⁸ Bolgan L., *COVID-19 – Il vaccino*, in www.studiesalute.it. Cfr. Kanduc D., Shoenfeld Y., *Molecular mimicry between SARS-CoV-2 spike glycoprotein and mammalian proteomes: implications for the vaccine*, op. cit.

¹⁹⁹ Hotez P. *et al.*, op. cit., 2020.

²⁰⁰ <https://corrierequotidiano.it/cronaca/morti-da-vaccino-patologi-il-50-dopo-la-seconda-dose/>

CoV-2 possono indurre pericolose vasculiti autoimmuni da IgA.²⁰¹ Le vasculiti sono confermate da altri ricercatori che segnalano anche fenomeni sistemici autoimmuni e auto-infiammatori.²⁰² L'autoimmunità da adiuvanti presenti in questi vaccini induce tiroiditi.²⁰³

La letteratura riporta correlazioni fra questi vaccini e malattie autoimmuni (epatiti, trombosi, trombocitopenia, diabete, alopecia, nefropatie, tiroiditi, neuropatie...),²⁰⁴ Pertanto, “i medici dovrebbero essere cauti”.²⁰⁵

Il materiale genetico vaccinale con le sue inevitabili contaminazioni (DNA fetale, virus cancerogeni avventizi, frammenti del vettore etc.), integrandosi nel DNA, potrebbe alterarne l'espressione in modo epigenetico, con conseguenze imprevedibili e rischiose per i vaccinati e la progenie.²⁰⁶ Dato che il genoma di SARS-CoV-2 può integrarsi nel DNA umano, comportandosi come un retrovirus,²⁰⁷ potrebbe accadere

²⁰¹ Badier L. *et al.*, *IgA vasculitis in adult patient following vaccination by ChadOx1 nCoV-19*. *Autoimmunity Rev.* 2021; 20(11):102951

²⁰² Hočevár A., Tomšić M., *Immune mediated events timely associated with COVID-19 vaccine. A comment on article by Badier, et al.: “IgA vasculitis in adult patients following vaccination by ChadOx1 nCoV-19”*. *Autoimmunity Rev.* available online 2 November 2021, 102989

²⁰³ Pujol A. *et al.*, *Thyroid as a target of adjuvant autoimmunity/inflammatory syndrome due to mRNA-based SARS-CoV2 vaccination: from Graves' disease to silent thyroiditis*. *J Endocrinol Invest.* 2021 Nov 18 : 1–8.

²⁰⁴ [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)00237-3/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)00237-3/fulltext) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34225251/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/> [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)00412-8/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)00412-8/fulltext) [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)00424-4/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)00424-4/fulltext) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMci2113694> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdi.13757> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35013724/> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210740121002199?via%3Dihub#bib0001> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8673931/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34717185/> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imm.13443> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1756-185X.14238> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.15147> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33862041/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116081/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129886/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293683/> [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)01896-1/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)01896-1/fulltext) [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)01904-8/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)01904-8/fulltext) [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(21\)02093-6/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(21)02093-6/fulltext) <https://academic.oup.com/jcem/article/106/9/2600/6287003?login=true> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.26132>

²⁰⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781161/>

²⁰⁶ <https://www.corvelva.it/speciale-corvelva/vaccinagate/prima-pubblicazione-peer-review-sui-vaccini-mprv-priorix-tetra-e-mmrvaopro.html>

²⁰⁷ Zhang L. *et al.*, *SARS-CoV-2 RNA reverse-transcribed and integrated into the human genome*. <https://doi.org/10.1101/2020.12.12.422516>. Cfr. Zhang L. *et al.*, *Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues*. *PNAS.* 2021, 118 (21):e2105968118.

anche con l'mRNA vaccinale. A quel punto, la retro-trascrizione indurrebbe malattie croniche nel lungo periodo.²⁰⁸

La retrotrascrizione dell'mRNA vaccinale, ovvero il rischio che si integri nel nostro genoma, è per ora solo ipotetico, come lo è per il DNA dell'adenovirus vettoriale: è tuttavia plausibile per la presenza dei retrotrasposoni.²⁰⁹ Sequenze virali che codificano la proteina N di SARS-CoV-2 si sono trascritte nel nostro DNA, quindi sembra proprio che l'RNA di SARS-CoV-2 possa essere trascritto inversamente e che il DNA risultante possa essere integrato nel genoma della cellula ospite.²¹⁰ Gli mRNA vaccinali rimangono potenzialmente oncogeni per integrazione o per interferenza genica (epigenetica).

Di recente (febbraio 2022) è stata confermata la retrotrascrizione su cellule epatiche umane da parte dell'mRNA vaccinale del vaccino Pfizer-BioNTech, già dopo sei ore dall'inoculazione, con possibile integrazione nel DNA e quindi gravi pericoli di genotossicità, oltre che di epatite autoimmune.²¹¹

Si è scoperto che la spike si localizza nel nucleo cellulare, inibendo la riparazione del danno al DNA e questo è un potenziale meccanismo molecolare che può impedire l'immunità adattativa e sottolineare i potenziali effetti collaterali.²¹²

Un altro pericolo è l'interferenza con virus già presenti nel corpo che il vaccino potrebbe riattivare scatenando altre patologie.²¹³ A tal proposito, Mady Hornig ha ipotizzato che l'infezione da SARS-CoV-2 possa riattivare un latente EBV (Epstein Barr Virus, agente della mononucleosi) innescando la stanchezza.²¹⁴ È stato scoperto che, quando si riattiva,²¹⁵ l'EBV aumenta l'espressione degli ACE-2 nelle cellule epiteliali favorendo l'ingresso del SARS-CoV-2; pertanto, inibire la replicazione

²⁰⁸ Balada E. *et al.*, *Implication of human endogenous retroviruses in the development of autoimmune diseases*. Int Rev Immunol. 2010; 29(4):351-70. Cfr. Voisset C. *et al.*, *Human RNA "rumor" viruses: the search for novel human retroviruses in chronic disease*. Microbiol Mol Biol Rev. 2008; 72(1):157-96.

²⁰⁹ Geni in grado di muoversi nel genoma passando per un intermedio a RNA. Potrebbero rappresentare una forza guida per l'evoluzione dei genomi.

²¹⁰ Zhang L. *et al.*, op. cit., PNAS. 2021.

²¹¹ [CIMB | Free Full-Text | Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line | HTML \(www-mdpi-com.translate.goog\)](https://www.mdpi.com/translate/goog)

²¹² Jiang H. *et al.*, *SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro*. Viruses. 2021; 13(10):2056.

²¹³ Malone R., *La "corsa agli armamenti" vaccinale potrebbe rivelarsi pericolosa per il pubblico americano* (trad. Paolo Cesaretti), *The Washington Times*, 5/8/21, in <https://web.archive.org/web/20210805220335/https://www.washingtontimes.com/news/2021/aug/5/biden-teams-misguided-and-deadly-covid-19-vaccine-/>

²¹⁴ Rubin R., *As Their Numbers Grow, COVID-19 "Long Haulers" Stump Experts*. JAMA. 2020; 324(14):1381-3.

²¹⁵ EBV infetta e persiste nel >90% degli esseri umani adulti.

dell'EBV con appropriati antivirali può ridurre la suscettibilità a SARS-CoV-2.²¹⁶ Prima di vaccinare, si dovrebbe controllare che non vi siano riattivazioni virali in corso.

Inoltre, a pagina 23 del suo rapporto di sorveglianza sul vaccino CoViD-19 (42^a settimana), l'Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito (UKHSA) ha ammesso che due dosi di vaccino danneggiano il sistema immunitario naturale. Infatti, i livelli di anticorpi contro la proteina N virale risultano più bassi in chi s'infetta dopo aver subito le due dosi di vaccino: si tratta di un calo permanente e il soggetto resterà più vulnerabile alle mutazioni del virus, al contrario dei non vaccinati, che godranno di un'immunità duratura e forse permanente a tutti i ceppi.²¹⁷ Infatti, gli anticorpi anti-N si formano solo con l'infezione e non col vaccino. Pur producendo anticorpi specifici, la vaccinazione per SARS-CoV-2 riduce la capacità antivirale del vaccinato, riducendo l'espressione genica delle cellule del sistema immunitario e aumentando la risposta infiammatoria.²¹⁸

Neurotossicità della spike. Questa è un trimero proteico che può assumere una conformazione chiusa o aperta, passando per quattro stadi diversi. Sembra che Pfizer l'abbia bloccata all'80% nella forma chiusa, con due sostituzioni di prolina che non le permettono di piegarsi e aprirsi (conformazione di prefusione)²¹⁹ per renderla più immunogena,²²⁰ rimanendo alto il rischio di ADE.²²¹ Separata dal virus, la spike può comportarsi come un prione, una proteina mal ripiegata.²²² Ecco un altro grave pericolo di questi vaccini: possono favorire la formazioni di prioni, quindi di

²¹⁶ Verma D. *et al.*, *Epstein-Barr Virus Lytic Replication Induces ACE2 Expression and Enhances SARS-CoV-2 Pseudotyped Virus Entry in Epithelial Cells*. J Virol 2021;95(13):e0019221.

²¹⁷ Cfr. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1027511/Vaccine-surveillance-report-week-42.pdf. p. 23: «recent observations from UK Health Security Agency (UKHSA) surveillance data that N antibody (post-infection antibodies) levels appear to be lower in individuals who acquire infection following 2 doses of vaccination».

²¹⁸ <https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3>

²¹⁹ Modificando così la *spike*, Barney S. Graham e Jason McLellan hanno cercato di eliminare il sito di clivaggio che facilita l'ingresso nelle cellule.

²²⁰ Corbett K. S. *et al.*, *SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness*. Nature. 2020; 586:567–71, op. cit.

²²¹ Wang J., Zand M. S., *The potential for antibody-dependent enhancement of SARS-CoV-2 infection: Translational implications for vaccine development*. J Clin Transl Sci. 2020; 1-4. doi: 10.1017/cts.2020.39.

²²² Il prione (acronimo per “particella infettiva proteica”) è una proteina del capsido virale che si differenzia dal virione poiché priva di materiale genetico. Non è un virus, non si replica, è una sua parte ma può comportarsi come una tossina. Quello della “mucca pazza” era un prione.

Alzheimer o altre neuropatie degenerative, ma anche diabete e patologie immunitarie.²²³

Il SARS-CoV-2 è l'unico coronavirus con un dominio simile a un prione trovato nel dominio di legame del recettore della regione S1 della *spike*.²²⁴ La *spike* da sola è sufficiente per ottenere segnalazioni cellulari di crescita nelle cellule vascolari polmonari, con loro ispessimento ed esiti cardiovascolari e polmonari avversi.²²⁵ La S1 del SARS-CoV-2, una volta iniettata nel topo, entra nel parenchima cerebrale ed è stabile nel cervello e nel sangue; l'eparina ne blocca l'assorbimento nel fegato ma non nel cervello. La S1 entra nel cervello e nel sangue del topo anche dopo somministrazione nasale, mettendolo a rischio di encefalite.²²⁶

Il più grave problema di **questi vaccini** è che, sia pur per vie diverse, **inducono tutti la produzione di spike, che è la componente tossica e velenosa di questo virus: è neurotossica, danneggia il cervello²²⁷ e il sistema nervoso periferico** (alterazioni del gusto e dell'olfatto ma, soprattutto, aumentato rischio della sindrome demielinizzante di Guillain-Barré, paralisi di Bell...²²⁸).

Sindromi di Guillain-Barré in soggetti vaccinati.²²⁹ Gli effetti collaterali neurologici più frequenti dei vaccini SARS-CoV-2 sono mal di testa, sindrome di Guillain-Barré, trombosi del seno venoso e mielite trasversa.²³⁰ Malattie neurologiche autoimmuni (anche demielinizzanti) segnalate dopo la vaccinazione.²³¹ Riattivazioni di sclerosi multipla dopo vaccinazione per SARS-CoV-2.²³² Molti hanno osservato un rapido cambiamento di carattere in alcuni soggetti inoculati, possibile effetto di questi sieri sulla psiche umana.

²²³ Classen J. B., *COVID-19 RNA based vaccines and the risk of prion disease*. Microbiology & Infectious Disease. 2021; 5 (1):1-3.

²²⁴ Tetz G., Tetz V., *SARS-CoV-2 Prion-Like Domains in Spike Proteins Enable Higher Affinity to ACE2*. Preprints 2020, 2020030422. DOI: 10.20944/preprints 202003.0422.v1.

²²⁵ Suzuki Y. J. *et al.*, *SARS-CoV-2 spike protein-mediated cell signaling in lung vascular cells*. Vascul Pharmacol. 2021; 137: 106823.

²²⁶ Rhea E. M. *et al.*, *The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood-brain barrier in mice*. Nat Neurosci 2021; 24:368-378.

²²⁷ Buźdygan T. *et al.*, *The SARS-CoV-2 spike protein alters barrier function in 2D static and 3D microfluidic in-vitro models of the human blood-brain barrier*. Neurobiol Dis. 2020; 146:105131.

²²⁸ Filosto M. *et al.*, *Guillain-Barré syndrome and COVID-19: an observational multicentre study from two Italian hotspot regions*. BMJ. 2020; 92(7):751.

²²⁹ Finsterer J. *et al.*, *Post SARS-CoV-2 vaccination Guillain-Barre syndrome in 19 patients*. Clinics (Sao Paulo). 2021 Oct 11;76:e3286. Cfr. Finsterer J., *Guillain-Barre syndrome 15 days after COVID-19 despite SARS-CoV-2 vaccination*. IDCases. 2021 Jul 12; 25:e01226.

²³⁰ Finsterer J., *Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccinations*. Acta Neurol Scand. 2021. DOI: 10.1111/ane.13550.

²³¹ Kaulen L. D. *et al.*, *Neurological autoimmune diseases following vaccinations against SARS-CoV-2: a case series*. Eur J Neurol. 2021. DOI: 10.1111/ene.15147.

Murphy WJ, Longo DL, *A Possible Role for Anti-idiotypic Antibodies in SARS-CoV-2 Infection and Vaccination*. N Engl J Med 2022; 386:394-6

²³² Nistri R. *et al.*, *Case Report: Multiple Sclerosis Relapses after Vaccination against SARS-CoV-2: A Series of Clinical Cases*. Front Neurol. 2021; doi.org/10.3389/fneur.2021.765954

Cardiotossicità della spike. La *spike* è cardiotossica, potendo causare aritmie, miocarditi, fibrillazioni atriali, infarto miocardico, insufficienza cardiaca.²³³

Le miocarditi potrebbero essere correlate anche all'anomala migrazione dei linfociti T8 e alla loro azione citotossica.²³⁴ Miocarditi post-vaccinali da reazione autoimmunitaria.²³⁵ La *spike* può provocare tromboembolie²³⁶ e colpire il microcircolo con microtrombosi e danni agli endoteli.²³⁷ Coaguli e trombi su base autoimmune in molti vaccinati in Israele.²³⁸ In Israele si segnala un elevato numero di miocarditi nei giovani vaccinati con Pfizer.²³⁹ Miocardite con fibrillazione atriale e morte dopo pochi giorni dal vaccino.²⁴⁰ Miocarditi in bambini vaccinati con Pfizer.²⁴¹ Miocarditi in soggetti giovani, pochi giorni dopo la vaccinazione.²⁴² Miocarditi in militari statunitensi vaccinati.²⁴³ Mio-pericarditi in giovani dopo vaccinazione con Pfizer.²⁴⁴ C'è correlazione fra miocarditi, pericarditi (soprattutto nei giovani) e i vaccini a mRNA

²³³ Sharma A. *et al.*, *Human iPSC-derived cardiomyocytes are susceptible to SARS-CoV-2 infection*. Cell Reports Medicine. 2020; 1(4): 100052. Cfr. Shi S. *et al.*, *Association of Cardiac Injury With Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China*. JAMA Cardiol. 2020; 5(7):802-10. Cfr. Chen L. *et al.*, *The ACE2 expression in human heart indicates new potential mechanism of heart injury among patients infected with SARS-CoV-2*. Cardiovasc. Res. 2020; 116:1097–1100. Cfr. Tucker N. R. *et al.*, *Myocyte Specific Upregulation of ACE2 in Cardiovascular Disease: Implications for SARS-CoV-2 mediated myocarditis*. medRxiv. 2020. DOI: 2020.04.09.20059204. Cfr. Oudit G. Y. *et al.*, *SARS-coronavirus modulation of myocardial ACE2 expression and inflammation in patients with SARS*. Eur. J. Clin. Invest. 2009; 39:618–625.

²³⁴ Tricarico G., Travagli V., *COVID-19 fatal outcomes: Role of the endothelial glycocalyx in both cell adhesion and migration*. Biomed J. 2021; 44(4):512–513.

²³⁵ Murphy WJ, Longo DL, *op. cit.* 2022.

²³⁶ Giardini V. *et al.*, *Increased sFLT-1/PlGF ratio in COVID-19: A novel link to angiotensin II-mediated endothelial dysfunction*. AJH. 2020; 95(8):25882.

²³⁷ Østergaard L., *SARS CoV-2 related microvascular damage and symptoms during and after COVID-19: Consequences of capillary transit-time changes, tissue hypoxia and inflammation*. DOI: doi.org/10.14814/phy2.14726

²³⁸ link citato, <https://visionetv.it/dea-in-israele-quasi-tutti-i-ricoverati-erano-stati-vaccinati/>

²³⁹ <https://it.eureporter.co/health/coronavirus/2021/06/04/israel-sees-probable-link-between-pfizer-vaccine-and-myocarditis-cases/>

²⁴⁰ Choi S. *et al.*, *Myocarditis-induced sudden death after BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in Korea: case report focusing on histopathological findings*. J Korean Med Sci. 2021;36(40):e286.

²⁴¹ Dionne A. *et al.*, *Association of Myocarditis with BNT162b2 Messenger RNA COVID-19 Vaccine in a Case Series of Children*. JAMA Cardiol. 2021:e213471

²⁴² Kim H. W. *et al.*, *Patients with Acute Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination*. JAMA Cardiol. 2021; 6(10):1196-1201.

²⁴³ Montgomery J. *et al.*, *Myocarditis Following Immunization With mRNA COVID-19 Vaccines in Members of the US Military*. JAMA Cardiol. 2021; 6(10):1202-6

²⁴⁴ Das B. B. *et al.*, *Myopericarditis after messenger RNA Coronavirus Disease 2019 Vaccination in Adolescents 12 to 18 Years of Age*. J Pediatr. 2021; 238:26-32.e1.

(l'articolo che lo dimostra è stato subito ritirato).²⁴⁵ *Spike* circolanti sono presenti nel plasma dei vaccinati con mRNA-1273 già dopo un giorno.²⁴⁶

Sulla base della segnalazione di sorveglianza passiva negli Stati Uniti, il rischio di miocardite dopo aver ricevuto vaccini CoViD-19 a base di mRNA è aumentato in più strati di età e sesso ed è più alto dopo la seconda dose di vaccinazione nei maschi adolescenti e nei giovani uomini.²⁴⁷ «La presenza di bassi livelli residui di RNA a doppio filamento (dsRNA) è stata segnalata nelle preparazioni del vaccino mRNA CoViD-19. dsRNA è un noto induttore di reazioni immuno-infiammatorie. Si sospetta che il dsRNA nelle nanoparticelle del vaccino sia all'origine dei casi ancora inspiegabili di miocardite, che sono considerati possibili reazioni avverse dopo la vaccinazione».²⁴⁸

La spike è altamente tossica per gli endoteli. Charles Hoffe ritiene che solo il 25% del vaccino rimane in sede di iniezione, l'altro 75% raggiunge il circolo tramite il sistema linfatico, danneggia gli endoteli e aumenta la coagulazione (aumento del D-dimero) in più del 60% dei pazienti.²⁴⁹ Le aziende si difendono dichiarando che la *spike* non va in circolo, quindi non può essere patogena, e rimane prevalentemente nel sito d'iniezione. Invece, un recente studio ha confermato che “gli esosomi circolanti isolati da individui sani vaccinati contengono la spike vaccinale”.²⁵⁰ I linfociti della milza di topi immunizzati con questi esosomi di individui vaccinati hanno dimostrato un aumento del numero di cellule secernenti citochine, proprio come succede iniettando la spike di SARS-CoV-2 (ovvero: esosomi vaccinali hanno prodotto tempeste citochiniche come quando s'inserisce la *spike*).²⁵¹ Quindi, è dimostrato che **le spike vaccinali circolano nell'organismo, veicolate dagli esosomi, e possono produrre le reazioni avverse segnalate.**

²⁴⁵ Kafil T., Crean A. *et al.*, *mRNA COVID-19 vaccination and development of CMR-confirmed myopericarditis*. Doi.org/10.1101/2021.09.13.21262182.

²⁴⁶ Ogata A. F. *et al.*, *Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients*. *Clinical Infectious Disease*. 2021; ciab465.

²⁴⁷ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346>

²⁴⁸ <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fvl-2021-0280>

²⁴⁹ <https://luis46pr.wordpress.com/2021/07/14/dr-charles-hoffe-mrna-vaccines-will-kill-most-people-through-heart-failure-62-already-have-microscopic-blood-clots/>

²⁵⁰ Bansal S. *et al*, *Cutting Edge: Circulating Exosomes with COVID Spike Protein Are Induced by BNT162b2 (Pfizer–BioNTech) Vaccination prior to Development of Antibodies: A Novel Mechanism for Immune Activation by mRNA Vaccines*. *J Immunol* November 15, 2021; 207 (10):2405-10. <https://www.jimmunol.org/content/207/10/2405>.

²⁵¹ *Ibid.*

La pre stampa di un'altra recente ricerca riporta che, a differenza dell'infezione naturale, questi vaccini provocano una "profonda compromissione della segnalazione dell'interferone di tipo I, che ha diverse conseguenze negative sulla salute umana. Le cellule immunitarie rilasciano in circolazione grandi quantità di esosomi contenenti proteina spike insieme a microRNA critici che inducono una risposta di segnalazione nelle cellule riceventi in siti distanti. Ci sono potenziali disturbi profondi nel controllo regolatorio della sintesi proteica e della sorveglianza del cancro, che hanno dimostrato avere un legame causale potenzialmente diretto con malattie neurodegenerative, miocardite, trombocitopenia immunitaria, paralisi di Bell, malattie del fegato, ridotta immunità adattativa, aumento della tumorigenesi e danni al DNA. Le prove vengono da segnalazioni di eventi avversi nel database VAERS a sostegno dell'ipotesi. Riteniamo che una valutazione completa del rischio/beneficio dei vaccini a mRNA li escluda come contributori positivi alla salute pubblica, anche nel contesto della pandemia di Covid-19".²⁵² In altre parole, **le spike vaccinali viaggiando con gli esosomi sono responsabili dei gravi danni per la salute a livello neurologico, cardiaco, circolatorio, immunologico, tumorigeno e andrebbero quindi ritirati, nonostante la pandemia.** A scrivere è una scienziata di fama mondiale, Stephanie Seneff, quattro lauree e ricercatrice senior del MIT, nel quale lavora da più di trent'anni.

A livello endoteliale la spike infiamma e danneggia gli endoteli, ovvero la parete interna dei vasi sanguigni: la CoViD-19 è infatti una malattia principalmente vascolare, una endotelite multiorgano.²⁵³ È noto, fin dalla prima SARS, che linfociti T effettori possono attraversare le pareti infiammate dei vasi,²⁵⁴ e per il SARS-CoV-2 vale lo stesso, quindi è importante proteggere gli endoteli.²⁵⁵ L'mRNA vaccinale aumenta drasticamente l'infiammazione degli endoteli e l'infiltrazione linfocitaria nel muscolo cardiaco, e questo spiegherebbe gli eventi di trombosi, cardiopatie e

²⁵² Seneff S. *et al*, *Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs*. Preprint, 2022.
DOI: 10.22541/au.164276411.10570847/v1. https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV_2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs

²⁵³ Siddiqi H. K. *et al.*, *COVID-19 - A vascular disease*. Trends Cardiovasc Med. 2021; 31(1):1-5.

²⁵⁴ Shulman Z. *et al.*, *Transendothelial migration of lymphocytes mediated by intraendothelial vesicle stores rather than by extracellular chemokine depots*. Nat Immunol. 2012; 13, 67–76.

²⁵⁵ Tricarico G. *et al.*, *Clinical Evidence and Therapeutic Treatments at the Time of the Coronaviruses Responsible for SARS: A Perspective and Points of view with a Focus on Vascular Endothelium*. Coronaviruses, 2021, 2, e130921191743.

sindromi coronariche acute nei vaccinati. Trombosi con trombocitopenia dopo vaccino vettoriale.²⁵⁶ Trombosi venosa profonda dopo vaccino Pfizer.²⁵⁷ Tromboembolie venose dopo vaccinazione con Moderna.²⁵⁸ Tromboembolia venosa e coagulazione disseminata dopo vaccino vettoriale.²⁵⁹ Aumentato rischio di trombocitopenia e trombosi venosa dopo vaccino vettoriale e di trombosi arteriosa dopo Pfizer.²⁶⁰ La viscosità nel sangue (rischio coaguli) è aumentata nei soggetti vaccinati anti CoViD-19, probabilmente per un processo immunopatologico.²⁶¹

All'Università di San Diego hanno costruito uno pseudo-virus circondato da una corona di proteine *spike* che su modelli animali ha causato danni ai polmoni e alle arterie, per infiammazione delle cellule endoteliali.²⁶² Questo dimostra che è **sufficiente la *spike*, avulsa dal virus, per nuocere all'organismo e produrre malattia.**

In vitro la *spike*, legando gli ACE-2, ha danneggiato le cellule endoteliali sane frammentandone i mitocondri.²⁶³ Alla *Old Dominion University* di Norfolk in Virginia, i topi che hanno inalato la subunità S1 della *spike* hanno sviluppato una grave tempesta citochinica.²⁶⁴

Gundry S., *mRna COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: a Warning*. *Circulation*, 2021; 144: A10712.

²⁵⁶ Sangli S. *et al.*, *Thrombosis with Thrombocytopenia After the Messenger RNA-1273 Vaccine*. *Ann Intern Med*. 2021; L21-0244.

²⁵⁷ Carli G. *et al.*, *Deep vein thrombosis (DVT) occurring shortly after the second dose of mRNA SARS-CoV-2 vaccine*. *Intern Emerg Med*. 2021; doi: 10.1007/s11739-021-02685-0.

²⁵⁸ Andraska E. A. *et al.*, *Three cases of acute venous thromboembolism in females after vaccination for coronavirus disease 2019*. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2021 doi: 10.1016/j.jvsv.2021.07.009

²⁵⁹ Shazley O. *et al.*, *A COVID-Positive 52-Year-Old Man Presented with Venous Thromboembolism and Disseminated Intravascular Coagulation Following Johnson & Johnson Vaccination: A Case-Study*. *Cureus*. 2021 Jul 14;13(7):e16383.

²⁶⁰ Hippisley-Cox J. *et al.*, *Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and SARS-CoV-2 positive testing: self-controlled case series study*. *BMJ*. 2021; 374: n1931.

²⁶¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8216419/#!po=31.8182>

²⁶² Lei Y., Zhang J. *et al.*, *SARS-CoV-2 spike protein impairs endothelial function via downregulation of ACE 2*. *Circulation Research*. 2021; 128(9):1323-6.

²⁶³ *Ibid.*

²⁶⁴ Colunga Biancatelli R. M. L. *et al.*, *The SARS-CoV-2 spike protein subunit S1 induces COVID-19-like acute lung injury in K18-hACE2 transgenic mice and barrier dysfunction in human endothelial cells*. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. 2021; 321(2):477-84.

Questi due studi dimostrano che, rimossa la capacità replicante del virus, le cellule vengono danneggiate dalla *spike*, solo ed esclusivamente dalla *spike*. Ed è proprio questa che viene prodotta dal corpo, grazie ai vaccini.

Le trombosi del seno venoso cerebrale e quelle splancniche, estremamente rare ma molto frequenti pochi giorni dopo l'inoculazione di questi vaccini, soprattutto adenovirali e per lo più associate a trombocitopenia, costituiscono la "**sindrome del mimetismo CoViD-19 indotto da vaccino**" (*Vaccine-induced CoViD-19 mimicry*) che sembra causata da varianti della *spike* vaccinale: l'mRNA non viene letto completamente, quindi la traduzione della proteina resta incompleta. Questa ***spike* troncata e solubile C-terminale** sfugge facilmente all'azione dell'HLA (configurando una sindrome da evasione immunitaria), entra nel circolo linfatico ed ematico e può creare danni gravi legandosi alle cellule endoteliali che esprimono ACE-2,²⁶⁵ o altri recettori (come la neuropilina-1) anche a livello cerebrale.²⁶⁶ Le *spike* troncate possono costituire in vivo il 26% di quelle sintetizzate.²⁶⁷ A conferma della grave pericolosità vaccinale per i nostri endoteli.

Delle varianti delle *spike* vaccinali, forme troncate in un quarto dei casi, non si parla mai. Perché? Perché s'insiste a negare l'evidenza della tossicità della *spike*? Del resto è semplice: la *spike* da sola è sufficiente per danneggiare gli endoteli e causare tromboembolie, quindi, facendo produrre *spike* al corpo, che cosa ci si può aspettare? Un altro studio conferma che la subunità S1 della *spike* aumenta significativamente le citochine pro-infiammatorie (α TNF, IL6, IL1 β , IL8) attraverso l'attivazione degli inflammasomi NF κ B, p38 MAPK e NLRP3 e conferma che il pretrattamento con cortisone riduce il rilascio di citochine.²⁶⁸

La *spike* potrebbe essere cancerogena. Non si esclude che la *spike* vaccinale possa favorire i tumori.

Si è visto che la *spike* attiva le citochine pro-infiammatorie stimolando NF κ B, NLRP3 e MAPK p38. L'attività sregolata di NF κ B può attivare i geni che causano la sopravvivenza delle cellule tumorali e quelli che facilitano le metastasi.²⁶⁹ L'inflammasoma 3 contenente pirina (NLRP3) viene attivato dalla viroporina

²⁶⁵ Kowarz E. et al., "Vaccine-Induced Covid-19 Mimicry" Syndrome: Splice reactions within the SARS-CoV-2 Spike open reading frame result in Spike protein variants that may cause thromboembolic events in patients immunized with vector-based vaccines. DOI:10.21203/rs.3.rs-558954/v1.

²⁶⁶ Davies J. et al., *Neuropilin1 as a new potential SARSCoV2 infection mediator implicated in the neurologic features and central nervous system involvement of COVID19*. Mol Med Rep. 2020; 22(5):4221-6. Cantuti-Castelvetri L. et al., *Neuropilin-1 facilitates SARS-CoV-2 cell entry and provides a possible pathway into the central nervous system*. bioRxiv. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.07.137802>.

²⁶⁷ D'Alessandro A., *High rate of SARS-CoV2 nonsense spike genomes coding for prematurely truncated proteins*. arXiv:2105.10074[q-bio.GN]

²⁶⁸ Olajide O. A. et al., *Induction of Exaggerated Cytokine Production in Human Peripheral Blood Mononuclear Cells by a Recombinant SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein S1 and Its Inhibition by Dexamethasone*. Inflammation. 2021; 44:1865-77.

²⁶⁹ Vlahopoulos S. A., *Aberrant control of NF- κ B in cancer permits transcriptional and phenotypic plasticity, to curtail dependence on host tissue: molecular mode*. Cancer Biology & Medicine. 2017; 14 (3): 254–70.

di tutti i coronavirus²⁷⁰ e ha dimostrato di poter promuovere lo sviluppo di alcuni tumori,²⁷¹ la loro progressione e le metastasi,²⁷² anche se in certi casi sembra avere un ruolo anti-oncogenico.²⁷³ Il più importante è MAPK, *mitogen-activated protein kinase* (proteina chinasi attivata dal mitogeno), che controlla la proliferazione, la differenziazione e la sopravvivenza cellulare; l'iperattivazione della segnalazione MAPK induce frequentemente tumori umani ed è presente in oltre l'85% dei tumori.²⁷⁴ È stato scoperto che l'infiammazione prodotta dal cancro aumenta la protrombina con maggior rischio di coaguli nel sangue (che può essere segno di malignità occulta o sindrome di Trousseau) e lo fa attraverso la proteina MAPK p38, rendendo più facile l'invasione di tessuti sani, le metastasi e l'angiogenesi tumorale. Potrebbe essere questo il motivo per cui pazienti con problemi di coaguli sono più soggetti a sviluppare il cancro.²⁷⁵ Dato che può attivare la MAPK p38, ecco che la *spike* diventa potenzialmente cancerogena e dobbiamo questa correlazione a una brillante intuizione di Franco Trinca.²⁷⁶ L'iperattivazione della coagulazione del sangue è associata a una più rapida progressione del tumore²⁷⁷ e la *spike* induce iper-coagulazione.

Si spiegherebbero così i numerosi casi segnalati di vaccinati per SARS-CoV-2 che in breve tempo hanno sviluppato un tumore, oppure l'hanno aggravato. Quindi i rischi d'insorgenza di tumori o di una loro ripresa potrebbero essere plausibili conseguenze della vaccinazione per SARS-CoV-2. I casi di riaccensione di tumori potrebbero derivare dalla capacità di MAPK di promuovere la progressione della malattia (segnalata per diversi tipi di cancro), così come, in pazienti apparentemente sani, potrebbe slentizzare tumori quiescenti. È solo un'ipotesi, ma ancora una volta il principio di precauzione – del tutto disatteso durante questa epidemia – dovrebbe essere finalmente applicato.

I vaccini per SARS-CoV-2 **sembrano compromettere gravemente il sistema immunitario** (ottenendo quindi un effetto contrario). È stata segnalata una diminuzione dei livelli di anticorpi dopo vaccinazione anti CoViD-19 a due dosi, in uno studio di coorte longitudinale in Inghilterra e Galles, pubblicato il 15 luglio 2021 su *The Lancet*, che conclude: «La tendenza alla diminuzione dei livelli di anticorpi S

²⁷⁰ NLRP3 NLR family pyrin domain containing 3 [*Homo sapiens (human)*] - Gene - NCBI (nih.gov), in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/114548>

²⁷¹ Kan Z. *et al.*, *Diverse somatic mutation patterns and pathway alterations in human cancers*. Nature. 2010; 466:869–73. Cfr. Hamarshah S. *et al.*, *Oncogenic KrasG12D causes myeloproliferation via NLRP3 inflammasome activation*. Nat Commun. 2020; 11:1659.

²⁷² Ershaid N. *et al.*, *NLRP3 inflammasome in fibroblasts links tissue damage with inflammation in breast cancer progression and metastasis*. Nat Commun. 2019; 10:4375. Cfr. Weichand B. *et al.*, *SIPRI on tumor-associated macrophages promotes lymphangiogenesis and metastasis via NLRP3/IL-1 β* . J Exp Med. 2017; 214:2695–713.

²⁷³ Hamarshah S., Zeiser R., *NLRP3 Inflammasome Activation in Cancer: A Double-Edged Sword*. Front. Immunol. 2020; 11:1444.

²⁷⁴ Yuan J. *et al.*, *The MAPK and AMPK signalings: interplay and implication in targeted cancer therapy*. J Hematol Oncol. 2020; 13:113.

²⁷⁵ Danckwardt S. *et al.*, *p38 MAPK controls prothrombin expression by regulated RNA 3' end processing*. Molecul Cell. 2011; 41 (3):298-310.

²⁷⁶ Comunicazione personale di Franco Trinca a Massimo Citro.

²⁷⁷ Miller G. J. *et al.*, *Increased incidence of neoplasia of the digestive tract in men with persistent activation of the coagulant pathway*. J Thromb Haemost. 2004; 2:2107-14.

nel tempo rimane coerente e i bassi livelli nei vaccinati clinicamente vulnerabili con ChAdOx1 a 70 giorni o più potrebbero essere motivo di preoccupazione».²⁷⁸

Ci sono altri pericoli correlati a questi vaccini. Stefan Hockertz, immunologo dell'Università di Amburgo, ricorda che si dovrebbero vaccinare soltanto soggetti clinicamente sani, con un solido sistema immunitario, e si dovrebbero evitare le vaccinazioni forzate e indiscriminate.²⁷⁹ Michael Yeadon avverte che la *spike* vaccinale dimostra affinità per le proteine della placenta umana e dei sistemi riproduttivi femminili e maschili, potendo creare danni.²⁸⁰ Nel Regno Unito sono stati segnalati migliaia di casi di alterazioni del ciclo mestruale, emorragie, aborti spontanei,²⁸¹ con 571 neonati morti durante l'allattamento, 675 aborti in madri vaccinate negli Stati Uniti.²⁸² Che la vaccinazione per SARS-CoV-2 sia superflua, non protegga e invece sia molto pericolosa è stato ribadito in Germania alla Conferenza all'Istituto di Patologia di Reutlingen, il 20 settembre e il 4 dicembre 2021, dai professori Arne Burckhardt e Walter Lang, oltre che da tanti altri colleghi tedeschi e austriaci.²⁸³

Nonostante le molteplici evidenze, la Relazione Tecnica al Decreto sostegni ter del gennaio 2022, all'art. 20 ("Disposizioni in materia di vaccini anti SARS-CoV-2 e misure per assicurare la continuità delle prestazioni connesse alla diagnostica molecolare") riporta: «allo stato non si dispone di alcun dato in ordine a possibili danni permanenti alla salute derivanti con certezza dalla somministrazione di tale vaccinazione».²⁸⁴ L'AIFA aveva istituito, il 14/12/20, il Comitato Scientifico per la sorveglianza post-marketing dei vaccini CoViD-19 (CSV CoViD-19) che «rappresenta un punto di riferimento per il Sistema Sanitario Nazionale per garantire una sorveglianza attiva sulla sicurezza di tutti i vaccini CoViD-19 che arriveranno in Italia. Assicurerà giudizi trasparenti sulla piena sicurezza di tutti i nuovi vaccini e il pieno rispetto dei protocolli seguiti nella campagna di vaccinazione» ha affermato l'allora Direttore Generale dell'AIFA, Nicola Magrini.

²⁷⁸ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01642-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01642-1/fulltext)

²⁷⁹ [Microsoft Word - Interview mit Prof. Hockertz-Final.docx \(christen-im-widerstand.de\)](#)

²⁸⁰ <https://www.globalresearch.ca/human-bomb-effects-mrna-vaccination-unvaccinated-people/5745424>

²⁸¹ *Ibid.*

²⁸² <https://twitter.com/ChanceGardiner/status/1443701760833511426?s=20>

²⁸³ <https://coronanews123.wordpress.com/2021/12/24/first-systematic-vaccine-death-autopsies-show-immune-systems-attacking-own-organs/>

²⁸⁴ <https://www.appaltiecontratti.it/2022/01/31/relazione-tecnica-al-dl-ristori-ter/>

IL NON SENSO SUI BAMBINI

La vaccinazione sui bambini e sugli adolescenti non ha ragione né basi scientifiche, dal momento che non evolvono mai nella forma grave e pericolosa. “I bambini non hanno bisogno di questi vaccini, rischiamo di rovinarli e di trasformarli in super diffusori asintomatici”.²⁸⁵ Il 99,995% dei bambini e adolescenti positivi a SARS-CoV-2 sono sopravvissuti.²⁸⁶ «Nessun ricovero in terapia intensiva al “Bambin Gesù”, quindi il rapporto rischi benefici pende dalla parte dei rischi. I bambini sono considerati erroneamente portatori di contagio. Tutti gli studi e le osservazioni empiriche dicono il contrario» ha ricordato Francesco Vaia, Direttore dello “Spallanzani” di Roma,²⁸⁷ aggiungendo che i bambini sani non dovrebbero essere vaccinati. “Vaccinare i bambini per proteggere gli anziani? La solidarietà sociale in chi ha meno di dodici anni rasenta l’ideologia e il fanatismo”.²⁸⁸ Il pretesto addotto per giustificare la vaccinazione infantile è che **il vaccino impedirebbe ai giovani di diventare veicoli d’infezione, quando invece il vaccino non impedisce affatto la trasmissione.**

L’immunologa Jessica Rose ha segnalato un aumento del 1000% di reazioni avverse a questa iniezione nei bambini nei primi nove mesi del 2021, rispetto agli altri vaccini dell’ultimo decennio.²⁸⁹ Stiamo conducendo una sperimentazione, soprattutto sui ragazzi: Emanuele Montomoli, Ordinario di Igiene all’Università di Siena, ha considerato che studi specifici su questa classe di età non ci sono (ad eccezione degli studi preliminari).²⁹⁰

Lo studio pubblicato su NEJM per cui la vaccinazione nei bambini fra 5 e 11 anni sarebbe sicuro ed efficace è privo di credibilità essendo finanziato da BioNTech e Pfizer²⁹¹ e, soprattutto, gli studi clinici sui bambini non hanno affrontato gli effetti a lungo termine. Sulla sicurezza del vaccino per i bambini, la Pfizer si esprime così: «il numero di partecipanti all’attuale programma di sviluppo clinico è troppo esiguo per rilevare un

²⁸⁵ https://www.lifesitenews.com/opinion/the-original-antigenic-sin-how-the-vaccines-might-be-making-covid-19-worse/?utm_source=telegram

²⁸⁶ Smith C. *et al.*, *Deaths in children and young people in England after SARS-CoV-2 infection during the first pandemic year*. Nat Med. 2021. DOI: doi.org/10.1038/s41591-021-01578-1

²⁸⁷ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/08/23/news/francesco-vaia-terza-dose-inutile-vaccino-covid-variante-delta-sfaceli-anticorpi-campagna-vaccinale-28399298/>

²⁸⁸ https://www.adnkronos.com/vaccino-5-11-anni-vaia-sui-bambini-sani-non-vedo-la-necessita_4hy5e71RHmTcUDZivUpcZz

²⁸⁹ <https://www.orazero.org/crolla-il-castello-di-carte-covid-il-gruppo-di-esperti-sui-vaccini-della-fda-si-schiera-contro-i-vaccini/>

²⁹⁰ <https://it.insideover.com/scienza/ecco-la-strategia-del-regno-unito-sui-vaccini-ai-bambini.html?>

²⁹¹ Walter E. B. *et al.*, *Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age*. DOI: 10.1056/NEJMoa2116298.

qualunque potenziale rischio di miocardite associato alla vaccinazione. La sicurezza a lungo termine dei partecipanti alla vaccinazione dai 5 ai 12 anni verrà studiata in cinque ricerche da fare dopo l'autorizzazione, incluso uno studio nell'arco dei cinque anni per valutare le conseguenze a lungo termine²⁹² di miocarditi e pericarditi post-vaccinali».²⁹³ Quindi **la vaccinazione sui bambini è stata condotta senza la minima sicurezza sul lungo periodo**, il cui rischio verrà studiato dopo l'autorizzazione. Autorizzazione sui bambini concessa senza aver fatto le prove per escluderne la pericolosità.

INAFFIDABILITÀ DEI TAMPONI

I tamponi con tecnica RT-PCR presentano un elevato tasso di falsi positivi (dal 60 al 90% dei casi)²⁹⁴ per un insieme di cause che hanno indotto il CDC (*Centre of Disease Control*) di Atlanta a richiedere la loro sostituzione. La probabilità di falsi positivi è maggiore soprattutto in pazienti asintomatici (Braunstein et al. 2021). La FDA scrive: «L'agente rilevato potrebbe non essere la causa definitiva della malattia. I risultati negativi non precludono l'infezione da SARS-CoV-2 e devono essere combinati con quelli clinici, osservazioni, storia del paziente e informazioni epidemiologiche».²⁹⁵ L'inattendibilità di questi tamponi distorce fortemente i numeri dei casi positivi riportati nei vari report quotidiani su CoViD-19, volutamente alterando la percezione dell'epidemia, con tutto quello che ne deriva di preoccupazioni e paure. L'assimilazione mediatica di “positivo” con “malato asintomatico” (ossimoro privo di senso), ha impropriamente trasformato i “positivi” in “contagiosi”, conteggiati come “casi” senza differenziarli dai veri “casi clinici”. Il protocollo originale di diagnosi di positività dell'OMS prevedeva l'identificazione di tutte le sequenze genetiche ricercate, che solo congiuntamente indicano un'infezione da SARS-CoV-2. Una direttiva del Ministero della Salute del 2 aprile 2020 attesta, in autonomia rispetto all'OMS, che basta solo un gene per la dichiarazione di positività.²⁹⁶ Sul tema intervenne anche il prof. Giorgio Palù ricordando che «dovrebbero essere trovati tutti e tre, perché se il virus è integro, è chiaro che il test deve trovare tutti e tre i geni che lo compongono».²⁹⁷ In Italia, qualunque decesso di persone affette da CoViD-19 è stato attribuito all'infezione da SARS-CoV-2. Questo spiega in parte lo straordinario

²⁹² Kostoff R. N. et al., *Why are we vaccinating children against COVID-19?* Toxicol Rep. 2021; 8:1665-84.

²⁹³ <https://www.fda.gov/media/153409/download>

²⁹⁴ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

²⁹⁵ <https://www.fda.gov/media/134922/download>

²⁹⁶ <https://rebrand.ly/280f19>

²⁹⁷ <https://rebrand.ly/pal-677547>

divario fra l'alta mortalità registrata in Italia e quella osservata in numerose altre nazioni. La scarsa attendibilità delle metriche utilizzate per stimare l'andamento della pandemia secondo diversi endpoint ne inficia il loro potenziale diagnostico e predittivo (Ioannidis, 2020) manifestando la scarsa accuratezza dei dati. – L'evidenza sperimentale dei trial per l'approvazione emergenziale dei vaccini e la successiva evidenza della farmacovigilanza sono inficiate da problemi metodologici che ne compromettono l'attendibilità.

MORTALITÀ DA VACCINI

Le morti dopo vaccino per SARS-CoV-2 sono sempre in crescita.²⁹⁸

Ad agosto 2021, EudraVigilance riportava 1.960.607 reazioni avverse e 20.595 morti,²⁹⁹ che ai primi di ottobre avevano superato i due milioni e mezzo di reazioni avverse e 27.000 morti nella sola Unione Europea.³⁰⁰ Il rapporto statistico della Sanità pubblica scozzese sulla CoViD-19 del 1/11/21 evidenzia, al mese di ottobre, un notevole aumento dei tassi di mortalità (standardizzati per età) dei vaccinati rispetto ai non vaccinati: 1,9 ogni centomila abitanti per i non vaccinati; 2,2 per i vaccinati con due dosi; 10,58 per i vaccinati con una dose.³⁰¹ Nelle nazioni europee, nel 2021, c'è stato un vertiginoso aumento dei decessi nella fascia di età fra 15 e 44 anni,³⁰² che potrebbe correlarsi alle inoculazioni vaccinali.

La magistratura americana ha imposto alla FDA di pubblicare i dati dell'autorizzazione vaccinale concessa alla Pfizer, dalla quale si evince che, dopo solo tre mesi, l'azienda era a conoscenza di 42.086 rapporti, da varie nazioni, contenenti 158.893 reazioni avverse a seguito dell'inoculazione di questo vaccino, con 1.223 morti.³⁰³ A pagina 30 c'è un'appendice di nove pagine che riporta tutti gli effetti avversi riscontrati, praticamente l'intera patologia umana.³⁰⁴ Pare che questi vaccini uccidano circa il 3% dei vaccinati,³⁰⁵ mortalità superiore a quella della malattia.

²⁹⁸ <https://www.ocreger.com/2021/01/26/health-care-worker-dies-after-second-dose-of-covid-vaccine-investigations-underway/>

²⁹⁹ <https://thetattyjournal.org/2021/08/08/20595-dead-1-9-million-injured-50-serious-reported-in-european-unions-database-of-adverse-drug-reactions-for-covid-19-shots/>

³⁰⁰ <https://www.vocidallastrada.org/2021/10/eudravigilance-27247-morti-2563768.html>

³⁰¹ https://publichealthscotland.scot/media/9994/21-11-03-covid19-publication_report.pdf

³⁰² <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

³⁰³ <https://www.marcotosatti.com/2021/12/03/pistola-fumante-un-documento-della-pfizer-sapeva-che-il-siero-poteva-uccidere/>

³⁰⁴ <https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-post-marketing-experience.pdf>

³⁰⁵ <https://americanfaith.com/pfizer-covid-vax-kills-roughly-1-in-35-people-o-an-host-reports-pharma-company-reportedly-releases-first-batch-of-court-ordered-adverse-reaction-data/>

Ad alcuni lotti del vaccino Pfizer sono correlate un numero di morti eccessivamente superiore rispetto alla media degli altri lotti. Queste informazioni si trovano nel VAERS, dove si possono osservare picchi inspiegabili di morti per alcuni lotti in particolare.³⁰⁶

Considerando la grave sottostima delle cifre di seguito riportate, a causa dell'assenza di farmacovigilanza attiva per i vaccini anti CoViD-19, nel database ufficiale europeo delle reazioni avverse ai medicinali,³⁰⁷ sono segnalati (fino al 19 febbraio 2022) i seguenti numeri di eventi avversi: – n. 790.843 con Pfizer-BioNTech – n. 453.340 con AstraZeneca – n. 238.139 con Moderna – n. 51.498 con Janssen. Gli esiti fatali riportati da EudraVigilance, alla stessa data,³⁰⁸ sono: 18.393 con Pfizer BioNTech, 2.558 con Janssen, 11.225 con Moderna, 8.233 con AstraZeneca, per un totale di 40.409 esiti fatali potenzialmente associati ai vaccini anti CoViD-19. Mentre sul sito del VAERS,³⁰⁹ il database ufficiale americano delle reazioni avverse, vengono riportate **3.268.751 eventi avversi** segnalati potenzialmente correlati ai sieri anti CoViD-19 (i dati contengono i report VAERS aggiornati all'11/02/2022). Sul sito del VAERS è espressamente scritto: «La sotto segnalazione è una delle principali limitazioni dei sistemi di sorveglianza passiva, incluso VAERS. Il termine sotto segnalazione si riferisce al fatto che VAERS riceve segnalazioni solo per una piccola parte degli effettivi eventi avversi. Il grado di sottostima varia ampiamente».³¹⁰ È così anche per EudraVigilance.

Nel rapporto annuale AIFA sulla sicurezza dei vaccini anti CoViD-19 (27/12/2020-26/12/2021)³¹¹ sono riportate 117.947 segnalazioni di sospetti eventi avversi post-vaccinazione in Italia, con un tasso di segnalazione di 109 ogni 100.000 dosi somministrate. Le reazioni si sono verificate nella maggior parte dei casi (73% circa) nella stessa giornata della vaccinazione o il giorno successivo, e solo più raramente oltre le 48 ore successive. Sono stati segnalati 19.055 eventi avversi gravi (il 16,2% delle segnalazioni). Sul totale delle segnalazioni, i decessi costituiscono lo 0,7%, i soggetti in pericolo di vita sono l'1,1%, quelli che hanno avuto invalidità sono l'1,4%. Sono stati segnalati 758 decessi, tra i quali 22 correlabili ai vaccini. Di queste 758 morti, 223 sono state escluse poiché il decesso avveniva oltre le due settimane dalla vaccinazione o perché non era possibile calcolare l'intervallo temporale tra la vaccinazione e il decesso (mancanza della data del decesso o della data della vaccinazione) e 2 casi per età non definita. In base a quali criteri, se si muore dopo due settimane dalla vaccinazione, la morte risulta automaticamente non correlabile? Invece il criterio cambia quando riguarda le miocarditi: l'AIFA cita uno studio di dicembre 2021 che ha osservato un

³⁰⁶ <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>

³⁰⁷ <https://www.adrreports.eu/it/index.html>

³⁰⁸ https://www.ema.europa.eu/en/documents/covid-19-vaccine-safety-update/covid-19-vaccines-safety-update-20-january-2022_en.pdf

³⁰⁹ <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>

³¹⁰ <https://vaers.hhs.gov/data/dataguide.html>

³¹¹ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_annuale_su_sicurezza_vaccini%20anti-COVID-19.pdf

aumento del rischio di miocardite nei 28 giorni successivi il vaccino.³¹² Tutti questi dati sono gravemente sottostimati a causa della vigilanza passiva. Un documento AIFA del 9 febbraio 2022, su “Andamento delle segnalazioni per gravità e eventi avversi di speciale interesse”,³¹³ riguarda i 758 casi fatali: 456 dopo la prima dose, 267 dopo la seconda, 35 dopo la terza. Il nesso di causalità è stato valutato nel 76,5% dei casi, ossia su 580 casi. Le cause dei 22 decessi correlabili sono state: due eventi sistemici che hanno scompensato pazienti fragili, dieci trombotici con trombocitopenia dopo vaccini a vettore virale, otto pazienti fragili per pluripatologie e due pazienti con immunodepressione. Gli eventi avversi di speciale interesse (AESI), potenzialmente associati alla vaccinazione, sono: paralisi periferica del nervo facciale, eventi trombotici e tromboembolici associati a: piastrinopenia, miocarditi e pericarditi.

Il rapporto annuale AIFA, a pag. 37, indica che a livello europeo sono stati valutati 21 segnali di farmacovigilanza e il PRAC ha raccomandato di aggiornare il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e il Foglio illustrativo, ritenendo che vi sia un plausibile nesso di causalità con la somministrazione dei vaccini per quanto riguarda i seguenti eventi avversi: eritema multiforme, tromboembolie, miocardite, pericardite, sindrome da perdita capillare, trombocitopenia autoimmune, reazioni anafilattiche. Per i seguenti altri segnali, invece, la valutazione clinica non ha permesso di confermare una relazione causale con il vaccino, ma sono comunque stati riscontrati: epatite autoimmune, retinopatia maculare acuta, sindrome infiammatoria multi-sistemica, glomerulonefrite e sindrome nefrosica.

Nel rapporto annuale AIFA (analisi di farmacovigilanza nazionale e internazionale da dicembre 2020) emergono potenziali segnali di allarme che necessitano approfondimenti. Ci sono molte segnalazioni relative a disturbi/anomalie del ciclo mestruale a seguito di somministrazione di vaccini anti-CoViD-19. Un recente studio norvegese su più di dodicimila donne segnala anomalie del ciclo dopo la prima dose, che ricompaiono dopo la seconda.³¹⁴ Centinaia di segnalazioni di vaccinate in gravidanza con aborti spontanei, bambini nati morti o pretermine o più piccoli o con anomalie congenite maggiori.³¹⁵ Il Comitato di sicurezza dell’EMA (Prac) sta valutando i casi segnalati di sanguinamento mestruale e di assenza di mestruazioni a seguito di vaccinazioni Pfizer e Moderna e ha chiesto una valutazione più approfondita.³¹⁶ Sindrome di Guillain-Barrè, miocarditi e pericarditi post-vaccinali.³¹⁷

Per l’AIFA, gli eventi avversi vengono classificati come “correlabili” solo quando la vaccinazione è l’unica spiegazione possibile, mentre sarebbero “non correlabili”

³¹² Patone M. et al. *Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection*. Nat Med. 2021; <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01630-0>.

³¹³ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241056/2022.02.09_presentazione_Pasquale_Marchione_Rapporto_Vaccini_COVID-19.pdf

³¹⁴ Trogstad, Lill, *Increased Occurrence of Menstrual Disturbances in 18- to 30-Year-Old Women after COVID-19 Vaccination* (January 1, 2022). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3998180> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3998180>

³¹⁵ Shimabukuro TT et al. *CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons*.

³¹⁶ <https://www.dire.it/11-02-2022/707015-vaccino-covid-e-ciclo-mestruale-irregolare-lemma-avvia-unindagine/>

³¹⁷ Hajjo R et al. *Shedding the Light on Post-Vaccine Myocarditis and Pericarditis in COVID-19 and Non COVID-19 Vaccine Recipients*. Vaccines (Basel). 2021; 9 (10): 1186.

quando ci sono altre cause pregresse,³¹⁸ ma questa distinzione diviene forzata se la reazione avversa al vaccino non viene vista come interagente con gli altri fattori, nessuno dei quali potrebbe spiegare l'evento senza l'altro, commenta il Prof. Bellavite.³¹⁹ Il Regolamento (CE) 507/2006 riporta che: «È importante rafforzare la farmacovigilanza sui medicinali che hanno ricevuto un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata»,³²⁰ invece non esiste alcuna farmacovigilanza attiva e gli eventi avversi confluiti nella banca dati ufficiale dell'EMA (EudraVigilance) costituiscono soltanto la punta dell'iceberg. «Si deve lamentare l'inefficacia dei sistemi di farmacovigilanza (clamorosamente evidente dagli stessi grafici degli andamenti temporali forniti da AIFA)³²¹ e la totale assenza di farmacovigilanza attiva, ingiustificabile per un presidio medico approvato in via condizionale.³²²

Nella farmacovigilanza passiva le segnalazioni coprono soltanto dall'1% al 6% del numero reale di eventi avversi e le segnalazioni spontanee di reazioni avverse gravi dovute a farmaci sono generalmente sotto segnalate del 94%.³²³ Studi precedenti avevano già rivelato che la farmacovigilanza passiva in generale sottostima gli eventi avversi anche da 2 a 4 ordini di grandezza.³²⁴

Un aumento significativo delle diagnosi per aborti spontanei, cancro e molte altre condizioni mediche nel 2021 rispetto alla media dei cinque anni precedenti (dal 2016 al 2020) è stato evidenziato sul database di Epidemiologia Medica della Difesa (DMED) dal senatore americano Ron Johnson con un gruppo di medici esperti,³²⁵ che in una lettera al Dipartimento della Difesa hanno segnalato che alcuni casi di

318 https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241056/2022.02.09_presentazione_Pasquale_Marchione_Rapporto_Vaccini_COVID-19.pdf

319 <https://sfero.me/article/nesso-causa-vaccinologia>

320 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R0507&from=DE>

321 <https://www.aifa.gov.it/farmacovigilanza-vaccini-covid-19>

322 http://www.co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

323 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16689555/>

324 Gupta R, Malhotra A, Malhotra P. *A study on determinants of underreporting of adverse drug reactions among resident doctors.* Int J Res Med Sci 2018; 6:623-7. Cfr: Hazell L, Shakir SA. *Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review.* Drug Saf. 2006; 29(5):385-96.

325 <https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/1/video-release-sen-ron-johnson-covid-19-a-second-opinion-panel-garners-over-800-000-views-in-24-hours>. <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=9jMONZMuS2U>

miocardite erano stati rimossi:³²⁶ sarebbe doveroso indagare sull'eventuale falsificazione dei dati, non soltanto negli Stati Uniti.

Dai dati di EUROMOMO si segnala nel 2021 in Italia, come in Europa, un eccesso di mortalità giovanile: circa 5% rispetto al 2020.³²⁷ Confermato dai dati ISTAT nella fascia 15-44 anni, con un aumento del 5,5% che si accumula dalle settimane 17-20, in Italia come nel resto d'Europa.³²⁸ «Resta da considerare il ruolo dei possibili eventi avversi dei vaccini nello spiegare l'aumento di mortalità complessiva nella fascia 15-39 anni».³²⁹

Nel Report Esteso ISS per CoViD-19, aggiornato al 9 febbraio 2022, la definizione di “decesso” è: «decesso risultante da una malattia clinicamente compatibile in un caso probabile o confermato di CoViD-19, a meno che non vi sia una chiara causa di morte alternativa non correlabile al CoViD-19 (per esempio: trauma)». L'ISS fa inoltre confluire nella dicitura “malattia severa” non solo la condizione clinica di soggetti con storia di ricovero (in terapia intensiva e non), ma anche i deceduti. Da un'analisi dei decessi durante la campagna vaccinale nel Regno Unito risulta che i vaccini anti CoViD-19, non solo non riducono la mortalità complessiva, ma producono picchi di mortalità a ridosso degli scaglioni di somministrazione.³³⁰ Altre illusioni statistiche possono verificarsi anche nell'analisi della mortalità complessiva dei dati italiani, poiché seguono lo stesso metodo di categorizzazione. Incrociando i dati dell'OMS sull'andamento dei decessi CoViD-19 e del *Repository CSSEGISandData* per l'inizio delle campagne vaccinali emerge un incremento di decessi CoViD-19, in seguito all'inizio della vaccinazione di massa.³³¹

Sotto la definizione “reinfezione da SARS-CoV-2” rientra chi, dopo una prima infezione da SARS-CoV-2, documenta test molecolare positivo a distanza di almeno 90 giorni, oppure entro i 90 giorni dalla prima diagnosi purché con ceppo virale di SARS-CoV-2 diverso e documentato da genotipizzazione. Perché “con ceppo virale diverso” e non con lo stesso? Se si vuole escludere la possibilità di reinfettarsi con lo stesso ceppo, si ammette implicitamente un'immunizzazione duratura. Ma il termine “re-infezione” significa infettarsi una seconda volta con lo stesso patogeno. La variante omicron è radicalmente mutata rispetto ai primi ceppi, tanto da consentirle di evadere dall'immunità indotta dal vaccino.³³² Chiamare “re-infezioni” le prime infezioni con omicron crea confusione, inducendo a credere che ci si infetti due volte con la stessa variante, il che è improbabile.

³²⁶ <https://www.ronjohnson.senate.gov/services/files/FB6DDD42-4755-4FDC-BEE9-50E402911E02> <https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/2/sen-johnson-to-secretary-austin-has-dod-seen-an-increase-in-medical-diagnoses-among-military-personnel>

³²⁷ <https://www.euromomo.eu/how-it-works/background-data>

³²⁸ <https://www.istat.it/it/archivio/240401>

³²⁹ http://www.co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

³³⁰ Dati forniti dall'Office for National Statistics (ONS).

³³¹ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

³³² https://www.gla.ac.uk/media/Media_829360_smxx.pdf

FAST-TRACK

La procedura *fast track* è stata richiesta negli Stati Uniti fin dai primi giorni di febbraio 2020 per l'emergenza di salute pubblica globale. La FDA la può mettere in atto solo se vengono soddisfatte le quattro le condizioni previste dalla legge,³³³ che sono: la pandemia deve registrare un numero sovrabbondante di morti, il vaccino deve risultare efficace, i suoi benefici devono superare i rischi e non dev'esserci alcuna valida terapia approvata.³³⁴ L'autorizzazione d'emergenza può essere concessa se i risultati provvisori degli studi clinici soddisfano i criteri di successo del piano presentato alla FDA.³³⁵ L'autorizzazione dell'EMA ripropone le stesse condizioni richieste dall'FDA.³³⁶

Il primo punto da verificare è se davvero c'era una situazione di emergenza o se questa era stata provocata per giustificare la richiesta di *fast track*. È lecito supporre che, per soddisfare il primo dei quattro punti e conseguire un altissimo numero di contagiati e di morti, siano stati pubblicati studi fasulli e statistiche manipolate, vietate le cure domiciliari, condizionate certe organizzazioni internazionali, governi e mezzi di comunicazione, la cui propaganda aveva come obiettivo primario drammatizzare l'infezione e spargere terrore. Nella fase iniziale è stata favorita la diffusione virale, la conta dei morti è stata sovrastimata e le autopsie sono state scoraggiate.

Per soddisfare il secondo punto sono stati pubblicati falsi scientifici, finanziati dall'industria o da strutture collegate all'élite finanziaria sovranazionale, a sua volta collegata ai centri malthusiani di eugenetica o con conflitti d'interesse con tutto questo, che dovevano “certificare” l'inesistente efficacia vaccinale.

³³³ Sezione 564 dell'FD&C Act (21 U.S.C. 360bbb-3).

³³⁴ I quattro punti sono: L'agente chimico, biologico, radiologico o nucleare, di cui alla dichiarazione EUA del 7 marzo 2020 del Segretario dell'HHS (SARS-CoV-2) può causare una malattia o una condizione grave e pericolosa per la vita. Sulla base della totalità delle prove scientifiche disponibili, compresi i dati di prove adeguate e ben controllate, se disponibili, è ragionevole credere che il prodotto possa essere efficace per prevenire, diagnosticare o trattare malattie o condizioni gravi o potenzialmente letali che possono essere causate dal SARS-CoV-2. I benefici noti e potenziali del prodotto, se utilizzati per diagnosticare, prevenire o trattare la malattia o la condizione grave o pericolosa per la vita identificata, superano i rischi noti e potenziali del prodotto. Non esiste un'alternativa adeguata, approvata e disponibile al prodotto per la diagnosi, la prevenzione o il trattamento della malattia o della condizione. <https://www.fda.gov/media/142749/download>.

³³⁵ L'approvazione richiederebbe la determinazione da parte dell'FDA che i benefici del vaccino superino i suoi rischi sulla base dei dati di almeno uno studio clinico di fase III ben progettato che dimostri la sicurezza e l'efficacia del vaccino in modo chiaro e convincente.

³³⁶ <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation>.

Per rispettare il terzo punto, sono state diffuse notizie scientificamente false che vorrebbero dimostrare che i benefici vaccinali superano i rischi noti. Senza contare che, essendo del tutto nuovi e sperimentali, questi vaccini hanno molti potenziali rischi “ignoti”. La realtà è che i rischi noti superano di gran lunga gli eventuali benefici. Il mainstream ha diffuso slogan secondo i quali la scienza assicurerebbe l’efficacia e la non pericolosità vaccinale, ben sapendo che non è la scienza da affermarlo, ma è l’industria ad auto-referenziarsi. La quale industria, per contratto, non si assume la responsabilità civile e penale delle conseguenze, perché conosce i pericoli di questi vaccini.

Per rispettare il quarto requisito, è stato nuovamente dichiarato il falso, ovvero che non vi è altra cura se non il vaccino e soltanto il vaccino può salvare l’umanità.³³⁷ Anche l’EMA richiedeva che il medicinale soddisfacesse un’esigenza medica non soddisfatta.³³⁸ Per questo i malati sono stati lasciati morire e i pochi medici che li curavano subito, strappandoli alla morte e scombinando i piani malthusiani del Sistema, sono stati puniti con la sospensione.³³⁹ «L’unico modo per sradicare la pandemia è avere un vaccino da somministrare a tutti gli abitanti del pianeta» è scritto nella “Lettera per un vaccino anti-Covid bene universale” firmata da premi Nobel e altri VIP,³⁴⁰ a cui tutti hanno fatto il coro, per non sembrare cattivi e politicamente scorretti. Invece, **le cure esistono e i pazienti guariscono**. Infine, se le terapie, note fin dalla SARS, in tanti anni non sono mai state approvate, la responsabilità ricade sulle Agenzie regolatorie.³⁴¹

TERAPIE IGNORATE E NEGATE

La cura per la CoViD-19 (che è la seconda SARS) si conosceva ed era in letteratura fin dalla prima SARS del 2002-2003, adoperata anche nella MERS del 2012.³⁴²

³³⁷ <https://www.fda.gov/media/142749/download>.

³³⁸ <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation>.

³³⁹ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

³⁴⁰ <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/06/28/coronavirus-la-lettera-dei-101-per-un-vaccino-che-sia-bene-universale-a-firmarla-premi-nobel-presidenti-vip-e-accademici/5850279/>

³⁴¹ **Si poteva almeno approvare la cura sotto monitoraggio addizionale** come per il remdesivir (Veklury): «indicato per il trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti e adolescenti con polmoniti che richiedono ossigenoterapia».

³⁴² Giannis D. *et al.*, *Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past*. J Clin Virol. 2020; 127:104362.

L'elevata somiglianza aminoacidica fra le proteine virali SARS-CoV-1 e SARS-CoV-2 supporta la sperimentazione di molecole terapeutiche progettate per trattare le infezioni da SARS durante l'epidemia del 2003".³⁴³ Perfino l'ipercoagulazione e le tromboembolie erano già presenti in queste due altre infezioni da coronavirus, con anche le trombosi dei vasi polmonari, le trombosi multiorgano con poliangite e disturbi della microcircolazione e gli ictus ischemici nella SARS,³⁴⁴ le emorragie cerebrali con insufficienza multiorgano nella MERS e gli effetti del MERS-CoV sulla coagulazione dimostrati anche sperimentalmente.³⁴⁵

Luigi Cavanna, primario di Oncologia all'Ospedale di Piacenza, dichiara: «si diceva che una cura specifica per Covid non esisteva. I ricoverati venivano curati con idrossiclorochina e antivirali, oltre a ossigeno e terapia di supporto. Gli stessi farmaci però potevano essere somministrati a domicilio, in una fase molto più precoce e quindi con una efficacia antivirale migliore. Ma nessuno lo faceva. I pazienti arrivavano in ospedale dopo giorni o settimane di febbre, tosse, malessere, poi dispnea da sforzo e dispnea a riposo».³⁴⁶

Invece, il governo e le autorità sanitarie hanno spudoratamente mentito: «Non è a oggi disponibile alcun farmaco e non esiste attualmente alcun trattamento»³⁴⁷, così si è espresso il governo. «In questa fase in cui non c'è ancora un vaccino certo e sicuro e non ci sono cure certe ed efficaci, queste misure restrittive sono inevitabili e fondamentali: sono l'unico strumento possibile» ha dichiarato il ministro della Salute.³⁴⁸ «Al momento non ci sono cure specifiche per il nuovo coronavirus» ha scritto

³⁴³ Anirudhan V. et al., *Targeting SARS-CoV-2 viral proteases as a therapeutic strategy to treat COVID-19*. J med Virol. 2021; 93(5):2722-34.

³⁴⁴ Ng K. H. L. et al., *Pulmonary artery thrombosis in a patient with severe acute respiratory syndrome*. Postgrad Med J. 2005; 81:e3. Cfr. Umaphathi T. et al., *Large artery ischaemic stroke in severe acute respiratory syndrome (SARS)*. J Neurol. 2004; 251:1227-1231. Cfr. Lang Z. et al., *Pathological study on severe acute respiratory syndrome*. Chin Med J. 2003; 116:976-80. Cfr. Wong R. S. M. et al., *Haematological manifestations in patients with severe acute respiratory syndrome: retrospective analysis*. BMJ. 2003; 326:1358-62. Cfr. Yang M. et al., *The effect of SARS coronavirus on blood system: its clinical findings and the pathophysiologic hypothesis*. Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi. 2003; 11:217-21. Cfr. Nicholls J. M. et al., *Lung pathology of fatal severe acute respiratory syndrome*. The Lancet. 2003; 361:1773-8. Cfr. Ding Y. et al., *The clinical pathology of severe acute respiratory syndrome (SARS): a report from China*. J Pathol. 2003; 200:282-9. Cfr. Xiang-hua Y. et al., *Severe Acute Respiratory Syndrome and Venous Thromboembolism in Multiple Organs*. Am J Respir Crit Care Med. 2010; 182:436-7

³⁴⁵ Singh S. K., *Middle East Respiratory Syndrome Virus Pathogenesis*. Semin Respir Crit Care Med. 2016; 37:572-7. Cfr. Al-Abdallat M. M. et al., *Hospital-Associated Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: A Serologic, Epidemiologic, and Clinical Description*. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2014; 59:1225-33. Cfr. Li K. Et al., *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Causes Multiple Organ Damage and Lethal Disease in Mice Transgenic for Human Dipeptidyl Peptidase 4*. J Infect Dis. 2016; 213:712-22.

³⁴⁶ Schiavi G., *Luigi Cavanna, un medico in famiglia Ha salvato i pazienti, casa per casa, Corriere della Sera*, 18/05/2020, in https://www.corriere.it/buone-notizie/20_maggio_19/luigi-cavanna-medico-famiglia-ha-salvato-pazienti-casa-casa-ef797b68-990a-11ea-8e5b-51a0b6bd4de9.shtml.

³⁴⁷ Circolare ministeriale, prot. n. 1997 del 22/1/2020.

³⁴⁸ <https://www.fanpage.it/politica/covid-speranza-i-dati-sui-vaccini-ci-fanno-vedere-la-luce-in-fondo-al-tunnel/>

l'ISS.³⁴⁹ Da più di un secolo l'ozonoterapia viene praticata in vari Paesi del mondo (in Italia è praticata da oltre 3000 medici) per i suoi effetti antibiotici, virus-statici, antinfiammatori; per questi motivi molti ricercatori ne hanno dimostrato efficacia e sicurezza sui pazienti affetti da SARS-COV-2 sintomatici, compresi quelli ricoverati in terapia intensiva e intubati.⁵⁸¹

La CoViD-19 è perfettamente curabile con alcuni semplici antinfiammatori, con certi antibiotici ad azione antivirale come i macrolidi (azitromicina 500 mg die), con i derivati della china (idrossiclorochina 400 mg die) ad azione antivirale, antitrombotica, anti-autoimmunità, con i cortisonici (per inibire la tempesta citochinica), con eparina a basso peso molecolare per contrastare l'iper-coagulazione e le tromboembolie tipiche dei SARS-CoV.³⁵⁰

Il meccanismo della CoViD-19 è di tipo autoimmune e due grandi inibitori dell'autoimmunità sono la vitamina D3 (cortisone e vitamina D3 inibiscono il fattore di trascrizione NFkB, attivato dal virus, che a sua volta attiva le citochine) e l'idrossiclorochina (HCQ), adoperata in certe gravi patologie autoimmuni,³⁵¹ che agisce anche come antivirale contro flavivirus (Dengue), retrovirus (HIV), HBV, HCV, influenza suina (H1N1), ZIKA, CHIKV, Ebola, Influenza A e SARS-coronavirus,³⁵² e perfino contro il SARS-CoV-2,³⁵³

³⁴⁹ <https://www.iss.it/covid-19-faq>

³⁵⁰ Tang N. *et al.*, *Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy*. J Thromb Haemost. 2020;18(5):1094-9.

³⁵¹ I derivati della china inibiscono la produzione di citochine (soprattutto IL-1, IL-6, IL-17, IL-18, TNF e IFN γ), la modulazione di certe molecole costimolatorie e la presentazione dell'antigene da parte delle cellule dendritiche. Aumentano l'attività dei Treg e di IFN α , IL-2 e IL-10. Cfr. Al-Bari A. A. *et al.*, *Chloroquine analogues in drug discovery: new directions of uses, mechanism of actions and toxic manifestations from malaria to multifarious diseases*. J Antimicrob Chemother, 2015; 70:1608-21. Cfr. Schrenzenmeier E. *et al.*, *Mechanisms of action of hydroxychloroquine and chloroquine: implications for rheumatology*, Nat Rev Rheum, 2020; 16:155-166.

³⁵² D'Alessandro S. *et al.*, *The use of antimalarial drugs against viral infection*. Microorganism, 2020;8. Cfr. Al-Bari AA, *Targeting endosomal acidification by chloroquine analogs as a promising strategy for the treatment of emerging viral diseases*, Pharmacol Res Perspect. 2017; 5(1): e00293. Cfr. Silva Farias K. J. *et al.*, *Chloroquine interferes with dengue-2 virus replication in U937 cells*. Microbiology and Immunology, 2014; DOI:10.1111/1348-0421.12154. Cfr. Savarino A. *et al.*, *The anti-HIV-1 activity of chloroquine*. J Clin Virol. 2001; 20:131-5. Cfr. Savarino A. *et al.*, *Effects of chloroquine on viral infections: an old drug against today's disease*, Lancet Infect Dis. 2003; 3(11): 722-27. Cfr. Mizui T. *et al.*, *Inhibition of hepatitis C virus replication by chloroquine targeting virus-associated autophagy*. J Gastroenterol. 2010; 45(2):195-203. Cfr. Ooi E. *et al.*, *In vitro inhibition of human influenza A virus replication by chloroquine*. Virol. J. 2006; 3:39. Cfr. Keyaerts E. *et al.*, *In vitro inhibition of severe acute respiratory syndrome coronavirus by chloroquine*, Biochem Biophys Res Commun. 2004; 323(1):264-8.

³⁵³ Yao X. *et al.*, *In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of Hydroxychloroquine for the treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*, Clin Infect Dis, 2020 Mar 9; ciaa237. Cfr. Trifirò G., *Cloroquina/idrossiclorochina per prevenzione o trattamento di COVID-19*. Società Italiana di Farmacologia, 25 marzo 2020. Cfr. Chandler L. C. *et al.*, *Immunomodulatory Effects of Hydroxychloroquine and Chloroquine in Viral Infections and their potential Application in Retinal Gene Therapy*. Int J Mol Sci. 2020; 21(14):4972. Cfr. Meo S. A. *et al.*, *Efficacy of Chloroquine and Hydroxychloroquine in the Treatment of COVID-19*, Eur Rev Med Pharmacol Sci Actions, 2020;24(8):4539-47. Cfr. Gies V. *et al.*, *Beyond Antiviral Effects of Chloroquine/Hydroxychloroquine*. Front Immunol. 2020; 11:1409. Cfr. Wang M. *et al.*, *Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro*. Cell Res. 2020; 30:269-71.

alterando la glicosilazione³⁵⁴ dei recettori ACE-2 ai quali si lega impedendo l'ingresso del virus³⁵⁵ e alcalinizzando gli endosomi citoplasmatici nei quali il virus si assembla, arrestando la maturazione virale a uno stadio intermedio.³⁵⁶ Il chinino, da cui la HCQ deriva, è stato usato già durante l'influenza Spagnola.³⁵⁷ L'idrossiclorochina esercita una sicura azione antitrombotica,³⁵⁸ e lavora in sinergia con l'eparina a basso peso molecolare.³⁵⁹ La HCQ è più efficace se associata all'azitromicina (antibiotico della famiglia dei macrolidi), secondo il protocollo del virologo Didier Raoult, dell'Istituto Ospedaliero Universitario *Méditerranée Infection* di Marsiglia.³⁶⁰ Raoult scrive che diagnosi precoce, isolamento precoce e trattamento precoce di pazienti affetti da CoViD-19 con almeno tre giorni di HCQ e azitromicina portano a un risultato clinico significativamente migliore e la riduzione del carico virale avviene più velocemente rispetto ad altri trattamenti. Gli studi di Raoult sono stati confermati negli Stati Uniti da Jeff Colyer, presidente nazionale della Commissione Consultiva per la Salute Rurale, e da Daniel Hinthorn, direttore della Divisione di Malattie Infettive dell'Università del Kansas.³⁶¹ Idrossiclorochina e azitromicina riducono la carica virale del SARS-CoV-2 e senza tossicità.³⁶² In vitro HCQ inibisce la replicazione di SARS-CoV-2, soprattutto in sinergia con azitromicina³⁶³, con un potente effetto antivirale.³⁶⁴ Anche l'azitromicina ha azione antivirale sui

³⁵⁴ La glicosilazione è l'aggiunta di molecole di glucosio ad altre sostanze, come le proteine di questi recettori.

³⁵⁵ Li W. *et al.*, *Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus*. *Nature*. 2003; 426:450-4. Cfr. Vincent M. J. *et al.*, *Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread*, *Virology J*, 2005; 2:69. DOI: 10.1186/1743-422X-2-69.

³⁵⁶ Tripathy S. *et al.*, *A review on possible modes of action of chloroquine/hydroxychloroquine: repurposing against SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic*. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 56(2):106028.

³⁵⁷ Collier R., *The plague of the Spanish Lady*, 1974, op. cit.

³⁵⁸ Espinola R. G. *et al.*, *Hydroxychloroquine reverses platelet activation induced by human IgG antiphospholipid antibodies*. *Thromb Haemost*. 2002; 87:518-22. Cfr. Szymezak J. *et al.*, [Hydroxychloroquine: a new therapeutic approach to the thrombotic manifestations of antiphospholipid syndrome](#). *Rev Med Interne*. 2010; 31(12):854-7. Cfr. Petri M., *Use of hydroxychloroquine to prevent thrombosis in systemic lupus erythematosus and in antiphospholipid antibody-positive patients*. *Curr Rheumatol Rep*. 2011; 13(1):77-80. Cfr. Schmidt-Tanguy A. *et al.*, *Antithrombotic effects of hydroxychloroquine in primary antiphospholipid syndrome patients*. *Thromb Haemost JTH*. 2013; 11:1927-9. Cfr. Million M. *et al.*, *Thrombosis and antiphospholipid antibody syndrome during acute Q fever*. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96(29):e7578. Cfr. Miranda S. *et al.*, *Hydroxychloroquine reverses the prothrombotic state in a mouse model of antiphospholipid syndrome: Role of reduced inflammation and endothelial dysfunction*. *PLoS One*. 2019; 14(3):e0212614.

³⁵⁹ Oscanoa T. J. *et al.*, *A pharmacological perspective of chloroquine in SARS-CoV-2 infection: An old drug for the fight against a new coronavirus?* *Int J Antimicrob Agents*. 2020;56(3):106078.

³⁶⁰ Raoult D. *et al.*, *Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis*, [Travel Med Infect Dis](#). 2020 July-August; 36: 101791. Cfr. Gautret P. *et al.*, *Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: A pilot observational study*, *Travel Med Infect Dis*, 2020; 34:101663. Cfr. Gautret P. *et al.*, *Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial*, *Int J Antimicrob Agents*, 2020; 20:105949.

³⁶¹ Colyer J., Hinthorn D., *These Drugs Are Helping Our Coronavirus Patients*, in *The Wall Street Journal*, cfr. <https://www.wsj.com/articles/these-drugs-are-helping-our-coronavirus-patients-11584899438>, 22/3/20. Cfr. *Questi farmaci stanno funzionando contro il COVID-19*. <https://www.milanofinanza.it/news/questi-farmaci-stanno-funzionando-contro-il-covid>.

³⁶² Gautret P. *et al.*, op. cit., 2020.

³⁶³ Andreani J. *et al.*, *In vitro testing of combined hydroxychloroquine and azithromycin on SARS-CoV-2 shows synergistic effect*. *Microbial Pathogenesis*. 2020; 145:104228, doi.org/10.1016/j.micpath.2020.104228.

³⁶⁴ Fantini J. *et al.*, *Synergistic antiviral effect of hydroxychloroquine and azithromycin in combination against SARS-CoV-2: What molecular dynamics studies of virus-host interactions reveal*. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 56(2): 106020.

virus H1N1³⁶⁵, Zika³⁶⁶, RSV e coronavirus,³⁶⁷ e aumenta l'espressione dell'interferone 1. Inoltre, agisce sui batteri che ospitano il SARS-CoV-2 bloccando la produzione delle tossine.³⁶⁸ In fase iniziale, l'azitromicina può impedire l'ingresso del virus, mentre in fase avanzata può aggravare l'immunopatologia.³⁶⁹ Ha effetto antinfiammatorio sulle flogosi indotte dall'istamina liberata dai mastociti.³⁷⁰ Nell'associazione con la HCQ, anche se raramente, anche l'azitromicina potrebbe prolungare il tratto Q-T.³⁷¹

A queste si aggiungono altre cure sostenute dalla letteratura e dalla pratica clinica. Può essere utile l'ivermectina, da sola o in associazione, un antielmintico con attività antibatterica, antivirale e antitumorale, che agisce su Dengue e HIV,³⁷² Ebola³⁷³ e Zika,³⁷⁴ blocca il virus a RNA della malattia respiratoria dei suini³⁷⁵ e neutralizza il SARS-CoV-2 in 48 ore in vitro.³⁷⁶ Anche la quercitina è efficace nella prima fase di malattia³⁷⁷ agendo come potente inibitore virale contro SARS-CoV-2, del quale blocca le proteasi 3CL (*3-chymotrypsin-like*), dette anche M^{pro}, essenziali nel ciclo di

³⁶⁵ Tran D. H. *et al.*, *Azithromycin, a 15-membered macrolide antibiotic, inhibits influenza A(H1N1) pdm09 virus infection by interfering with virus internalization process.* J Antibiot (Tokyo) 2019;72(10):759-768.

³⁶⁶ Bosseboeuf E. *et al.*, *Azithromycin Inhibits the Replication of Zika Virus.* [Journal of Antivirals and Antiretrovirals](#). 2016; 10(1). DOI:[10.4172/1948-5964.1000173](#).

³⁶⁷ Poddighe D., Aljofan M., *Clinical evidences on the antiviral properties of macrolide antibiotics in the COVID-19 era and beyond.* Antivir Chem Chemother. 2020; 28:2040206620961712.

³⁶⁸ Brogna C, *SARS-CoV-2: la completa verità.* Amazon ed, 2021.

³⁶⁹ Channappanavar R. *et al.*, *Dysregulated Type I Interferon and Inflammatory Monocyte-Macrophage Responses Cause Lethal Pneumonia in SARS-CoV-Infected Mice.* Cell Host Microbe. 2016;19(2):181-193.

³⁷⁰ Arumugham, Vinu, *Immunological mechanism explaining the role of IgE, mast cells, histamine, elevating ferritin, IL-6, D-dimer, VEGF levels in COVID-19 and dengue, potential treatments such as mast cell stabilizers, antihistamines, vitamin C, hydroxychloroquine, ivermectin and azithromycin.* Zenodo. 2020. https://zenodo.org/record/3748304?fbclid=IwAR3dnB-C_h5cVSieLUW_6XCR1-jfMyxROIYNhgHD

³⁷¹ Bonow R. O. *et al.*, *Association of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with Myocardial Injury and Mortality.* JAMA Cardiol. 2020; 5(7):751-3.

³⁷² Wagstaff K. M. *et al.*, *Ivermectin is a specific inhibitor of importing α/β -mediated nuclear import able to inhibit replication of HIV-1 and dengue virus.* Biochem J. 2012; 443(3):851-6

³⁷³ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30056-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30056-6.pdf)

³⁷⁴ Dong S. *et al.*, *Identification of anti-flaviviral drugs with mosquitocidal and anti-Zika virus activity in Aedes aegypti.* PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(8):e0007681.

³⁷⁵ Lee Y. J., Lee C., *Ivermectin inhibits porcine reproductive and respiratory syndrome virus in cultured porcine alveolar macrophages.* Arch Virol. 2016 Feb;161(2):257-68.

³⁷⁶ Caly L. *et al.*, [The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro.](#) Antiviral Res. 2020; 178: 104787.

³⁷⁷ Di Pierro F. *et al.*, *Possible therapeutic effects of adjuvant quercetin supplementation against early-stage COVID-19 infection: A prospective, randomized, controlled and open-label study.* Int J Gen Med. 2021; 14:2359-66.

replicazione,³⁷⁸ e questo è stato divulgato da un comunicato stampa dell'Istituto di Nanotecnologia del CNR,³⁷⁹ del tutto ignorato dalle istituzioni sanitarie. La quercitina ha un'azione sinergica con la vitamina C nella prevenzione e terapia del SARS-CoV-2.³⁸⁰ Anche il cortisone (desametasone e betametasone) agisce sulle stesse proteasi.³⁸¹ Altro inibitore della proteasi 3CL di SARS-CoV-2 è l'ebsele,³⁸² «un composto di selenio organico con proprietà antinfiammatorie, antiossidanti e citoprotettive, studiato per il trattamento di disturbi bipolari e perdita dell'udito, a bassissima tossicità e con un forte potenziale clinico per il trattamento dei coronavirus».³⁸³ Una conferma dell'azione dell'ebsele contro il SARS-CoV-2 giunge dal Politecnico di Milano,³⁸⁴ con uno studio che ne descrive il meccanismo di azione.³⁸⁵ L'ebsele è, quindi, un potente inibitore di SARS-CoV-2.³⁸⁶ O ancora, la luteolina sperimentata con SARS-CoV-1.³⁸⁷ La lattoferrina, antinfiammatoria e immunomodulante esplica un'azione antivirale ad ampio spettro, compresi i coronavirus e SARS-CoV-2.³⁸⁸ Inibisce l'ingresso di SARS-CoV-2, ha un'azione antitrombotica, ripristina l'omeostasi del ferro e riduce lo stress ossidativo e l'infiammazione.³⁸⁹

³⁷⁸ Abian O. *et al.*, *Structural stability of SARS-CoV-2 3CLpro and identification of quercetin as an inhibitor by experimental screening*. *Int J Biol Macromolecules*. 2020; 164:1693-1703.

³⁷⁹ <https://www.cnr.it/en/press-release/9620/la-molecola-di-origine-naturale-che-inibisce-sars-cov-2>

³⁸⁰ Colunga Biancatelli R. M. *et al.*, *Quercetin and Vitamin C: An Experimental, Synergistic Therapy for the Prevention and Treatment of SARS-CoV-2 Related Disease (COVID-19)*. *Front Immunol*. 2020; 11:1451.

³⁸¹ Ghosh R. *et al.*, *Potential therapeutic use of corticosteroids as SARS CoV-2 main protease inhibitors: a computational study*. *J Biomol Struct Dyn*. 2020 :1–14.

³⁸² Haritha C. V., *Ebselen, a new candidate therapeutic against SARS-CoV-2*. *Int J Surg*. 2020; 84: 53–56.

³⁸³ Jin Z. *et al.*, *Structure of M^{pro} from SARS-CoV-2 and discovery of its inhibitors*. *Nature*. 2020; 582:289–93.

³⁸⁴ <https://scitechdaily.com/ebselen-a-mechanism-to-stop-covid-19-replication>.

³⁸⁵ Daolio A. *et al.*, *Binding motif of ebselen in solution: chalcogen and hydrogen bonds team up*. *New J Chemistry*. 2020; 47.

³⁸⁶ Anirudhan V. *et al.*, *Targeting SARS-CoV-2 viral proteases as a therapeutic strategy to treat COVID-19*. *J med Virol*. 2021; 93(5):2722-34.

³⁸⁷ Ling Yi *et al.*, *Small molecules blocking the entry of severe acute respiratory syndrome coronavirus into host cells*. *J Virol*. 2004;78(20):11334-9.

³⁸⁸ Chang R. *et al.*, *Lactoferrin as potential preventative and adjunct treatment for COVID-19*. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 56(3):106118.

³⁸⁹ Campione E. *et al.*, *Lactoferrin as protective natural barrier of respiratory and intestinal mucosa against coronavirus infection and inflammation*. *Int J Mol Sci*. 2020; 21(14):4903.

Una delle citochine più coinvolte è l'interleuchina 17 (IL-17),³⁹⁰ tipica delle malattie autoimmuni, e la CoViD-19 è di tipo autoimmune.³⁹¹ E sembrano autoimmuni perfino le tromboembolie da SARS-CoV-2.³⁹² Nei pazienti obesi, la maggior parte degli anticorpi anti SARS-CoV-2 sono autoimmuni.³⁹³ Uno dei migliori antagonisti dell'IL-17 è il colecalciferolo, o vitamina D3,³⁹⁴ utile nella CoViD-19 perché cura l'autoimmunità, è antinfettiva (stimola la catelicidina),³⁹⁵ antivirale³⁹⁶ e protegge dalle complicanze polmonari.³⁹⁷ Adeguate dosi di vitamina D3, protette dall'assunzione di vitamina K2 (menachinone MK-7) per evitare l'accumulo calcico nei tessuti, prevengono le complicanze. Nel 2020 sono stati pubblicati 300 lavori sui benefici della vitamina D3 nella CoViD-19.³⁹⁸

³⁹⁰ Hotez P. *et al.*, *The potential role of Th17 immune responses in coronavirus immunopathology and vaccine-induced immune enhancement*. *Microbes Infect.* 2020; 22(4-5):165-7. Cfr. <https://www.sanitainformazione.it/salute/covid-19-da-ricercatori-federico-ii-nuova-terapia-per-combattere-il-virus/>. Cfr. <https://it.notizie.yahoo.com/ecco-cosa-succede-quando-il-covid-19-attacca-173025271.html>

³⁹¹ Halpert G., Shoenfeld Y., *SARS-CoV-2, the autoimmune virus*. *Autoimmun Rev.* 2020; 19(12):102695. Cfr. Kanduc D., Shoenfeld Y., *On the molecular determinants of the SARS-CoV-2 attack*. *Clin Immunol.* 2020; 215:108426. Cfr. Kanduc D., *From Anti-SARS-CoV-2 Immune Responses to COVID-19 via Molecular Mimicry*. *Antibodies (Basel)*. 2020; 9(3):33. Cfr. Kanduc D., Shoenfeld Y., *Molecular mimicry between SARS-CoV-2 spike glycoprotein and mammalian proteomes: implications for the vaccine*. *Immunol Res.* 2020; 68(5):310-13. Cfr. Vojdani A., Kharratian D., *Potential antigenic cross-reactivity between SARS-CoV-2 and human tissue with a possible link to an increase in autoimmune diseases*. *Clin Immunol.* 2020; 217:108480. Cfr. Ehrenfeld M. *et al.*, *Covid-19 and autoimmunity*. *Autoimmun Rev.* 2020; 19(8):102597. Cfr. Angileri F. *et al.*, *Molecular mimicry may explain multi-organ damage in COVID-19*. *Autoimmun Rev.* 2020; 19(8):102591. Cfr. Shibabaw T., *Inflammatory cytokine: IL-17A signaling pathway in patients present with COVID-19 and current treatment strategy*. *J Inflamm Res.* 2020; 13:673-80.

³⁹² [Kanthi Y. et al., Prothrombotic antiphospholipid antibodies in COVID-19 firestorm](#). DOI: 10.1172/jci.insight.140971

³⁹³ Frasca D. *et al.*, *The majority of SARS-CoV-2-specific antibodies in COVID-19 patients with obesity are autoimmune and not neutralizing*. *Int J Obes (Lond)*. 2021;1-6. DOI: 10.1038/s41366-021-01016-9

³⁹⁴ Chang S. H. *et al.*, *Vitamin D Suppresses Th17 Cytokine Production by Inducing C/EPB Homologous Protein (CHOP) Expression*, *J Biol Chem.* 2016, 285(50):38751-5. Cfr. Goldsmith J. R., *Vitamin D as a Immunomodulator: Risk with Deficiencies and Benefits of Supplementation*, *Healthcare*, 2015; 3(2):219-32. Cfr. Colleen E. *et al.*, *Vitamin D Actions on CD4 T Cells in Autoimmune Disease*, *Front Immunol.* 2015, 6:100.

³⁹⁵ Cutting E., *1,25-dihydroxyvitamin D3 is a direct inducer of antimicrobial peptide gene expression*, *J Immunol.* 2004.

³⁹⁶ Gruber-Bzura B. M. *et al.*, *Vitamin D and influenza-prevention or therapy?* *Int J Mol Sci.* 2018; 19(8):2419. Cfr. Beard J. A. *et al.*, *Vitamin D and the anti-viral state*. *J Clin Virol.* 2011; 50(3):194-200. Cfr. Gunville C. F. *et al.*, *The role of vitamin D in prevention and treatment of infection*. *Inflamm Allergy Drug Targets.* 2013; 12(4):239-45.

³⁹⁷ Martineau A. R. *et al.*, *Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data*. *BMJ* 2017; 356: i6583.

³⁹⁸ Isaia G., D'Avolio A. *et al.*, *Vitamina D nella prevenzione e nel trattamento del COVID-19: nuove evidenze*. *Accademia di Medicina di Torino.* 2020. <https://www.comune.torino.it/pass/salute>.

Capiamo dunque perché la D3 sia così importante nella prevenzione e terapia della CoViD-19,³⁹⁹: essa può ridurre il rischio di questa infezione,⁴⁰⁰ inibisce la risposta mediata da IL-17,⁴⁰¹ ha un ruolo nella tempesta citochinica e nella mortalità da CoViD-19.⁴⁰² La sua carenza aumenta i rischi d'infezione e aggrava la ARDS(Sindrome da Distress Respiratorio Acuto)⁴⁰³ e i pazienti CoViD-19 necessitano dosi più elevate di vitamina D3,⁴⁰⁴ perché protegge e previene la ARDS.⁴⁰⁵ Ed è raccomandata nei pazienti a rischio.⁴⁰⁶ Aiuta a prevenire l'infezione da SARS-CoV-2, come anticipato favorisce l'inibizione della tempesta citochinica sopprimendo NF-kB, IL-6 e TNF, e previene la perdita di sensazione neurale stimolando le neurotrofine come NGF.⁴⁰⁷ Rispetto ai non trattati, alte dosi di D3 riducono il fibrinogeno e negativizzano l'RNA virale.⁴⁰⁸ La carenza di D3 aumenta la possibilità di contrarre la forma severa di SARS-CoV-2, con una più intensa risposta infiammatoria, incremento della morbilità e della mortalità.⁴⁰⁹ Dosi elevate riducono la necessità di terapia intensiva e la gravità della CoViD-19⁴¹⁰: pertanto, la sua integrazione è raccomandata.⁴¹¹ La sua assunzione regolare è associata a una forma meno grave e a maggiore sopravvivenza soprattutto degli anziani fragili.⁴¹² In una lettera alla Comunità Medica si esorta il supplemento urgente di D3 nei pazienti ad alto rischio.⁴¹³ Da una ricerca su nove studi pubblicati, sette dimostrano che prognosi e mortalità da

³⁹⁹ Laird E. *et al.*, *Vitamin D and Inflammation: potential implications for severity of Covid-19*. Ir Med J. 2020; 113(5):81.

⁴⁰⁰ D'Avolio A. *et al.*, *25-Hydroxyvitamin D concentration are lower in patients with positive PCR for SARS-CoV-2*. Nutrients. 2020; 12(5): 1359.

⁴⁰¹ Fiorino S. *et al.*, *Cytokine storm in aged people with CoV-2: possible role of vitamins as therapy or preventive strategy*. Aging Clin Exp Res. 2020; 32(10): 2115-31.

⁴⁰² Daneshkhah A. *et al.*, *Evidence for possible association of vitamin D status with cytokine storm and unregulated inflammation in Covid-19 patients*. Aging Clin Exp Res. 2020; 32(1): 2141-58.

⁴⁰³ Quesada-Gomez J. M. *et al.*, *Vitamin D receptor stimulation to reduce acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients with coronavirus SARS-CoV-2 infections: Revised Ms SBMB 2020_166*. J Steroid Biochem Mol Biol. 2020; 202:105719. Cfr. Merzon E. *et al.*, *Low plasma 25(OH) vitamin D level is associated with increased risk of Covid-19 infection: an Israeli population-based study*. FEBS J. 2020; 287(17): 3693-3702. Cfr. Boucher B., *Vitamin D status as a predictor of Covid-19 risk in Black, Asian and other ethnic minority groups in the UK*. Diabetes Metab Res Rev. 2020; 36(8): e3375.

⁴⁰⁴ Grant W. B. *et al.*, *Evidence that Vitamin D Supplementation could reduce Risk of Influenza and Covid-19 Infections and Death*. Nutrients. 2020; 12(4): 988.

⁴⁰⁵ Malaguarnera L., *Vitamin D3 and potential treatment adjuncts for Covid-19*. Nutrients. 2020; 12(11): 3512.

⁴⁰⁶ Nurshad A., *Role of vitamin D in preventing of Covid-19 infection, progression and severity*. J Infect Public Health. 2020; 13(10): 1373-80.

⁴⁰⁷ Yi Xu *et al.*, *The importance of vitamin D metabolism as a potential prophylactic, immunoregulatory and neuroprotective treatment for Covid-19*. J Transl Med. 2020; 18(1): 322.

⁴⁰⁸ Rastogi A. *et al.*, *Short term, high-dose vitamin D supplementation for COVID-19 disease: a randomized, placebo-controlled, study (SHADE study)*. Postgraduate Med J. 2020. DOI: 10.1138/postgradmedj-2020-139065.

⁴⁰⁹ Jain A. *et al.*, *Analysis of vitamin D level among asymptomatic and critically ill COVID-19 patients and its correlation with inflammatory markers*. Sci Rep. 2020; 10:20191. DOI: 10.1038/s41598-020-77093-z

⁴¹⁰ Entrenas Castillo M. *et al.*, *Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study*. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2020; 203:105751.

⁴¹¹ Kaufman H. W. *et al.*, *SARS-CoV-2 positivity rates associated with circulating 25-hydroxyvitamin D levels*. PLoS ONE. 2020; DOI: 10.1371/journal.pone.0239252.

⁴¹² Annweiler G. *et al.*, *Vitamin D supplementation associated to better survival in hospitalized frail elderly COVID-19 patients. The GERIA-COVID quasi-experimental study*. Nutrients. 2020; 12(11):3377.

⁴¹³ Siuka D. *et al.*, *Vitamin D supplementation during the Covid.19 pandemic*. Mayo Clin Proc. 2020; 95(8): 1804-5.

CoViD-19 sono correlate alla vitamina D3.⁴¹⁴ La letteratura e la pratica clinica assicurano che non esiste tossicità.⁴¹⁵ Uno studio su 99 pazienti CoViD-19 conferma il potenziale beneficio della vitamina D3 nella dose di 400.000 UI in pazienti CoViD-19 ospedalizzati.⁴¹⁶

Per la CoViD-19, il Ministero della Salute ha scoraggiato l'uso di vitamine e minerali, soprattutto la vitamina D3, la C e lo zinco.

Lo zinco ostacola la replicazione dei virus influenzali, della SARS, della CoViD-19, della poliomielite, dell'arterite equina (EAV), delle epatiti C ed E, e del virus ZIKA.⁴¹⁷ Può aumentare i livelli d'interferone (antivirale), inibire i segnali NF-kB per le citochine pro-infiammatorie, aumentare i linfociti regolatori (Treg) e abbassare il rischio di sovra-infezioni batteriche.⁴¹⁸ Nella CoViD-19 anche lo zinco è efficace perfino come terapia, soprattutto se associato a idrossiclorochina e azitromicina.⁴¹⁹ Valida la combinazione idrossiclorochina-azitromicina-zinco.⁴²⁰ La cloroquina agisce da ionoforo dello zinco, facilitandone l'ingresso nella cellula.⁴²¹

L'Istituto Superiore di Sanità scrive che non ci sono evidenze scientifiche che dosi elevate di vitamina C proteggano dall'infezione,⁴²² quando invece l'acido ascorbico, o vitamina C, è fra i più potenti antinfettivi e antivirali⁴²³, confermato nella precedente SARS,⁴²⁴ promuove la fagocitosi, migliora la differenziazione e la proliferazione dei linfociti B e T e protegge le barriere epiteliali.⁴²⁵ Uno studio randomizzato in doppio cieco

⁴¹⁴ Ysak H. *et al.*, *Effects of Vitamin D on Covid-19 Infection and prognosis: A Systematic Review*. Risk Manag Health Policy. 2021; 14:31-38.

⁴¹⁵ Steck I. E. *et al.*, *Further Studies on Intoxication with Vitamin D*, Annals of Internal Medicine, 1937, 10(7). Cfr. Bowles J. T., *Il potere della luce UV e dei dosaggi elevati di vitamina D3*, Nexus New Times, n. 105(4):27-34, 2013.

⁴¹⁶ Giannini S. *et al.*, *Effectiveness of In-Hospital Cholecalciferol Use on Clinical Outcomes in Comorbid COVID-19 Patients: A Hypothesis-Generating Study*. Nutrients. 2021; 13(1): 219.

⁴¹⁷ Kaushik N. *et al.*, *Zinc salts block hepatitis E virus replication by inhibiting the activity of viral RNA-dependent RNA polymerase*, Viral 2017;91(21): e00754-17. Cfr. Lin Y. *et al.*, *Identification and Characterization of Zika Virus NS5 RNA-dependent RNA Polymerase Inhibitors*, Int J Antimicrob Agents, 2019; 54(4):502-506. Cfr.

Zhao Y. *et al.*, *ZAP, a CCCH-Type Zinc Finger Protein, inhibits Porcine Reproductive and Respiratory Syndrome Virus Replication and interacts with viral Nsp9*, J Virol, 2019; 93(10): e00001-19. Cfr. Hoang B. X. *et al.*, *Zinc Iodide in Combination with Dimethyl Sulfoxide for Treatment of SARS-CoV-2 and other viral Infections*, Med Hypotheses, 2020; 143:109866. Cfr. Rahman M. T. *et al.*, *Can Zn be a critical Element in COVID-19 Treatment?* Biol Trace Elem Res 2020; 26:1-9.

⁴¹⁸ Skalny V. A. *et al.*, *Zinc and Respiratory Tract Infections: Perspectives for COVID-19*, Int J Mol Med. 2020 Apr 14.

⁴¹⁹ Shittu M. O., Afolami O. I., *Improving the Efficacy of Chloroquine and Hydroxychloroquine against SARS-CoV-2 may require Zinc Additives – A better Synergy for future COVID-19 clinical Trials*, Infez Med, 2020; 28(2):192-7. Cfr. Derwand R., Scholz M., *Does Zinc Supplementation enhance the clinical Efficacy of Chloroquine/Hydroxychloroquine to win Today's Battle against COVID-19?* Med Hypotheses, 2020; 142:109815.

⁴²⁰ Carlucci P. M. *et al.*, *Hydroxychloroquine and azithromycin plus zinc vs hydroxychloroquine and azithromycin alone: outcomes in hospitalized COVID-19 patients*, The Preprint Server for Health Sciences, 2020. doi.org/10.1101/2020.05.02.20080036.

⁴²¹ Xue J. *et al.*, *Chloroquine is a zinc ionophore*, PLoS One, 2014; 9(10): e109180. Cfr. Aartjan J. W. *et al.*, *Zn (2+) inhibits Coronavirus and Arterivirus RNA Polymerase Activity in vitro and Zinc Ionophores block the Replication of these Viruses in Cell Culture*, PLoS Pathol, 2010; 6(11): e1001176.

⁴²² Cfr. <https://www.iss.it/covid-19-faq>

⁴²³ Gorton H. C., Jarvis K., *The effectiveness of vitamin C in preventing and relieving the symptoms of virus-induced respiratory infections*. J Manipulative Physiol Ther. 1999; 22(8): 530-3

⁴²⁴ Hemilä H., *Vitamin C and SARS coronavirus*, J of Antimicrobial Chemotherapy. 2003; 52(6): 1049–50.

⁴²⁵ Carr A. C., Maggini S., *Vitamin C and immune function*. Nutrients. 2017; 9(11):1211.

su ospedalizzati con infezioni respiratorie acute ha evidenziato che la vitamina C migliora il decorso.⁴²⁶ La vitamina C è valida nella prevenzione e trattamento della CoViD-19 e riduce la mortalità.⁴²⁷ Nella CoViD-19, in dosi di 2-8 g/die per os previene le infezioni respiratorie e con 6-24 g/die in vena riduce la mortalità nelle gravi forme polmonari.⁴²⁸ Malati ospedalizzati per CoViD-19 in Cina sono stati trattati con alte dosi (anche decine di grammi) in vena.⁴²⁹ A Shanghai, decine di pazienti moderati e gravi curati con alte dosi di vitamina C endovena.⁴³⁰ Vitamina C endovena in casi gravi di CoViD-19 con sepsi.⁴³¹ Prova della sua efficacia, alte dosi tempestive di vitamina C migliorano la polmonite CoViD-19.⁴³² Due gruppi di ricerca, a Shanghai e a Guangzhou, consigliano alte dosi di ascorbato endovena per il trattamento di ARDS, con altre terapie di supporto, fra cui vitamina D3 e zinco.⁴³³ L'ascorbato endovenoso insieme a steroidi e vitamina D3 risolve la sepsi di pazienti critici.⁴³⁴ La vitamina C previene le complicanze e riduce il fluido alveolare inibendo l'attivazione di neutrofili e riducendo il danno alveolare.⁴³⁵

Infine, già nel 2005 la Commissione Europea attestava che “era stata trovata la terapia per i SARS-CoV”: gli scienziati europei e cinesi del progetto SEPSDA, finanziato dal sesto programma quadro dell’Unione Europea, scoprirono che la cinanserina (farmaco derivato dalla cannella e adoperato nelle malattie mentali dagli anni Settanta) inibisce in modo efficace i SARS coronavirus e la qualificarono come farmaco pronto all’uso per curare la SARS,⁴³⁶ bloccando le proteasi 3CL del virus.⁴³⁷

⁴²⁶ Hunt C. *et al.*, *The clinical effects of vitamin C supplementation in elderly hospitalized patients with acute respiratory infections*. Int J Vitam Nutr Res.1994;64(3):212-9. Cfr. Nabzdyk C. S., Bittner E. A., *Vitamin C in the critically ill - indications and controversies*. World J Crit Care Med. 2018; 7(5):52-61

⁴²⁷ Carr A. C., Rowe S., *The emerging role of vitamin C in the prevention and treatment of COVID-19*. Nutrients. 2020; 12(11):3286.

⁴²⁸ Holford P. *et al.*, *Vitamin C - An Adjunctive Therapy for Respiratory Infection, Sepsis and COVID-19*. Nutrients. 2020; 12(12): 3760.

⁴²⁹ <https://www.globalresearch.ca/three-intravenous-vitamin-c-research-studies-approved-treating-covid-19/5705405?fbclid=IwAR0S2E>. Cfr. Cheng R. Z. *et al.*, *Early Large Dose Intravenous Vitamin C is the Treatment of Choice for 2019-nCov Pneumonia*. Orthomolecular Medicine News Service, Feb 16, 2020.

⁴³⁰ Cheng R. Z., *Can early and high intravenous dose of vitamin C prevent and treat coronavirus disease 2019 (COVID-19)?* *Med Drug Discov*, pubblicato online 2020.

⁴³¹ Li J., *Evidence is stronger than you think: a meta-analysis of vitamin C use in patients with sepsis*. Crit Care. 2018; 22(1):258

⁴³² Doctor of Growth M.D *et al.*, *Orthomolecular Medicine News Service*. Chinese special Edition, Feb 16, 2020

⁴³³ Cheng R. Z., Kogan M., Davis D., *Ascorbate as Prophylaxis and Therapy for COVID-19—Update From Shanghai and U.S. Medical Institutions*, Glob Adv Health Med. 2020; 9: 2164956120934768.

⁴³⁴ Marik P. E., Khangoora V., Rivera R., Hooper M. H., Catravas J., *Hydrocortisone, vitamin C, and thiamine for the treatment of severe sepsis and septic shock: a retrospective before-after study*. Chest. 2017; 151(6):1229–38.

⁴³⁵ Hemilä H., Chalker E., *Vitamin C can shorten the length of stay in the ICU: A meta-analysis*. Nutrients. 2019; 11(4). Cfr. Nabzdyk C. S., Bittner E. A., *Vitamin C in the critically ill – indications and controversies*. World J Crit Care Med. 2018; 7(5):52–61.

⁴³⁶ <https://cordis.europa.eu/article/id/24006-fp6-project-finds-cure-for-sars/it>

⁴³⁷ Chen L. *et al.*, *Cinanserin is an inhibitor of the 3C-like proteinase of severe acute respiratory syndrome coronavirus and strongly reduces virus replication in vitro*. J Virol. 2005;79(11):7095-103.

LE TERAPIE AVVERSATE

Anche il plasma iperimmune dei convalescenti, che guarisce rapidamente i malati più gravi e la cui efficacia nelle infezioni da coronavirus è noto fin dalla SARS per essere efficace con i SARS-CoV,⁴³⁸ e con H1N1, con riduzione della carica virale e delle citochine pro-infiammatorie,⁴³⁹ è stato del tutto avversato con un accanimento particolare. Il plasma può essere utile nelle gravi infezioni da SARS-CoV-2,⁴⁴⁰ anche in associazione con altre terapie.⁴⁴¹ Nella CoViD-19 si possono trasfondere grandi quantità di anticorpi specifici⁴⁴² e il plasma si è dimostrato efficace in Italia,⁴⁴³ in Cina,⁴⁴⁴ negli Stati Uniti⁴⁴⁵ e un po' ovunque.⁴⁴⁶ È una terapia sicura,⁴⁴⁷ valida anche

⁴³⁸ Cheng Y. *et al.*, *Use of convalescent plasma therapy in SARS patients in Hong Kong*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005;24(1):44-6.

⁴³⁹ Hung I. F. *et al.*, *Convalescent plasma treatment reduced mortality in patients with severe pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus infection*. Clin. Infect. Dis. 2011; 52(4):447–56.

440

Da Costa C. *et al.*, *COVID-19 and Hyperimmune sera: A feasible plan B to fight against coronavirus*. Int Immunopharmacol. 2021; 90: 107220. Cfr. Fischer J. C. *et al.*, *The role of passive immunization in the age of SARS-CoV-2: an update*. Eur J Med Res. 2020; 25(1):16. Cfr. Brown B. L., McCullough J., *Treatment for emerging viruses: Convalescent plasma and COVID-19*. Transfus Apher Sci. 2020;102790.

⁴⁴¹ Kumar P. *et al.*, *Role of ACE2 receptor and the landscape of treatment options from convalescent plasma therapy to the drug repurposing in COVID-19*. Mol Cell Biochem, 2020; DOI: 10.1007/s11010-020-03924-2.

⁴⁴² Tonn T. *et al.*, *Stability and neutralizing capacity of SARS-CoV-2-specific antibodies in convalescent plasma*, Lancet Microbe, 2020, 1(2): e63.

⁴⁴³ Perotti C., Baldanti F., De Donno G. *et al.*, *Mortality reduction in 46 patients with severe COVID-19 treated with hyperimmune plasma. A proof-of-concept, single-arm, multicenter trial*. Haematologica. 2020; 105(12): 261784.

⁴⁴⁴ Shen C. *et al.*, *Treatment of 5 Critically Ill Patients with COVID-19 with Convalescent Plasma*. JAMA 2020; 323 (16): 1582-9. Cfr. Zeng Q. L. *et al.*, *Effect of Convalescent Plasma Therapy on Viral Shedding in COVID-19 Patients*. J Infect Dis. 2020; jiaa228. .

⁴⁴⁵ Gniadek T. J. *et al.*, *SARS-CoV-2 neutralization and serology testing of COVID-19 convalescent plasma from donors with nonsevere disease*. Pubblicato online il 2/10/2020. DOI: [10.1111/trf.16101](https://doi.org/10.1111/trf.16101)

⁴⁴⁶ Rojas M. *et al.*, *Convalescent plasma in Covid-19: Possible mechanisms of action*. Autoimmun Rev. 2020;102554.

⁴⁴⁷ Wen Shi Lee *et al.*, cit. 2020.

su pazienti gravi⁴⁴⁸ e sulle varianti.⁴⁴⁹ Lo studio di Joyner ha dovuto ammettere la sicurezza del plasma, anche se è finanziato da BARDA (*Biomedical Advanced Research and Development Authority*, agenzia governativa che ha investito più di 400 milioni nel vaccino di Moderna⁴⁵⁰ ed è partner della produttrice di vaccini Vaxart Inc.⁴⁵¹) e da NIAID.⁴⁵² Alfiere del plasma iperimmune è stato il dr. Giuseppe De Donno, primario di Pneumologia all'Ospedale "Carlo Poma" di Mantova, perseguitato per aver osato curare i ricoverati per CoViD-19. Il coraggioso e valido collega è stato screditato e umiliato fino al 27 luglio 2021, quando è stato ritrovato morto in circostanze non del tutto chiare. Il giorno dopo, la UE firmava il contratto di appalto per la fornitura di anticorpi monoclonali anti SARS-CoV-2 sviluppati da GSK con la biotecnologia VIR.⁴⁵³ La VIR Biotechnology (il cui motto è "un mondo senza malattie infettive")⁴⁵⁴ è stata fondata a San Francisco nel 2016 col finanziamento della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁴⁵⁵ La VIR è partner di Brii Biosciences (monoclonali per SARS-CoV-2)⁴⁵⁶ e di VBI Vaccines (vaccini per SARS-CoV-2)⁴⁵⁷ e tutte sono partner fra loro in un tripudio di conflitti d'interessi. L'EMA aveva cominciato ad approvare gli anticorpi monoclonali a febbraio e il plasma poteva essere di ostacolo, poiché è naturale, costa poco e funziona; i monoclonali sono di sintesi, costano tanto e possono scatenare tempeste citochiniche e ADE.⁴⁵⁸ Gli

⁴⁴⁸ Duan K. *et al.*, *Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients*. PNAS, USA. 2020;202004168.

⁴⁴⁹ Wang L. *et al.*, *Antibodies with potent and broad neutralizing activity against antigenically diverse and highly transmissible SARS-CoV-2 variants*. *bioRxiv*. Preprint. 2021 DOI: [10.1101/2021.02.25.432969](https://doi.org/10.1101/2021.02.25.432969).

⁴⁵⁰ <https://www.pharmastar.it/news/covid19/vaccino-anti-covid-a-base-di-rna-messaggero-la-biotech-moderna-accelera-lo-sviluppo-anche-grazie-a-sovvenzioni-usa-32008>

⁴⁵¹ <https://www.fiercepharma.com/r-d/barda-provides-funding-to-vaxart-u-of-cambridge-for-flu-vaccine-improvements>

⁴⁵² Joyner M. J. *et al.*, *Early safety indicators of COVID-19 convalescent plasma in 5000 patients*. J Clin Invest. 2020; 130(9): 4791-7.

⁴⁵³ https://www.repubblica.it/salute/2021/07/28/news/covid_ue_firma_contratto_con_gsk_per_anticorpi_monoclonali-312084077/

⁴⁵⁴ <https://www.vir.bio>.

⁴⁵⁵ <https://sif.gatesfoundation.org/investments/vir-biotechnology/>

⁴⁵⁶ <http://www.briibio.com/pipeline.php>

⁴⁵⁷ <https://www.vbivaccines.com/press-releases/brii-vir-vbi-phase-2-hepatitis-b-combination-study/>

⁴⁵⁸ Nguyen A. A. *et al.*, *Immunoglobulins in the treatment of COVID-19 infection: Proceed with caution!* Clin Immunol. 2020; 216:108459.

anticorpi poli o monoclonali contro il virus della Dengue possono indurre ADE.⁴⁵⁹ Il plasma iperimmune esercita un'azione protettiva per la presenza di fattori antinfiammatori, anti-citochine, anticoagulanti che compensano tale rischio.⁴⁶⁰ Affossare il plasma per far spazio agli anticorpi monoclonali rientra nella cinica strategia industriale, che si ripete anche a proposito dell'approvazione vaccinale per via d'emergenza, essenziale per aprire la strada a nuovi prodotti.

I pazienti di CoViD-19 sono morti poiché non sono stati curati o non sono stati curati correttamente. La polmonite è causata da un'eccessiva reazione del sistema immunitario, piuttosto che da una incontrollata replicazione del virus.⁴⁶¹ L'OMS ha sbagliato (o ha voluto sbagliare?) puntando fin dall'inizio sugli antivirali (remdesivir, soprattutto) invece che sulla prevenzione della complicità. La propaganda ha rappresentato la CoViD-19 come un disastro inguaribile, mentre qualunque medico la può curare facilmente, basta ragionare e non seguire ciecamente i protocolli. Non esistono solo gli studi pubblicati, è fondamentale l'esperienza pratica di quei medici che non pubblicano, ma curano e guariscono i pazienti a casa. In una lettera di aprile 2020, 41 medici hanno comunicato al ministro della Salute che la terapia tempestiva con cortisone, cloroquina ed eparina si è dimostrata utile nel prevenire le complicanze e può essere svolta a domicilio.⁴⁶² Il ministro non l'ha nemmeno presa in considerazione e non ha risposto. Poco dopo, lo studio randomizzato "Recovery" dell'Università di Oxford (Peter Horby) ha confermato l'efficacia del desametasone nella CoViD-19, che riduce del 35% la mortalità nei casi gravi, su più di duemila pazienti ospedalizzati, già compromessi e in ventilazione.⁴⁶³ Il direttore generale dell'AIFA ha riconosciuto che il cortisone è uno dei cardini della terapia della CoViD-19,⁴⁶⁴ ma il cortisone non è mai stato consigliato come terapia precoce. L'idrossiclorochina (HCQ) previene la forma severa della CoViD-19, purché

⁴⁵⁹ Costa V. V. *et al.*, *Subversion of Early Innate Antiviral Responses During Antibody-Dependent Enhancement of Dengue Virus Infection Induces Severe Disease in Immunocompetent Mice*. *Med Microbiol Immunol*. 2014; 203(4):231-50.

⁴⁶⁰ Bolgan L., *COVID-19. Cap.2, Danno multiorgano: complicanze respiratorie. Parte seconda, Immunopatologia*, in www.studiesalute.it

⁴⁶¹ Peiris J. S. *et al.*, *Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study*. *Lancet*. 2003; 361:1767-72.

⁴⁶² Reperibile sul sito www.luogocomune.net e in Citro Della Riva M., op. cit., 2021

⁴⁶³ Cfr. *Coronavirus: Dexamethasone proves first life-saving drug*. 16/6/20, in <https://www.bbc.com/news/health-53061281>. Cfr. AA. VV, *Corticosteroid therapy for critically ill patients with COVID-19: A structured summary of a study protocol for a prospective meta-analysis of randomized trials*. *Trials*. 2020; 21: 734.

⁴⁶⁴ <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2020/10/22/covid-magrini-aifa-cortisone-eparina>

adoperata precocemente, meglio se nelle prime 48 ore. Già verso SARS-CoV-1 l'idrossiclorochina si è dimostrata valida nella profilassi e nella terapia.⁴⁶⁵

I PROTOCOLLI DELLA MORTE

I protocolli hanno imposto la strategia della “vigile attesa” che consiste nell’aspettare a curare finché non ci siano sintomi gravi,⁴⁶⁶ e si traduce nel non curare i malati: è per questo motivo che milioni di pazienti sono finiti in ospedale. Nel modulo di consenso informato da far firmare ai pazienti è scritto: *Lei verrà trattato in base ai protocolli attualmente in uso e approvati da vari comitati scientifici: paracetamolo o antinfiammatori, desametasone (non prima di 72 ore dall’inizio dei sintomi) o prednisone, enoxaparina (solo nei pazienti immobilizzati per l’infezione in atto), antibiotici solo in caso di sovrapposizione batterica.*⁴⁶⁷ Tutto questo è privo di senso e bisognerebbe agire all’opposto: l’eparina andrebbe somministrata subito,⁴⁶⁸ andrebbero adoperati subito idrossiclorochina e azitromicina che invece non sono menzionati,⁴⁶⁹ non c’è motivo di ritardare il cortisone e, soprattutto, il paracetamolo è controindicato nelle infezioni virali, non è un antinfiammatorio e non è bene che abbassi la febbre. A raccomandare il paracetamolo sono l’OMS⁴⁷⁰, l’EMA⁴⁷¹, il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)⁴⁷², le stesse agenzie che sconsigliano idrossiclorochina e azitromicina. Piero Sestili (Università di Urbino) e Carmela Fimognari (Università di Bologna) hanno sottolineato che il glutatone

⁴⁶⁵ Vincent M. J. *et al.*, *Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread*, *Virology J*, 2005; 2:69. DOI: 10.1186/1743-422X-2-69

⁴⁶⁶ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4

⁴⁶⁷ *Consenso informato per uno sperimentale protocollo COVID A CASA*, allegato alle informative degli Assessorati Regionali ai Medici convenzionati con il SSN.

⁴⁶⁸ Spagnolo S., *Covid-19 as a Cause of Pneumonia and Diffuse Peripheral Pulmonary Embolism. Early Anticoagulant Treatment to Prevent Thrombi Formation*. *J Cardiol Res Rev Rep*. 2020; 1(2):1-3

⁴⁶⁹ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4

⁴⁷⁰ <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>

⁴⁷¹ <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>

⁴⁷² <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/5-Managing-fever>

ridotto (GSH) è molto importante nelle difese antivirali e che il paracetamolo lo inibisce.⁴⁷³

La N-acetilcisteina (il noto Flumucil) fornisce la cisteina per produrre il glutatione.⁴⁷⁴ La vitamina D3 e la L-cisteina si correlano positivamente con il GSH⁴⁷⁵; la vitamina D3 aumenta i livelli di GSH.⁴⁷⁶ L'integrazione di vitamina D3 e di L-cistina può ottimizzare i livelli circolanti di vitamina D3 (25-OH) e difendere maggiormente dagli effetti avversi della CoViD-19.⁴⁷⁷ Il glutatione agisce direttamente contro il SARS-CoV-2 riducendo a gruppi tiolo i legami disolfuro fra la *spike* e il recettore ACE-2 (ovvero rompe i ponti di solfo) e questo abbassa l'affinità di legame del virus e quindi la possibilità d'infezione.⁴⁷⁸ Pazienti con polmonite CoViD-19 sono stati trattati con successo con alte dosi di glutatione endovenoso e N-acetilcisteina orale⁴⁷⁹ o anche solo con N-acetilcisteina per via endovenosa.⁴⁸⁰

Tutti questi studi confermano che il deficit di GSH predispone all'aggravamento della malattia da CoViD-19.⁴⁸¹ Il paracetamolo (Tachipirina), anche a basse dosi, riduce i livelli di glutatione e questo è in letteratura da più di trent'anni.⁴⁸² Il legame fra paracetamolo e GSH è tale che, nei casi di avvelenamento da paracetamolo, l'antidoto è la N-acetilcisteina.⁴⁸³

Gli studi dimostrano che il paracetamolo diminuisce significativamente il GSH, la cisteina libera e la capacità antiossidante; particolarmente grave è l'esaurimento di GSH nella mucosa delle vie aeree.⁴⁸⁴

⁴⁷³ Sestili P., Fimognari C., *Paracetamol-induced glutathione consumption: Is there a link with severe COVID-19 illness?* Front Pharmacol. 2020; 11:579944.

⁴⁷⁴ Per tutta la durata dell'epidemia abbiamo consigliato ai nostri pazienti prodotti, per lo più galenici, a base di acido ascorbico, glutatione ridotto, N-acetilcisteina e sali di zinco, come prevenzione.

⁴⁷⁵ Jain S. K. *et al.*, *Vitamin D and L-cysteine levels correlate positively with GSH and negatively with insulin resistance levels in the blood of type 2 diabetic patients.* Eur J Clin Nutr. 2014; 68(10):1148-53.

⁴⁷⁶ Jain S. K. *et al.*, *Vitamin D upregulates glutamate cysteine ligase and glutathione reductase, and GSH formation, and decreases ROS and MCP-1 and IL8 secretion in high-glucose exposed u937 monocytes.* Biochem Biophys Res Commun. 2013; 437(1):7-11.

⁴⁷⁷ Jain S. K., Parsanathan R, *Can vitamin D and L-cysteine co-supplementation reduce 25(OH)-vitamin D deficiency and the mortality associated with COVID-19 in african americans?* JACN, 2020; 39(8):694-9.

⁴⁷⁸ Hati S., Bhattacharyya S., *Impact of thiol-disulfide balance on the binding of COVID-19 spike protein with angiotensin-converting enzyme 2 receptor.* ACS Omega. 2020; 5(26):16292-8.

⁴⁷⁹ Horowitz R. I. *et al.*, *Efficacy of glutathione therapy in relieving dyspnea associated with COVID-19 pneumonia. A report of 2 cases.* Respir Med Case Rep. 2020; 30:101063.

⁴⁸⁰ Ibrahim H. *et al.*, *Therapeutic blockade of inflammation in severe COVID-19 infections with intravenous N-acetylcysteine.* Clin Immunol. 2020; 219:108544.

⁴⁸¹ Sestili P., Fimognari C., *op. cit.*

⁴⁸² Burgunder J. M. *et al.*, *Effect of N-acetylcysteine on plasma cysteine and glutathione following paracetamol administration.* Eur J Clin Pharmacol. 1989; 36:127-31. Cfr. Nuttall S. L. *et al.*, *The impact of therapeutic doses of paracetamol on serum total antioxidant capacity.* J Clin Pharm Ther. 2003; 28: 289-294. Cfr. Pujos-Guillot E. *et al.*, *Therapeutic paracetamol treatment in older persons induces dietary and metabolic modifications related to sulfur amino acids.* Age (Dordr.) 2012; 34:181-93. Cfr. Stahl S. H. *et al.*, *Systems toxicology: modelling biomarkers of glutathione homeostasis and paracetamol metabolism.* Drug Discovery Today Technol. 2015; 15:9-14.

⁴⁸³ <https://www.vandaomeopatici.it/it/glutazione-difesa-antiossidante-virus>.

⁴⁸⁴ Shaheen S. O. *et al.*, *Frequent paracetamol use and asthma in adults.* Thorax. 2000; 55:266-70.

Riguardo alla sicurezza, alcuni autori ritengono che il rischio reale del paracetamolo sia superiore a quello percepito nella comunità clinica e sarebbe giustificata una revisione sistematica della sua efficacia e tollerabilità.⁴⁸⁵

Inibendo il GSH, il paracetamolo è del tutto controindicato nella CoViD-19: può peggiorare la situazione clinica e favorire la complicità da ospedalizzare.⁴⁸⁶ I decessi per CoViD-19 sono stati causati dai protocolli della morte, dalla scarsa vitamina D3, dall'azzeramento del glutatione tramite il paracetamolo, dall'attesa, dai medici latitanti, dalle autopsie vietate. Il non curare (vigile attesa) è contro la deontologia medica e configura l'omissione di soccorso, ma il somministrare una terapia sbagliata che ottiene l'effetto opposto, ovvero l'aggravamento del malato, è contraria a qualsiasi legge ed è moralmente inaccettabile. **I morti di CoViD-19 sono morti di paracetamolo e di vigile attesa.**

STUDI FASULLI

Sono stati pubblicati il 22 maggio 2020, su *The Lancet* e sul *New England Journal of Medicine* due studi contrari all'idrossiclorochina,⁴⁸⁷ risultati subito del tutto inventati⁴⁸⁸ e ritirati due settimane dopo dalle stesse riviste.⁴⁸⁹ Lo scandalo è anche detto "Lancet-Gate". Di conseguenza, il Ministero della Sanità ha ritirato l'idrossiclorochina vietando il suo utilizzo *off label* ai malati di CoViD-19,⁴⁹⁰ e ha continuato nei mesi successivi: "Alla luce delle evidenze progressivamente accumulate che dimostrano la *completa mancanza di efficacia a fronte di un aumento di eventi avversi, se pur non gravi*, l'AIFA conferma la sospensione

⁴⁸⁵ Roberts E. *et al.*, *Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies*. *Ann Rheum Dis*. 2016; 75:552-9.

⁴⁸⁶ Sestili P., Fimognari C., *op. cit.*

⁴⁸⁷ Mandeep R. M. *et al.*, *Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis*, *Lancet*, 2020, 6736(20)31180-6. Cfr. Mandeep R. Mehra, Sapan S. D., SreyRam K., Timothy D. H., Patel A. N., *Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19*. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621.

⁴⁸⁸ *Virus, Guardian accusa: "OMS e governi hanno agito sui dati taroccati di un'azienda sconosciuta"*, *Il Messaggero*, 6/6/2020.

⁴⁸⁹ *Retraction: Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19*. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621.

⁴⁹⁰ Casadei C. L., 25/5/20, in www.msm.com/it-it/notizie/other/lorganizzazione-mondiale-della-sanita-c3-a0-dice-stop-ai-test-con-idrossiclorochina/ar-BB14zArM

dell'autorizzazione all'utilizzo off-label dell'idrossiclorochina".⁴⁹¹ Decisione annullata dall'ordinanza del Consiglio di Stato del 11 dicembre 2020 che ha definito irragionevole e illogico il ritiro del farmaco.⁴⁹²

Le “evidenze che dimostrano la completa mancanza di efficacia a fronte di un aumento di eventi avversi” sostenute dall'AIFA si basano su studi inattendibili per poiché viziati da errori e per conflitti d'interessi e finanziamenti dall'industria o da enti ad essa collegati; valore scientifico zero. Il primo errore è stato produrre studi condotti nel *setting* ospedaliero: la HCQ va adoperata nelle primissime fasi di malattia, non su pazienti ospedalizzati. L'AIFA «non ritiene utile né opportuno autorizzare nuovi studi clinici su pazienti ricoverati. L'utilizzo nei pazienti a domicilio di bassa gravità e nelle fasi iniziali della malattia, per i quali al momento esistono dati che, ancorché negativi, sono ancora limitati, *può essere consentito solo nell'ambito di studi clinici randomizzati controllati*». ⁴⁹³ Vuol dire: non si deve usare l'idrossiclorochina. I medici la possono prescrivere, ma devono tener presente che “è priva di efficacia, fautrice di eventi avversi, fallimentare nelle prove in ospedale e della quale si hanno pochi dati ma negativi”.⁴⁹⁴ solo un incosciente la prescriverebbe e infatti la maggioranza dei medici, un po' per fede nelle circolari, un po' per non trasgredire i protocolli, un po' per non rischiare e ritrovarsi poi nelle grane con chi potrebbe dire “ti avevo avvisato”, non ha mai curato con la HCQ i malati di CoViD-19. La dose di 400 mg, adoperata sul campo e solo per pochissimi giorni, non è mai tossica: pazienti di lupus o di artrite reumatoide ne assumono 400-600 mg, a volte per tutta la vita. La tanto temuta complicanza cardiologica (con allungamento del tratto Q-T all'ECG) è meno dell'uno per cento dei casi, ma enfatizzarla è stata una delle strategie per affossare l'idrossiclorochina. Tramite il SSN, l'AIFA ha avvertito i medici convenzionati che con la HCQ si sono verificati «problemi all'ECG tali da richiedere l'interruzione del farmaco e riguardano il 10% dei pazienti trattati» nello studio di Mahévas.⁴⁹⁵ 19% dei pazienti trattati e 21% in associazione

⁴⁹¹ AIFA, *Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19*. Update del 25 novembre 2020 (precedenti pubblicazioni: 2/4/20, 29/4/20, 29/5/20, 22/7/20).

⁴⁹² [Ordinanza del Consiglio di Stato dell'11 dicembre 2020 - IppocrateOrg](#)

⁴⁹³ AIFA, *Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19*, cit. 2020.

⁴⁹⁴ *Ibid.*

⁴⁹⁵ Mahévas M. *et al.*, *Clinical efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19 pneumonia who require oxygen: observational comparative study using routine care data*. BMJ. 2020; 369:m1844.

con azitromicina, in quello di Mercurio.⁴⁹⁶ Addirittura 33%, che diventa 36% con i due farmaci insieme, in quello di Bessièrè.⁴⁹⁷ Com'è possibile che l'1% diventi il 36%? Un delta del genere non è assolutamente scientifico e deve far sospettare qualcosa di sbagliato. Invece l'AIFA non ha avuto dubbi e ha sostenuto tali studi. Si tenga conto che, in generale, i legami finanziari di certi ricercatori e l'interferenza negli studi da parte degli sponsor industriali sono noti da tempo.⁴⁹⁸ Infatti, i tre riportati sono di parte e con gravi conflitti d'interessi. Quello di Mahévas è sostenuto da una serie di multinazionali del farmaco (Novartis, Mylan, Sanofi, Therakos, Janssen, Glaxo, Gilead, MSD, Roche, Menarini, Teva, AstraZeneca, Pfizer, Bristol Myers Squibb, Lilly, per citarne alcune) che hanno interesse ad avversare la molecola più efficace nella pandemia. Nell'elenco ci sono anche aziende produttrici di vaccini per CoViD-19: conflitto d'interessi. Lo studio di Mercurio è condotto da un'equipe del "*Beth Israel Deaconess*" *Medical Center* di Boston, uno dei primi tre destinatari dei finanziamenti per la ricerca biomedica da parte del NIH di quasi 200 milioni di dollari all'anno.⁴⁹⁹ NIH è partner stretto della *Bill & Melinda Gates Foundation*. Questo ospedale di Boston ha anche ricevuto diverse sovvenzioni dalla *Bill & Melinda Gates Foundation* (17 milioni nel 2006,⁵⁰⁰ 20 milioni nel 2014...) ⁵⁰¹ e ha sviluppato vaccini contro il SARS-CoV-2.⁵⁰² Il terzo studio (Bessièrè) è condotto da un gruppo dell'Ospedale Civile di Lione, il cui direttore della Ricerca, Francois R. Chapis è nel comitato editoriale di BMC (appartenente a Springer Nature, che fra l'altro è l'editore della prestigiosa rivista *Nature*) insieme a esponenti della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵⁰³

⁴⁹⁶ Mercurio N. J. *et al.*, *Risk of QT interval prolongation associated with use of hydroxychloroquine with or without concomitant azithromycin among hospitalized patients testing positive for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. *JAMA Cardiol*. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.1834.

⁴⁹⁷ Bessièrè F. *et al.*, *Assessment of QT intervals in a case series of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection treated with hydroxychloroquine alone or in combination with azithromycin in an intensive care unit*. *JAMA Cardiol*. 2020; e201787.

⁴⁹⁸ Lundh A. *et al.*, *Industry sponsorship and research outcome: systematic review with meta-analysis*. *Intensive Care Med*. 2018; 44:1603-12. Cfr. Bassler D. *et al.*, *Stopping randomized trials early for benefit and estimation of treatment effects: systematic review and meta-regression analysis*. *JAMA*. 2010; 303(12):1180-7. Cfr. Ahn R. *et al.*, *Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional study*. *BMJ*. 2017; 356. DOI: 10.1136/bmj.i6770

⁴⁹⁹ <https://web.archive.org/aboutBIDMC/StatsandFacts.aspx>

⁵⁰⁰ <https://gatesfoundation.org/about/committed-grants/2006/07/opp38614>

⁵⁰¹ <https://eurekaalert.org/news-releases/898710>

⁵⁰² <https://bidmc.org/about-bidmc/news/2020/05/covid-19-vaccine>

⁵⁰³ <https://resource-allocation.biomedcentral.com/about/editorial-board>

Inoltre, mentre Raoult raccomanda l'idrossiclorochina entro le prime 48 ore e non "in pazienti ospedalizzati", questi tre studi sono stati condotti su ricoverati per polmonite o in terapia intensiva. L'uso improprio del farmaco non può essere di pregiudizio al farmaco stesso. Anche altri tre studi cinesi, riportati dall'AIFA, sono su ricoverati. Il primo boccia l'idrossiclorochina,⁵⁰⁴ il secondo ammette che «la prognosi dei pazienti moderati, trattati con HCQ, è buona»,⁵⁰⁵ il terzo conclude che «il potenziale di HCQ nel trattamento della CoViD-19 è stato parzialmente confermato».⁵⁰⁶ Gli autori di quest'ultimo mettono in guardia dalla complicità di retinopatia da HCQ, senza tener conto che non c'è alcun rischio per gli occhi prima di almeno sei mesi di terapia continuativa e che HCQ nella CoViD-19 è usata al massimo per una o due settimane.

L'AIFA è responsabile di un'altra frode scientifica quando, per giustificare ai medici di base i due scandalosi articoli del Lancet-Gate, scrive che sono stati ritirati per «possibili importanti difetti nel data base»:⁵⁰⁷ non dice che erano falsi, del tutto inventati e che si trattava di una truffa. Ai medici convenzionati col SSN, l'AIFA sottolinea che «il beneficio in termini di efficacia dell'idrossiclorochina è sempre più incerto e il profilo di sicurezza è gravato da potenziali rischi».⁵⁰⁸

Il 24 luglio 2020, l'Agenzia Europea (EMA) rimarca la presunta pericolosità di HCQ richiamando «l'attenzione sui rischi di reazioni avverse, anche gravi, associati all'uso dell'HCQ e CQ. In particolare, mentre eventi avversi possono manifestarsi anche a dosaggi terapeutici, dosi più elevate possono aumentare i problemi legati alle alterazioni del ritmo cardiaco (QT lungo) [è normale che aumentando la dose aumentino i rischi, avviene con tutti i farmaci]. L'EMA invita i prescrittori a un particolare monitoraggio, oltre a sollecitare studi clinici sull'efficacia. Il 29 maggio 2020, l'EMA comunica che, alla luce delle nuove evidenze, idrossiclorochina e cloroquina dovrebbero essere utilizzate solo in studi clinici o in programmi nazionali di gestione dell'emergenza unicamente su pazienti ospedalizzati, sotto stretto monitoraggio».⁵⁰⁹ Di nuovo fuori dai criteri di utilizzo. Le fa il coro la FDA che, il 24 aprile 2020, segnala problemi del ritmo cardiaco, anche fatali, in pazienti CoViD-19 trattati con HCQ, spesso in associazione con azitromicina, pertanto bisogna «mantenere l'uso dell'HCQ all'interno di sperimentazioni cliniche o in un *contesto ospedaliero* che preveda uno stretto monitoraggio» e revoca l'autorizzazione all'uso di emergenza.⁵¹⁰ Di

⁵⁰⁴ Tang W. *et al.*, *Hydroxychloroquine in patients with COVID-19: an open-label, randomized, controlled trial*. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.10.20060558v1>.

⁵⁰⁵ Chen J. *et al.*, *A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease (COVID-19)*. *J ZheJiang Univ (Med Sci)*. 2020; 49(2):215-9

⁵⁰⁶ Chen Z. *et al.*, *Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial*. *MedRxiv* 2020.03.22.20040758.

⁵⁰⁷ AIFA, *Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19*. Update del 22 luglio 2020 (precedenti pubblicazioni: 2/4/20, 29/4/20, 29/5/20).

⁵⁰⁸ *Ibid.*

⁵⁰⁹ *Ibid.*

⁵¹⁰ *Ibid.*

nuovo, pazienti ospedalizzati e non casi precoci e domiciliari. L'OMS rimarca che «l'utilizzo di alte dosi di HCQ può essere associato a eventi avversi seriamente negativi per la salute e gli antibiotici non devono essere usati come mezzo di prevenzione o di trattamento di COVID-19». Sale così sul rogo anche l'azitromicina. Mesi più tardi (ottobre 2020) entrano in scena anche il NIH e la *Infectious Disease Society of America* (IDSA) che raccomandano di non utilizzare derivati della china in pazienti CoViD-19 ospedalizzati.⁵¹¹ In un continuo interdire senza vietare.

IL MINISTERO CONTRO I MEDICI

L'AIFA è stata costretta a riammetterle l'idrossiclorochina, purché con un consenso informato nel quale è scritto: “recenti studi hanno dimostrato che l'uso precoce del farmaco riduce del 24-30% il rischio di ospedalizzazione e morte, dati statisticamente significativi, senza ulteriori tossicità. La comunità scientifica, tuttavia, mantiene una certa perplessità nei confronti dell'idrossiclorochina, ma in realtà non vi sono dati sul suo utilizzo precoce sul territorio, vero teatro ove si svolge la partita contro CoViD-19”.⁵¹² Quindi improvvisamente erano spuntati degli studi favorevoli all'HCQ ma non sono citati. Con ordinanza del 4 marzo 2021, il TAR del Lazio ha accolto l'istanza cautelare del ricorso da parte dei medici delle terapie domiciliari: «i medici fanno valere il proprio diritto/dovere, avente giuridica rilevanza sia in sede civile che penale, di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza, e che non può essere compresso nell'ottica di un'attesa, potenzialmente pregiudizievole sia per il paziente che per i medici stessi». Ma con un inspiegabile accanimento contro le cure adoperate con successo da migliaia di medici, il Ministero della Salute e l'AIFA hanno fatto ricorso al Consiglio di Stato, che il 24 aprile 2021 ha annullato la sentenza del TAR.⁵¹³ Può un ministro fare ricorso contro i suoi medici che gli insegnano a curare questa epidemia? Li dovrebbe premiare. Il presidente dell'AIFA, Giorgio Palù, ha dichiarato: «le linee guida sono da cambiare, l'ho detto al Ministero, ma dicono che ci sono altre priorità».⁵¹⁴ Quali “altre priorità”? Ci sono altre priorità oltre alla vita umana e la salute dei pazienti? O si tratta di priorità riguardanti interessi di altro genere?

Ibid.

⁵¹¹ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵¹² Consenso informato per uso sperimentale protocollo COVID A CASA, inviato dal SSN a tutti i medici il 22 dicembre 2020.

⁵¹³ <https://www.theitaliantribune.it/il-passo-indietro-sulle-cure-domiciliari-covid-il-consiglio-di-stato-rimanda-tutto-al-mittente-e-accoglie-il-ricorso>

⁵¹⁴ <https://lanuovabq.it/it/niente-cure-balzo-dei-ricoveri-ci-sono-altre-priorita>

STUDI INATTENDIBILI

All'inizio della pandemia, i derivati della china erano fra i quattro farmaci più promettenti raccomandati dall'OMS, con la motivazione che l'emergenza sanitaria consigliava di accantonare le procedure “*golden standard*” per bilanciare il rigore scientifico con la velocità di azione terapeutica.⁵¹⁵ Era il 13 marzo 2020, ma da quel momento è iniziata la vergognosa campagna politica e mediatica per screditare l'idrossiclorochina. Approvata nel 1955 e considerata dall'OMS un farmaco essenziale, sicura ed efficace (con milioni di prescrizioni nel mondo), l'idrossiclorochina (HCQ) è improvvisamente diventata pericolosa, inadoperabile, innominabile, fino a trasformarsi nell'entità più bersagliata di tutta la pandemia. Più del virus stesso, l'idrossiclorochina è stata avversata, combattuta, denigrata, ritirata, rilasciata.⁵¹⁶

La guerra dell'AIFA per screditare l'idrossiclorochina è stata supportata da studi solo su pazienti ospedalizzati. Quello di Rosenberg conclude che l'HCQ nella CoViD-19 è inefficace e mortale;⁵¹⁷ nessun miglioramento in quello di Geleris;⁵¹⁸ la HCQ, con o senza azitromicina, non riduce il rischio di evoluzione verso la ventilazione meccanica e aumenta la mortalità (Magagnoli);⁵¹⁹ nessun miglioramento nei ricoverati trattati con HCQ e la sopravvivenza non era differente, rispetto ai controlli non trattati, nello studio di Paccoud;⁵²⁰ stessa cosa nello studio Recovery;⁵²¹ aumento degli effetti collaterali nello studio di Siemieniuk, che pur documenta un modesto miglioramento nel tempo di risoluzione dei sintomi;⁵²² nessun miglioramento, anzi

⁵¹⁵ <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/RD-Blueprint-expert-group-on-CQ-call-Mar-13-2020.pdf>

⁵¹⁶ Citro Della Riva M, cit. 2022.

⁵¹⁷ Rosenberg E. S. *et al.*, *Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York State*. 2020. JAMA 10.1001/jama.2020.8630.

⁵¹⁸ Geleris J. *et al.*, *Observational study of hydroxychloroquine in hospitalized patients with COVID-19*. N Engl J Med. 2020; NEJMoa2012410. DOI:10.1056/NEJMoa2012410.

⁵¹⁹ Magagnoli J. *et al.*, *Outcomes of hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with COVID-19*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32511622/>

⁵²⁰ Paccoud O. *et al.*, *Compassionate use of hydroxychloroquine in clinical practice for patients with mild to severe COVID-19 in a French university hospital*. Clin Infect Dis. 2020; ciaa791. DOI:10.1093/cid/ciaa791.

⁵²¹ www.recoverytrial.net/files/hcq-recovery-statement-050620-final-002.pdf

⁵²² Siemieniuk R. A. *et al.*, *Drug treatment for covid-19: living systematic review and network meta-analysis*. BMJ. 2020; 370:m2980.

aumento della mortalità, nella meta-analisi di Fiolet;⁵²³ e in quella della Stanford University (Axfors).⁵²⁴

In tutti questi studi ci sono errori metodologici per essere stati condotti su pazienti gravi, a volte con uso compassionevole del farmaco. Le meta-analisi si fondano su precedenti studi troppo eterogenei, nei quali non viene uniformata né la dose né i tempi di somministrazione, né quando viene iniziata la terapia e le condizioni cliniche sono altrettanto eterogenee. In uno studio randomizzato in doppio cieco contrario alla HCQ⁵²⁵ l'AIFA ha dovuto riconoscere che è limitato, dato che la diagnosi era certa solo nel 58% dei casi, per via di valutazioni fatte online o per telefono (*sic!*). Tuttavia, l'AIFA ribadisce che «malgrado tali limitazioni, i risultati sembrano indicare che l'HCQ non sia efficace nel ridurre la gravità o la persistenza dei sintomi in un setting di utilizzo precoce per il trattamento di forme lievi di CoViD-19».⁵²⁶ Si nega l'evidenza piuttosto che ammettere la validità della cura. Soprattutto, questi lavori non hanno credibilità poiché sono tutti condizionati dai finanziatori e da conflitti d'interessi.

Nello studio di Rosenberg, conflitto d'interessi con l'azienda Gilead, che produce il remdesivir. Quello di Geleris è finanziato dal NIH, storico partner della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵²⁷ Quello di Magagnoli è finanziato dall'Università della Virginia, che ha ottenuto una sovvenzione di 25 milioni di dollari dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵²⁸ Lo studio di Paccoud non specifica i finanziamenti. Lo studio Recovery è un randomizzato condotto alla *Oxford University* che, insieme ad AstraZeneca, ha messo a punto il vaccino vettoriale.⁵²⁹ Quello di Siemieniuk è finanziato dal *Canadian Institutes of Health Research*, partner (per quasi 3 milioni di dollari) della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵³⁰ Nello studio con le valutazioni fatte per telefono,⁵³¹ Skipper dichiara che i finanziatori sono privati (ma non specificati) e lo studio è stato approvato dall'Università del Minnesota (partner della *Bill & Melinda Gates Foundation*, per più di 3 milioni di

⁵²³ Fiolet T. *et al.*, *Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients: A systematic review and meta-analysis*. Clin Microbiol Infect. 2020; S1198-743X(20)30505-X.

⁵²⁴ Axfors C. *et al.*, *Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19: an international collaborative meta-analysis of randomized trials*. medRxiv 2020.09.16.20194571.

⁵²⁵ Skipper C. P. *et al.*, *Hydroxychloroquine in non hospitalized adults with early COVID-19. A randomized trial*. Ann Intern Med. 2020, DOI:10.7326/M20-4207.

⁵²⁶ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵²⁷ <https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are/nih-director/statements/new-phase-cooperation-between-nih-bill-melinda-gates-foundation>.

⁵²⁸ <https://news.vcu.edu/article/24Gates> Articolo del 24 agosto 2017, di Leila Ugincius. Cfr anche <https://richmond.com/news/local/vcu-receives-25-million-from-bill>

⁵²⁹ www.astrazeneca-oxford.com

⁵³⁰ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2013/11/OPP1084500>

⁵³¹ Skipper C. P., op. cit. 2020.

dollari)⁵³², da quella di Manitoba, finanziata dalla *Bill & Melinda Gates Foundation* (per 6,5 milioni di dollari)⁵³³ nel 2020, 17 milioni⁵³⁴ nel 2004, 23 milioni⁵³⁵ nel 2014, ora più di un milione e mezzo di dollari⁵³⁶), dalla FDA e dall'Università McGill di Montreal (partner, con quasi 700 mila dollari, della *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵³⁷. Lo studio di Axfors è finanziato dalla *Swiss National Science Foundation* e da *Laura and John Arnold Foundation* (entrambe partner della *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵³⁸ e dalla Stanford University (finanziata di recente con più di 700 mila dollari dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵³⁹.

È normale che tutte queste realtà finanziate dal Sistema seguano le direttive dello stesso. Ma, nonostante la volontà di screditarla, la HCQ ha ottenuto buoni risultati perfino su pazienti gravi ospedalizzati, come nello studio di Arshad condotto su più di 2.500 ricoverati in fase avanzata, nel quale bassi dosaggi di HCQ (800 mg il primo giorno, poi solo 400 mg nei quattro seguenti) e di azitromicina (500 mg il primo giorno e 250 mg/die nei quattro successivi) a partire *dal primissimo giorno* di ospedalizzazione, hanno ridotto, in contesto ospedaliero, il rischio di complicità e la mortalità: 26,4% di mortalità nel gruppo di controllo, 22,4% in quello con azitromicina, 20,1% con i due farmaci insieme, e 13,5% con solo idrossiclorochina. La HCQ era riservata a pazienti con malattia grave e il successo terapeutico è imputabile alle sue “proprietà antivirali e antitrombotiche” e, soprattutto, si sottolinea che i benefici della terapia sono correlati al suo precoce utilizzo nelle prime fasi del decorso della malattia con un dosaggio standardizzato e sicuro. Viene anche segnalata la completa assenza di effetti avversi soprattutto cardiologici: nessun caso di aritmia e nessuna torsione di punta.⁵⁴⁰

Anche lo studio cinese di Wuhan giunge a simili conclusioni. Condotta su 550 pazienti, 48 dei quali trattati con HCQ in dosi basse (400 mg/die per 7-10 giorni), la mortalità del gruppo trattato (18,8%) è decisamente inferiore al gruppo di controllo (47,4%) e lo studio è statisticamente significativo. Si è vista anche la drastica riduzione dei livelli di IL-6 (la più comune citochina pro-infiammatoria: da 22,2 a 5,2 pg/ml) dovuta all'idrossiclorochina e che «l'aggiunta di HCQ ai trattamenti di base è

⁵³² <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2020/04/INV-017069>

⁵³³ <https://winnipeg.ctvnews.ca/u-of-m-researcher-granted-6-5m-to-study-breast-milk-1.4797061>

⁵³⁴ <https://khn.org/morning-breakout/dr00021530/>

⁵³⁵ <https://www.academica.ca/top-ten/umanitoba-centre-global-public-health-receives-23-million-gates-foundation>

⁵³⁶ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2014/07/OPP1108606>

⁵³⁷ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2019/07/OPP1212682>

⁵³⁸ <https://fbt.ethz.ch/research/evaluation-of-micronutrient-powder.html>. Cfr. https://ballotpedia.org/Laura_and_John_Arnold_Foundation#cite_note-7

⁵³⁹ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2020/12/INV-021499>

⁵⁴⁰ Arshad S. *et al.*, *Treatment with Hydroxychloroquine, azithromycin and combination in patients hospitalized with COVID-19*. *Int J Infect Dis.* 2020; 97:396-403.

altamente efficace nel ridurre la mortalità dei pazienti critici di CoViD-19 attraverso l'attenuazione della tempesta di citochine infiammatorie».⁵⁴¹ Quando gli studi sono favorevoli alla HCQ, l'AIFA critica metodologia e risultati: quello di Arshad «necessita conferma in studi prospettici, randomizzati e controllati» [N.d.A., ma buon senso vuole che in periodo pandemico di catastrofe sanitaria *la prima cosa sia curare i malati* e non eleganti studi randomizzati e controllati] e quello di Yu viene definito di “bassa qualità”.⁵⁴² Al contrario di quelli avversi all'idrossiclorochina, questi due studi dichiarano “nessun finanziamento e nessun conflitto d'interessi”.

Analizzando gli altri studi sui quali l'AIFA fonda «l'assenza di qualsiasi beneficio clinico legato alla HCQ nei pazienti CoViD-19 ospedalizzati, moderati o gravi, e nei pazienti con malattia meno avanzata»⁵⁴³ troviamo un trionfo di conflitti d'interessi ed errori metodologici.

Lo studio randomizzato in Egitto (Abd-Elsalam) esclude una significativa differenza fra il gruppo trattato con HCQ e quello di controllo, però la guarigione clinica è del 53,6% nei pazienti trattati con HCQ rispetto al 34% nel gruppo di controllo.⁵⁴⁴ In questo studio va criticata la scelta dei pazienti (66,9% affetti da polmonite grave, alcuni già in ventilazione meccanica) e l'aver puntato sulla negativizzazione della PCR, che può rimanere positiva anche dopo guarigione. Più che il parametro immunologico, si dovrebbe dar valore al dato clinico, che ha conseguito un buon risultato (19,4% in più di guariti) anche su pazienti in gravi condizioni, pertanto non è un lavoro contrario alla HCQ.

Allo studio randomizzato in doppio cieco (Boulware) negli Stati Uniti e Canada (nessuna efficacia come prevenzione post-esposizione, *versus* placebo)⁵⁴⁵ l'AIFA riconosce importanti limitazioni metodologiche, ma soprattutto è finanziato dal miliardario imprenditore ingegner David Baszucki, fondatore di Roblox, e ha fra gli sponsor il NIAID di Fauci, l'Università di Manitoba finanziata dalla Bill & Melinda

⁵⁴¹ Yu B. *et al.*, *Low dose of Hydroxychloroquine reduces fatality of critically ill patients with COVID-19*. *Sci China Life Sci* 2020; 63(10):1515-21.

⁵⁴² AIFA informa, 27/7/2020.

⁵⁴³ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵⁴⁴ Abd-Elsalam S. *et al.*, *Hydroxychloroquine in the treatment of COVID-19: A multicenter randomized controlled study*. *Am J Trop Med Hyg.* 2020; 103(4):1635-9.

⁵⁴⁵ Boulware D. R. *et al.*, *A randomized trial of hydroxychloroquine as postexposure prophylaxis for COVID-19*. *N Engl J Med.* 2020;10.1056/NEJMoa2016638.

Gates Foundation,⁵⁴⁶ l'Università McGill di Montreal finanziata dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*⁵⁴⁷ e dal NIH, suo partner. Conflitti d'interessi in tutti gli altri studi:

Il multicentrico randomizzato in Spagna (Mitjà) su 293 pazienti con sintomi da meno di 5 giorni (nessuna differenza nella riduzione della carica virale né del rischio di ospedalizzazione)⁵⁴⁸ ha ricevuto sostegno finanziario da Laboratorios Rubió (produttrice tra l'altro di un co-marketing d'idrossiclorochina), Laboratorios Gebro Pharma, Zurich Seguros, SYNLAB Barcelona (produttrice di tamponi molecolari) e uno degli autori ha conflitto d'interesse come consulente della Boehringer Ingelheim e come relatore di Amgen, leader mondiale delle biotecnologie. Lo studio randomizzato (Cavalcanti) condotto in Brasile su 504 pazienti confermati non ha registrato differenze significative rispetto a quello di controllo,⁵⁴⁹ ma è finanziato dalla più grande industria farmaceutica del Brasile, la EMS Pharma, produttrice di farmaci per le più importanti multinazionali e di mascherine chirurgiche monouso. Il TEACH Study (R.J. Ulrich) randomizzato in doppio cieco *versus* placebo negli Stati Uniti non ha rilevato differenze,⁵⁵⁰ ma il tempo mediano di trattamento dall'esordio era tardivo (una settimana) ed è finanziato dal NIH. Nel trial randomizzato in doppio cieco controllato *versus* placebo (Abella) il trattamento preventivo con alto dosaggio di HCQ (600 mg/*die* per due mesi) in soggetti di età media 33 anni non è efficace e molti hanno avuto effetti collaterali,⁵⁵¹ ma gli autori hanno molteplici conflitti d'interessi con aziende farmaceutiche (Gilead, Novartis, Pinpoint Therapeutics) e con Becton Dickinson (multinazionale statunitense di tecnologia medica). Lo studio negli Stati Uniti e in Canada (Rajasingham) su 1.483 operatori sanitari, randomizzato in doppio cieco e controllato *versus* placebo, con 400 mg iniziali di HCQ una o due volte la settimana per più di tre mesi, non ha dato risultato,⁵⁵² sia per lo schema terapeutico (dosaggio) privo di senso, sia perché Rajasingham è dell'Università del Minnesota, sostenuta dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*,⁵⁵³ e lo studio è finanziato da David Baszucki, dall'imprenditore miliardario Steve Kirsch (uno dei vertici nella ricerca sull'identità digitale), dal NIAID, dal NIH, dalla Manitoba Medical Service Foundation e dalla Research Manitoba (finanziate ambedue dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵⁵⁴. Assenza di efficacia nello studio Solidarity, coordinato dall'OMS che appartiene al sig. William Gates. Nessuna efficacia in quello di W.H. Self⁵⁵⁵ e in un secondo lavoro di O.

⁵⁴⁶ Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2020/04/inv016157>. Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2020/04/inv003424>. Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2017/01/opp1155949> Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2015/11/opp1139015>.

⁵⁴⁷ Cfr. www.paitbgroup.org/team. Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2019/10/INV003360>

⁵⁴⁸ Mitjà O. *et al.*, *Hydroxychloroquine for early treatment of adults with mild Covid-19: A randomized-controlled trial*. Clin Infect Dis. 2020 Jul 16:ciaa1009.

⁵⁴⁹ Cavalcanti A. B. *et al.*, *Hydroxychloroquine with or without azithromycin in mild-to-moderate Covid-19*. N Engl J Med. 2020: NEJMoa2019014.

⁵⁵⁰ Ulrich R. J. *et al.*, *Hydroxychloroquine (TEACH): A multicenter, double-blind, randomized controlled trial in hospitalized patients*. Open Forum Infect Dis. 2020;ofaa446.

⁵⁵¹ Abella B. S. *et al.*, *Efficacy and safety of hydroxychloroquine vs placebo for pre-exposure SARS-CoV-2 prophylaxis among health Care Workers: A randomized clinical trial*. JAMA Intern Med. 2020;e206319.

⁵⁵² Rajasingham R. *et al.*, *Hydroxychloroquine as a pre-exposure prophylaxis for COVID-19 in healthcare workers: A randomized trial*. Clin Infect Dis. 2020; ciaa1571. DOI:10.1093/cid/ciaa1571.

⁵⁵³ <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2020/04/INV017069>

⁵⁵⁴ <https://news.radyfhs.umanitoba.ca/summer-2020-donor-honour-roll/>

⁵⁵⁵ Self W. H. *et al.*, *Effect of hydroxychloroquine on clinical status at 14 days in hospitalized patients with COVID-19: A randomized clinical trial*. JAMA. 2020:e2022240.

Mitjà.⁵⁵⁶ Per quest'ultimo vale quanto riportato a proposito dell'altro studio di Mitjà, mentre il culmine dei conflitti si raggiunge nello studio di W.H. Self, finanziato dal *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) e dall'*Harvard Catalyst/Harvard Clinical and Translational Science Center* (NCATS, co-finanziatore di progetti con la *Bill & Melinda Gates Foundation*). Gli autori dichiarano finanziamenti dalle aziende farmaceutiche Ferring Pharmaceuticals, Bristol-Meyers Squibb, Bayer AG, LaJolla Pharmaceuticals, GlaxoSmithKline, United Therapeutics, Reata Pharmaceuticals, Actelion Pharmaceuticals, Roche-Genentech, Citius Pharma, Novartis, Eli Lilly, Cumberland Pharmaceuticals, Avisia Pharmaceuticals, Immunity Pharma, Faron Pharmaceuticals, Sedana Pharmaceuticals, Janssen, Theravance, Regeneron; da Alung Technologies (trattamento dell'insufficienza respiratoria da CoViD-19), dalle società di biotecnologie PureTech Health, Cytovale, Medpace, GEN1E LifeSciences, Endpoint Health, Entegron, BioMereux, dalle compagnie Lung LLC e McGraw-Hill (questa molto vicina alla *Bill & Melinda Gates Foundation*), dalla *Marcus Foundation*, *Arnold Foundation*, dalla società Thetis, dalle case editrici Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, da diverse università e società legali, dal NIH, dai *Center for Disease Control and Prevention* e dal Dipartimento della Difesa. Anche lo studio di Cuadrado-Lavin è viziato da conflitti d'interessi con AbbVie, Gilead Science, Bristol-Myers-Squibb, Janssen e MSD.⁵⁵⁷ Lo studio è anche falsato dalla pretesa di adoperare la HCQ come *preventiva* dell'infezione, a dosi peraltro di soli 200 mg/die per due mesi, quando l'idrossiclorochina è efficace all'inizio della malattia, non come prevenzione (ovvero, può prevenire l'evoluzione nella forma severa, ma non l'esordio della forma lieve).

Dati i molteplici conflitti d'interessi ed errori metodologici, gli studi contrari all'efficacia dell'idrossiclorochina nella CoViD-19 sono da respingere. Non hanno credibilità. Lo stesso vale per le meta-analisi che, se pur senza conflitti d'interessi, ricopiano pubblicazioni inquinate da tali conflitti, come, ad esempio, lo studio egiziano di Ghazy RM.⁵⁵⁸

Per contro, è da citare un'analisi retrospettiva (Catteau) in Belgio, dove 4.542 pazienti hanno ricevuto bassi dosaggi di HCQ (2.400 mg in cinque giorni) con una mortalità ridotta (17,7%) rispetto ai 3.533 del gruppo di controllo (27,1%): l'utilizzo tempestivo dell'idrossiclorochina si associa a un minor rischio di morte nei pazienti ospedalizzati con CoViD-19 trattati precocemente. Finanziamenti: nessuno. Conflitti d'interessi: nessuno.⁵⁵⁹ Lo studio italiano Corist è un altro osservazionale retrospettivo che include 3.451 pazienti ospedalizzati, dei quali 2.634 avevano ricevuto HCQ e mostravano una riduzione del rischio di morte del 30% rispetto al

⁵⁵⁶ Mitjà O. *et al.*, *A cluster-randomized trial of hydroxychloroquine for prevention of Covid-19*. N Engl J Med. 2020; 384:417-27.

⁵⁵⁷ Cuadrado-Lavin A. *et al.*, *Controlled, double-blind, randomized trial to assess the efficacy and safety of hydroxychloroquine chemoprophylaxis in SARS-CoV2 infection in healthcare personnel in the hospital setting: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial*. Trials. 2020; 21(1):472.

⁵⁵⁸ Ghazy R. M. *et al.*, *A systematic review and meta-analysis on chloroquine and hydroxychloroquine as monotherapy or combined with azithromycin in COVID-19 treatment*. Nature. 2020; 10:22139. DOI:10.1038/s41598-020-77748-x

⁵⁵⁹ Catteau L. *et al.*, *Low-dose Hydroxychloroquine therapy and mortality in hospitalized patients with COVID-19: A nationwide observational study of 8.075 participants*. Int J Antimicrob Agents. 2020; 56(4): 106144.

gruppo di controllo. Finanziamenti: nessuno. Conflitti d'interessi: nessuno.⁵⁶⁰ Questo accade quando gli studi pubblicati sono onesti e non asserviti ai finanziatori.

L'AIFA è gravemente responsabile di non aver verificato i conflitti d'interessi degli studi che ha adoperato per attaccare pesantemente l'idrossiclorochina. È inaccettabile inadempienza, soprattutto dopo il gravissimo scandalo del Lancet-Gate, che impone un'indagine accurata su chi firma gli studi e per conto di chi. L'AIFA non ha nemmeno preso in considerazione il citato studio pubblicato in Germania sull'idrossiclorochina per aerosol, efficace e scevra da effetti avversi,⁵⁶¹ studio interessante e innovativo che andrebbe ricordato ai medici. La propaganda farmacologica dell'AIFA non si dimostra *super partes* e distruggere l'HCOQ significa non voler curare la CoViD-19 e condurre un'azione contraria alla salute. Il vero problema è che i conflitti d'interessi non si limitano agli autori degli studi, ma coinvolgono gli alti vertici della Sanità. Ci sono conflitti d'interessi fra alcuni membri del CTS ai quali la politica nazionale è subordinata e, comunque, sono sempre personaggi molto vicini all'industria farmaceutica e all'OMS del signor William Gates, quindi non si può garantire imparzialità e indipendenza.⁵⁶² In aprile 2020, in piena pandemia, la formazione dei medici e la riorganizzazione del SSN sono state affidate al colosso farmaceutico Sanofi Italia,⁵⁶³ in modo che «chi produce farmaci e vaccini possa decidere anche quali farmaci i medici debbano prescrivere e questo va contro l'interesse collettivo per la salute, oltre a confermare l'evidente e profonda corruzione statale».⁵⁶⁴ Una Medicina completamente asservita all'industria farmaceutica.

I decessi per CoViD-19 sono stati causati soprattutto dai protocolli della morte, dalla poca vitamina D3, dall'azzeramento del glutatione tramite il paracetamolo, dall'attesa, dai medici latitanti: non è una serie sfortunata di casualità. Come le autopsie vietate. Si è dato credito a studi, pilotati e finanziati dall'industria, contrari ai farmaci.

50 DOMANDE PRETENDONO RISPOSTA

⁵⁶⁰ Di Castelnuovo A. *et al.*, *Use of Hydroxychloroquine in hospitalized COVID-19 patients is associated with reduced mortality: Findings from the observational multicentre Italian CORIST study.* Eur J Intern Med. 2020; 82: 38-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.08.019>.

⁵⁶¹ Klimke A., op. cit.

⁵⁶² Pizzuti M., op. cit., 2021.

⁵⁶³ *Intesa Fimmg, Simg e Sanofi per formare medici del futuro*, AdnKronos, 23/4/2020.

⁵⁶⁴ Pizzuti M., op. cit., 2021.

Premesso che i vaccini per SARS-CoV-2 non sono indispensabili, essendo la CoViD-19 un'infezione curabile e non grave, che è impensabile vaccinare questi tipi di virus che formano continue quasispecie e per i quali è impossibile raggiungere un'immunità di gregge, e che non si dovrebbe mai vaccinare durante un'epidemia, per cui questi vaccini sono superflui e controproducenti, causando innumerevoli varianti, **i medici firmatari di questo documento chiedono e pretendono che il governo e le autorità sanitarie rispondano in modo esplicito, scientificamente documentato e in tempi brevi, ai seguenti quesiti.**

1 – per quale motivo i governi, in particolare quello italiano, e le autorità sanitarie hanno richiesto con urgenza alle aziende di allestire vaccini per un'infezione curabile non grave, pur sapendo che i coronavirus non sono vaccinabili e che con questi virus è impossibile raggiungere l'immunità di gregge.

2 – per quale motivo le autorità sanitarie hanno violato i principi della Medicina imponendo una vaccinazione di massa durante un'epidemia.

3 – per quale motivo le autorità sanitarie hanno insistito a imporre tali vaccini, conoscendo bene il loro altissimo rischio di produrre varianti, anche più pericolose, che, sfuggendo ai vaccini, protraggono nel tempo l'epidemia.

4 – per quale motivo le autorità sanitarie non hanno mai adeguatamente informato la popolazione che tali vaccini sono una sperimentazione e non hanno illustrato i pericoli e i rischi a cui i vaccinandi andavano incontro, né hanno specificato nel consenso informato che non erano state eseguite le prove di cancerogenicità e genotossicità.

5 - per quale motivo sono stati autorizzati vaccini dopo studi sperimentali incompleti, mancando i dati riferiti ai casi di immuno-compromissione, gravidanza, allattamento, di farmacocinetica, d'interazione farmacologica e i criteri di sicurezza,

6 - per quale motivo le persone affette da patologie considerate a rischio dagli stessi produttori non sono state esentate dalla vaccinazione, anzi sono state forzate e obbligate all'inoculazione contro la loro volontà e contro i criteri della Scienza medica.

7 - per quale motivo il governo ha costretto la popolazione a sottoporsi alla vaccinazione, obbligandola senza alcuna motivazione clinica di emergenza, ricorrendo all'arma del ricatto (pena la perdita del lavoro), contraria a ogni legge civile e morale e inaccettabile in uno Stato democratico.

8 - per quale motivo le istituzioni sanitarie, deliberatamente, non hanno tenuto conto dei certificati di esenzione rilasciati dai medici, violando la legge per cui il certificato medico vale fino a prova contraria, e hanno addirittura minacciato i medici che li hanno redatti, molti dei quali sono stati sospesi, processati, arrestati.

9 – per quale motivo chi aveva già contratto la CoViD-19 ed era immune, tanto da essere stato escluso dalla sperimentazione, è stato invece obbligato dal governo a vaccinarsi, pur avendo già gli anticorpi.

10 – per quale motivo le autorità sanitarie hanno taciuto e addirittura negato il rischio di gravi complicanze (ADE) tipiche di quando si vaccina chi ha già anticorpi contro virus a RNA a catena singola e non hanno disposto di richiedere almeno un test sierologico prima della vaccinazione.

11 – per quale motivo le autorità sanitarie, ordinando continue quarantene, hanno di fatto impedito alla popolazione di farsi anticorpi naturali post-infezione, pur sapendo che l'immunità naturale è più efficace e duratura di quella artificiale.

12 - per quale motivo le autorità sanitarie hanno puntato tutto sui vaccini, quando i coronavirus conferiscono un'immunità di pochissimi mesi e quella vaccinale non supera i due o tre mesi, rendendo impossibile la vaccinazione di massa, ostacolando l'endemizzazione del virus e favorendo le varianti.

13 - per quale motivo le autorità sanitarie hanno accettato e promosso vaccini genici sperimentali invece di uno tradizionale o di un vaccino che puntasse a neutralizzare altri antigeni non mutevoli né pericolosi, invece della componente più mutevole e pericolosa di questo virus.

14 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie non hanno subito dichiarato che questi vaccini non possono impedire di contagiarsi e di ammalarsi, né di trasmettere ad altri il virus e, non impedendo il contagio, non possono spegnere l'epidemia, come invece dovrebbe fare un vaccino, e non hanno mai sollevato la questione vaccinale chiedendosi a che cosa servano questi vaccini che non proteggono dall'infezione e costringono comunque alla mascherina e al distanziamento.

15 - per quale motivo le autorità sanitarie hanno dato credito a studi viziati da finanziamenti di parte e da conflitti d'interessi senza discriminare e selezionarli, come sarebbe dovere di un'autorità sanitaria.

16 - per quale motivo, a fronte del dilagare epidemico fra vaccinati, il governo e le autorità sanitarie non sono intervenuti per una verifica seria sul reale valore di queste vaccinazioni e sulla contagiosità dei vaccinati, confermata dallo studio dello "Spallanzani", e il governo italiano non ha annullato la campagna vaccinale a fronte dell'evidente fallimento di questi vaccini.

17 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno fatto credere che la scienza garantisse la sicurezza e l'efficacia vaccinale, quando invece non era la scienza ad asserirlo, ma l'industria.

18 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno deliberatamente ignorato che i vaccinati erano palesemente contagiosi e quindi pericolosi per la comunità e hanno istituito un passaporto verde valevole 12 mesi quando le stesse aziende stimano l'immunità vaccinale a non più di quattro mesi.

19 - per quale motivo le autorità sanitarie hanno ignorato gli studi e le evidenze cliniche che confermano la pericolosità vaccinale: l'infezione CoViD-19 da vaccini, il rischio di ADE, la retrotrascrizione del mRNA vaccinale e l'inibizione della riparazione dei danni al DNA, le interferenze con altri virus e la loro riattivazione, la ridotta immunità adattativa da vaccini e l'aumentata tumorigenesi, l'autoimmunità, la neurotossicità e la cardiotossicità della *spike* vaccinale, le gravi lesioni endoteliali con trombocitopenia e tromboembolie prodotte dalla *spike* vaccinale, l'aumento della viscosità ematica e la coagulopatia da *spike* vaccinale, la grave compromissione del sistema immunitario, i danni riproduttivi, la possibile sterilità e l'aumentata mortalità da vaccini.

20 – per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno vietato *de facto* le autopsie.

21 - per quale motivo il governo ha disatteso il decreto-legge n.73 del 7 giugno 2017 (art.2): “L'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante, ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità 15 dicembre 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.6 dell'8 gennaio 1991, ovvero dagli esiti dell'analisi sierologica, **esonera dall'obbligo della relativa vaccinazione**”,⁵⁶⁵ ribadito anche dalla legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119: «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci».

22 - per quale motivo il governo ha imposto alla popolazione restrizioni, mascherine e test (tamponi) anche quando risulta guarita o in possesso di anticorpi e/o di linfociti T, dal momento che chi ha acquisito l'immunità naturale non rappresenta più un pericolo epidemiologico. Si richiedono le basi scientifiche di tali procedimenti.

23 - per quale motivo le autorità sanitarie non rendono pubblico un registro riportante i casi di mancata efficacia dei vaccini CoViD-19, dal momento che (a pag.17 del documento “Procedura operativa AIFA per i responsabili locali di farmacovigilanza: gestione delle segnalazioni nella rete nazionale di farmacovigilanza”) l'AIFA scrive: «In alcune circostanze, come nel caso di vaccini o di contraccettivi o di medicinali usati in condizioni critiche o per il trattamento di patologie che possono mettere in pericolo di vita, **è richiesta la raccolta e la registrazione in RNF di tutti i casi di**

⁵⁶⁵ Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 130 del 7 giugno 2017.

mancanza di efficacia, a meno che il segnalatore non abbia espressamente dichiarato che essa era dovuta alla progressione di malattia e non correlata al medicinale». ⁵⁶⁶

24 – per quale motivo, e in base a quali parametri scientifici adottati dall’AIFA, se si muore dopo due settimane dalla vaccinazione, la morte risulta automaticamente non correlabile, mentre per le miocarditi sono validi i 28 giorni.

25 – per quale motivo l’esonazione vaccinale post malattia è di sei mesi mentre per gli operatori sanitari è di tre.

26 - per quale motivo scientificamente dimostrabile, considerando i dati su decessi e reazioni avverse gravi (peraltro sottostimati a causa dell’assenza di farmacovigilanza attiva), il governo ha obbligato a sottoporsi a un rischio per la propria salute, ivi compresa la morte, sotto la minaccia di perdere il lavoro, di subire una multa, di venire esclusi dalla società e privati dell’accesso a servizi pubblici.

27 – per quale motivo si continuano a somministrare ai non ancora vaccinati le prime due dosi e il richiamo non aggiornati alle varianti attuali, ma tarati sul ceppo di Wuhan che non esiste più.

28 – per quale motivo l’Ordine dei Medici ha palesemente trasgredito l’art. 46 del suo Codice Deontologico per il quale «la ricerca biomedica e la sperimentazione sull’Uomo devono ispirarsi all’inderogabile principio dell’inviolabilità, dell’integrità psicofisica e della vita della persona, che sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione. La sperimentazione programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente». Nelle tabelle dei Risk Management Plan dei vaccini CoViD-19 è riportato che la popolazione generale è quella su cui si studia la sperimentazione ancora in atto (study population), quindi la popolazione generale sta subendo una sperimentazione dal momento che fa parte di uno studio osservazionale sugli eventi avversi dei vaccinati.

29 – per quale motivo l’Ordine dei Medici ha trasgredito anche gli artt. 48 (Sperimentazione umana) e 49 (Sperimentazione clinica), del suo Codice Deontologico, che vietano la somministrazione di farmaci sperimentali a pazienti dissenzienti.

30 - per quale motivo l’AIFA scrive che “recenti studi hanno dimostrato che l’uso precoce dell’idrossiclorochina riduce del 24-30% il rischio di ospedalizzazione e

⁵⁶⁶ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Procedura_Operativa_RLFV_ottobre-2018.pdf

morte, con dati statisticamente significativi e senza ulteriori tossicità” e poi però da un anno e mezzo continua a sconsigliare questo farmaco e ad avversarlo.

31 – per quale motivo il CSV-CoViD-19, il cui obiettivo è coordinare le attività di farmacovigilanza e collaborare al piano vaccinale con una funzione strategica di supporto scientifico all’AIFA, al Ministero della Salute e al SSN,⁵⁶⁷ non ha mai segnalato le reazioni avverse evidenti nella pratica clinica e nella letteratura né ha mai pubblicato i suoi risultati e le sue evidenze scientifiche.

32 – per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno proseguito a obbligare ai vaccini, ricattando, comminando multe e sospensioni, imponendo passaporti sanitari, discriminando la popolazione e rovinandola economicamente, quando la stessa Pfizer aveva ammesso il 31 dicembre 2021 di non essere sicura di poter provare che il suo vaccino fosse efficace e quindi avere l’approvazione definitiva dagli enti di controllo medico.⁵⁶⁸

33 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno ripetuto che il vaccino è l’unica soluzione per l’epidemia, quando invece questa infezione è perfettamente curabile, hanno quindi negato l’evidenza e mentito alla popolazione sostenendo che non esiste cura per questo virus (quando invece le terapie esistono, sono in letteratura da anni e la CoViD-19 è perfettamente curabile se la si tratta subito e in modo appropriato) e hanno insistito a screditare le terapie e a osteggiarle in tutti i modi.

34 - per quale motivo le autorità sanitarie, sapendo che i SARS coronavirus provocano tromboembolie, non hanno inserito l’eparina nei loro protocolli, affinché la si prescrivesse da subito, indipendentemente dal generico rischio trombotico.

35 - per quale motivo le autorità sanitarie non hanno fatto prevenzione farmacologica sulla popolazione e hanno scoraggiato l’uso di vitamine, minerali e altre sostanze efficaci, ritenute non idonee.

36 - per quale motivo il governo ha ignorato l’appello dei 41 medici di aprile 2020 sull’efficacia delle cure domiciliari e ha avversato le migliaia di medici che hanno curato precocemente, a casa, gli infettati.

37 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno osteggiato il plasma iperimmune fino a farlo sparire, hanno perseguitato il dottor De Donno fino alla morte, sul cui decesso ancora non è stata fatta chiarezza.

38 - per quale motivo, dal momento che il test PCR di Drosten «si basa sul presupposto che il nuovo virus sia simile a quello della prima SARS» ed è stato

⁵⁶⁷ <https://www.aifa.gov.it/-/l-aifa-istituisce-il-comitato-scientifico-per-la-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>

⁵⁶⁸ <https://investors.biontech.de/node/11931/html>

accettato da tutti per legittimare i tamponi, allo stesso modo non c'è stato lo stesso approccio preventivo e terapeutico della SARS.⁵⁶⁹

39 – per quale motivo le autorità sanitarie hanno stilato il protocollo che non somministra alcuna terapia (vigile attesa), se non il controindicato paracetamolo: si vogliono conoscere le basi scientifiche di letteratura che hanno consigliato questo farmaco e l'astensione dalla cura.

40 – per quale motivo il ministro della Sanità ha ricorso contro il provvedimento del TAR che riammetteva terapie note ed efficaci, dimostrando un inspiegabile accanimento contro le terapie esistenti e contro i suoi medici che gli insegnavano a curare questa epidemia.

41 – per quale motivo il Consiglio di Stato, per ben due volte, ha annullato la sentenza del TAR del Lazio che accoglieva l'istanza cautelare consentendo ai medici di prescrivere i farmaci che ritengono opportuni in scienza e coscienza, invece di un'attesa pregiudizievole per il paziente e per i medici stessi.

42 – per quale motivo il presidente dell'AIFA, Giorgio Palù, ha dichiarato: «le linee guida sono da cambiare, l'ho detto al Ministero, ma dicono che ci sono altre priorità»:⁵⁷⁰ si chiede di conoscere queste priorità.

43 – per quale motivo le autorità sanitarie hanno dato credito ai due studi sull'idrossiclorochina, pubblicati su autorevoli riviste medico scientifiche e subito ritirati poiché risultati falsi e, non solo non hanno riconosciuto l'errore, ma hanno anche ritirato l'idrossiclorochina vietandone l'uso.

44 - per quale motivo l'AIFA ha mentito ai medici convenzionati dicendo che i due studi erano stati ritirati per errori nel data base, quando invece erano stati del tutto inventati, e per quale motivo il governo non ha divulgato la clamorosa notizia del ritiro degli studi e, anzi, l'ha vergognosamente taciuta.

45 - per quale motivo le autorità sanitarie non hanno indagato sulla discrepanza di risultati dei tre studi sulla pericolosità dell'idrossiclorochina che elevano il rischio cardiologico da inferiore all'1% fino addirittura al 33% e, pur sapendo che una forbice del genere non può essere scientifica, li hanno sostenuti e l'AIFA li ha

⁵⁶⁹ Corman V. M. *et al.*, *Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR*, Eurosurveillance, 25 (8) 2020, in www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045: Prima del rilascio pubblico delle sequenze di virus dai casi di 2019-nCoV, ci siamo basati sui rapporti sui social media che annunciavano il rilevamento di un virus simile alla SARS. Abbiamo quindi ipotizzato che un CoV correlato alla SARS fosse coinvolto nell'epidemia. Abbiamo scaricato tutte le frequenze di virus correlate alla SARS complete e parziali (se>400 nt) disponibili su GenBank entro il primo gennaio 2020.

⁵⁷⁰ <https://lanuovabq.it/it/niente-cure-balzo-dei-ricoveri-ci-sono-altre-priorita>

pubblicizzati ai medici convenzionati raccomandando di non prescrivere questo farmaco.

46 – per quale motivo le autorità sanitarie non hanno indagato sul perché alcuni lotti del vaccino Pfizer sono correlati a un numero di morti eccessivamente superiore rispetto alla media degli altri.

47 - per quale motivo il governo e le autorità sanitarie non hanno indagato sull'aumento della mortalità giovanile in rapporto all'avvenuta vaccinazione.

48 – per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno *de facto* obbligato la popolazione a questa vaccinazione sperimentale dal momento che, secondo la sentenza della Corte costituzionale n. 307 del 1990, «un trattamento sanitario può essere imposto solo nella previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiono normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili». Inoltre, la sperimentazione clinica dei farmaci in Italia, regolata dal DM 15 Luglio 1997, deve trovare rigorosa applicazione anche quando viene utilizzato un farmaco provvisoriamente autorizzato in via condizionata per l'immissione sul mercato, per il quale mancano ancora i dati di conferma della sua efficacia e sicurezza, come nel caso dei vaccini CoViD-19.

49 – per quale motivo le autorità sanitarie, a fronte di una sperimentazione vaccinale, non hanno previsto nella popolazione un gruppo di controllo trattato con placebo e per quale motivo non risultano studi di controllo per questi vaccini.

50 – per quale motivo il governo e le autorità sanitarie hanno autorizzato la vaccinazione su bambini e adolescenti, dal momento che non sono soggetti a rischio e il vaccino non impedisce la trasmissione, esponendoli a rischi non compensati da benefici.

IPOTESI CONCLUSIVA

L'ipotesi da verificare, che può riassumere tutti i perché, è la seguente. Dal momento che, tutta o quasi, la popolazione aveva in breve tempo conseguito l'immunità naturale verso SARS-CoV-2, se si fosse rispettato il criterio della Scienza medica di non vaccinare chi è già immunizzato, il numero dei vaccinabili sarebbe stato molto inferiore. Per questo motivo, il governo e le autorità sanitarie non hanno richiesto un sierologico pre-vaccinazione, mettendo in pericolo la salute della gente. Per lo stesso motivo, nella campagna vaccinale CoViD-19, le autorità sanitarie hanno respinto qualsiasi esonero, pretendendo di vaccinare tutti i soggetti a rischio. In questo modo

sono stati anteposti alla salute dei cittadini interessi di altro genere (industriali, economici, politici, malthusiani, eugenetici).

I vaccini per il SARS-CoV-2 sono stati sviluppati e approvati in fretta e furia invocando la procedura di emergenza o *fast track*, che può essere rischiosa.⁵⁷¹ I pazienti non sono stati curati all'inizio dell'infezione per due motivi fondamentali: si doveva accrescere il numero dei ricoverati e dei morti per poter rispettare il primo requisito richiesto per l'approvazione di emergenza di questi vaccini,⁵⁷² e si doveva dichiarare che non esiste un'alternativa adeguata, ovvero non esistono terapie approvate per la CoViD-19, a ottemperare il quarto requisito. In particolare si richiedono **le motivazioni scientifiche che giustificano l'obbligo vaccinale**, tenendo conto dell'esigua letalità di questo virus, delle cure esistenti e non applicate, della mancanza di efficacia del vaccino nell'impedire il contagio e che le prime tre dosi di vaccino per la variante omicron, che è lievissima,⁵⁷³ come afferma anche il prof. Giorlandino, proteggono solo al 10%.⁵⁷⁴ Va inoltre sempre tenuto conto dell'immunità acquisita dai guariti da CoViD-19 nel contrastare omicron. Si tenga presente che mantenere una parte della popolazione non vaccinata è indispensabile dal punto di vista scientifico, poiché diventa un gruppo di controllo necessario per comprendere le eventuali problematiche a medio e a lungo termine, in relazione a questi vaccini. Essendo farmaci in fase sperimentale e avendo ormai un'alta percentuale di popolazione già vaccinata, basterebbe far decadere l'obbligo vaccinale per mantenere tale gruppo di controllo. Un gruppo di controllo di vaccinati con placebo dovrebbe esistere, anche per contratto, ma è a sola conoscenza del produttore e individuabile tramite il numero di lotto: di conseguenza, sarebbero in circolazione individui con la falsa convinzione di essere vaccinati, in possesso del Green Pass rafforzato, del tutto liberi di lavorare senza essere vaccinati. Inoltre è plausibile, *sic rebus stantibus*, che i vertici istituzionali, e non solo, essendo a conoscenza di lotti con assenza o quasi di effetti avversi, siano stati vaccinati con placebo. Sarebbe utile se, nel rispetto della trasparenza, i vertici della politica, delle forze dell'ordine, del mondo sanitario e di quello giudiziario rendessero pubblico il numero di lotto dei vaccini loro somministrati.

La possibile malafede dell'industria nella preparazione e nella gestione dei vaccini traspare dal documento Pfizer che riporta i risultati del quarto trimestre e

⁵⁷¹ Jiang S., *Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees*. Nature. 2020;579(7799):321. Cfr. Subramanian S., *'It's a razor's edge we're walking': inside the race to develop a coronavirus vaccine*. The Guardian. 2020 Mar 27.

⁵⁷² <https://www.fda.gov/media/142749/download>

⁵⁷³ <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1211792/v1/c8927bbe-f384-497e-a0ec-666b0eec9d13.pdf?c=1640802>

⁵⁷⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=-hXYE63fgjk>

dell'esercizio 2021.⁵⁷⁵ A pag. 39, tra i “Rischi relativi alla nostra attività, industria e operazioni e sviluppo aziendale”, si tratta della preoccupazione che possano sorgere affermazioni o preoccupazioni in merito alla sicurezza o all'efficacia del vaccino, che possano derivare da studi clinici successivi all'approvazione (...), che un uso più diffuso del vaccino porti a nuove informazioni sull'efficacia e la sicurezza, compreso il rischio di ulteriori reazioni avverse, alcune delle quali possono essere gravi (...), che i dati preclinici e di sperimentazione clinica siano soggetti a interpretazioni e valutazioni differenti, anche durante il processo di revisione/pubblicazione da parte della comunità scientifica e delle autorità regolatorie (...) «Il rischio che la domanda del prodotto possa essere ridotta o non esistere più e la possibilità che la CoViD-19 diminuisca di gravità o prevalenza, o scompaia del tutto». È evidente che la pandemia è stata ed è uno straordinario strumento di guadagni stratosferici per le aziende produttrici di vaccini.

Altro indizio di malafede: i morti per qualsiasi causa entro i primi 14 giorni dalla prima dose vengono considerati come “non-vaccinati” (ICNARC, 26 Nov. 2021; p. 44, Tenforde et al. 2021, Dagan et al. 2021). Nel glossario del Report Esteso ISS per CoViD-19, aggiornato al 9 febbraio 2022, a pag. 37 è esplicitato che fra i “Casi non vaccinati” sono annoverati i vaccinati con prima dose o con vaccino monodose nei 14 giorni precedenti la diagnosi stessa, ovvero che abbiano contratto l'infezione prima del tempo necessario per sviluppare una risposta immunitaria almeno parziale al vaccino.⁵⁷⁶ Gli scienziati del gruppo Co_META, in un loro corposo documento,⁵⁷⁷ affermano: «L'attribuzione alla categoria dei “non vaccinati” di chi ha fatto una sola dose è particolarmente criticabile anche in relazione al problema delle reazioni avverse al vaccino. Infatti, se un caso di CoViD-19 si verifica nei giorni successivi alla vaccinazione, esso è attribuito normalmente alla categoria dei non vaccinati. Ribadiamo con fermezza che questa attribuzione è scientificamente distorta perché altera seriamente il rapporto rischi-benefici, in quanto trascura la possibilità che l'infezione stessa possa essere un evento avverso della vaccinazione, dovuto o ad uno stato di immunodepressione transitorio o al sovrapporsi dei sintomi della reazione al vaccino con quelli di una infezione altrimenti latente. Uno studio inglese frutto di una collaborazione tra affermati studiosi della Queen Mary University di Londra, Hebrew University di Gerusalemme e un Istituto di ricerca privato (Institute of Pure and Applied Knowledge, IPAK) mostra il potenziale fortemente distorsivo di questo

⁵⁷⁵ https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q4/Q4-2021-PFE-Earnings-Release.pdf

⁵⁷⁶ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf

⁵⁷⁷ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

errore di classificazione».⁵⁷⁸ Di conseguenza, potenziali reazioni avverse vengano collegate allo stato di mancata vaccinazione anziché ai possibili effetti della vaccinazione, capovolgendo la realtà del fenomeno. Bisognerebbe disporre dei casi CoViD-19 nei veri non vaccinati per confrontarli con i casi CoViD-19 nei vaccinati. L'unica motivazione plausibile per la vaccinazione sui bambini e sugli adolescenti è la probabile sterilità vaccino-indotta, che confermerebbe la volontà malthusiana (evidente anche negli adulti) di applicare un modello mondiale di raffinata eugenetica criminale.

Se l'ipotesi formulata dai sottoscrittori risultasse fondata, ci troveremmo di fronte alla più clamorosa e drammatica frode della storia dell'umanità, responsabile di una catastrofe senza precedenti e, di conseguenza, si renderebbe indispensabile individuarne i colpevoli.

FIRMATO DA:

Massimo Citro, medico in Torino

Riccardo Benzi Cipelli, medico in Vigevano

Franco Giovannini, medico in Mantova

Gianpaolo Pisano, medico in Milano

⁵⁷⁸ Lo studio è in preprint a dicembre 2021. È stato elaborato dagli autori in collaborazione con *senior clinicians and other researchers who remain anonymous to protect their careers*: davvero desolante leggere ripetutamente questo tipo di disclaimer nelle pubblicazioni scientifiche dedicate ai temi COVID-19.