

50 DOMANDE PRETENDONO RISPOSTA

(RAPPORTO SULLA CAMPAGNA VACCINALE
E SULLA GESTIONE DELLA COVID-19)

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, a Domenico Biscardi
e a tutti i martiri nella 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 rischi/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

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%3fg%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.

(dette *quasispecie*⁵), 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

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.

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. Pachetti 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](https://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.

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

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.

Soprattutto, **non possono essere considerati vaccini, dal momento che l'antigene** (la *spike* di SARS-CoV-2 prodotta da tali dispositivi a mRNA o vettoriali) **non è stato attenuato e quindi è pericoloso e può indurre malattia**. È indispensabile per un vaccino essere "reso incapace di nuocere"¹⁷ e questo non è stato fatto.

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 507/2006,¹⁸ che all'art. 8 prevede, come condizione necessaria per il loro uso legittimo, un rigoroso obbligo di

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.

¹⁶ Bolgan L., [COVID-19 - il vaccino, in www.studiesalute.it](https://www.studiesalute.it)

¹⁷ Cavallo G, *Elementi di immunologia*. Palatina. 1976, p.113.

¹⁸ Per Pfizer/BioNTech:

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

Per Moderna:

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 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".¹⁹

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,²⁰ con rischio d'infertilità per lesioni all'apparato riproduttivo e per i quali andrebbe applicato il principio di precauzione.²¹

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

¹⁹ 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

²⁰ 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.

²¹ <https://www.europeanconsumers.it/2020/12/18/vaccino-covid-impatto-sulla-fertilita-european-consumers-diffida-lema-laifa-e-il-governo-italiano/>

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

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.²² 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"*.²³

INCOMPLETEZZA E MANCATA SICUREZZA NEGLI STUDI

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".²⁴ 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.²⁵

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

²² https://www-mdpi-com.translate.goog/1467-3045/44/3/73/htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=op.sc

²³ <https://www.nicolaporro.it/green-pass-un-gran-pasticcio-che-stronchera-leconomia/>

²⁴ Jiang S, *Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees*. *Nature*. 2020;579(7799):321.

²⁵ Eyal N et al, *Human challenge studies to accelerate coronavirus vaccine licensure*, *J Infect Dis*. 2020; 221(11):1752-6

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.²⁶

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 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”.²⁷ 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

²⁶ 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>).

²⁷ Doshi P, *Will covid-19 vaccine save lives? Current trials aren't designed to tell us.* BMJ. 2020; 371:m4037

candidati al vaccino RNA contro CoViD-19 in individui sani”²⁸, 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.

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.²⁹ 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».³⁰ Perfino la legge Lorenzin del 2017 esonera dall’obbligo vaccinale i bambini precedentemente immunizzati.³¹ Il secondo è una palese contraddizione: da un lato, la positività al sierologico è fra i Criteri di Esclusione del Protocollo di studio clinico,³² per cui **viene escluso dallo studio chi è già immunizzato**, a prescindere da quanto tempo (quindi si considera immunizzato a vita chi ha

²⁸ <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)

²⁹ <http://www.regioni.it/sanita/2021/03/04/ministero-della-salute-circolare-vaccinazione-dei-soggetti-che-hanno-avuto-uninfezione-da-sars-cov-2>

³⁰ <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-12-03/-covid-ippolito-chi-ha-avuto-la-malattia-non-deve-vaccinarsi-10527197/>

³¹ 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.”

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)³³ 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".³⁴ 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 neutralizzanti. Di conseguenza, i test sierologici sono determinanti per verificare la presenza di precedenti infezioni da SARS-CoV-2.³⁵

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.³⁶ Il potenziamento dipendente dall'anticorpo (ADE, *Antibody Dependent Enhancement*) è una grave reazione avversa dovuta ad anticorpi subottimali derivanti da un'infezione precedente.³⁷ L'ADE è molto frequente nelle infezioni da coronavirus.³⁸ 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

³² <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».

³³ <https://www.dgc.gov.it/web/faq.html#pguarite>

³⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=244>

³⁵ <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.abd2223>

³⁶ 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.

³⁷ 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>)

³⁸ Negro F, op. cit. 2020.

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.³⁹ Gli anticorpi prendono di mira un sierotipo di virus, ma ne neutralizzano solo un altro, determinando ADE in quest'ultimo.⁴⁰

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.⁴¹ Gli anticorpi "subottimali", ovvero deboli o poco concentrati, mettono a maggiore rischio di ADE in caso di vaccinazione, come la letteratura medico-scientifica.⁴² 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**

³⁹ Bolgan L, *COVID-19 - il vaccino*. 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.

⁴⁰ Wan Y et al, *Molecular mechanism for antibody-dependent enhancement of coronavirus entry*. J Virol. 2020; 94: e02015-19.

⁴¹ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

⁴² Iwasaki A et al, *The potential danger of suboptimal antibody responses in COVID-19*. Nat Rev Immunol. 2020; 20:339-341.

non significa assenza di memoria immunitaria.⁴³ 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.⁴⁴ 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-2.⁴⁵ Uno studio conferma che il 90% degli abitanti di Stoccolma era immune verso SARS-CoV-2 già 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%).⁴⁶ 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 H1N1.⁴⁷ 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.⁴⁸

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.⁴⁹ 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.

⁴³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34322120/>

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Scheible K et al, *CD8+ T cell immunity to 2009 pandemic and seasonal H1N1 influenza viruses*. *Vaccine*. 2011; 29(11):2159-68.

⁴⁸ Adams NM et al, *Clonal expansion of innate and adaptive lymphocytes*. *Nat Rev Immunol*. 2020; 20:694-707.

⁴⁹ Nelde A et al. *SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition*. *Nat Immunol*. 2021; 22, 74-85.

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». ⁵⁰ 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. ⁵¹ Moltissimi studi confermano l’efficacia dell’immunità naturale indotta dalle cellule B, ⁵² e T, ⁵³ 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». ⁵⁴

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

⁵⁰ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-04186-8>

⁵¹ <https://www.nature.com/articles/s41577-020-00436-4>

⁵² <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/>

⁵³ <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/>

⁵⁴ <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1009842>

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.⁵⁵ 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».⁵⁶ 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.⁵⁷ In particolare, la formazione della memoria dei linfociti T avviene anche dopo una lieve infezione da CoViD-19.⁵⁸

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 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 rationale 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).⁵⁹ 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

⁵⁵ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁵⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.26.21268380v1>

⁵⁷ <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/09/15/natural-immunity-vaccine-mandate/>

⁵⁸ <https://elifesciences.org/articles/63502>

⁵⁹ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/11/22/news/covid-guariti-con-anticorpi-non-vanno-vaccinati-casi-gravi-paolo-gasparini-consiglio-superiore-sanita-29529932>.

vaccinati rispetto ai non vaccinati”.⁶⁰ 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». ⁶¹ La presenza di anticorpi neutralizzanti con titoli sufficientemente elevati, presenti nei guariti da CoViD-19, è l’unico meccanismo in grado di sterilizzare veramente.⁶²

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.⁶³ «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». ⁶⁴ «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». ⁶⁵ «Il numero di linfociti B di memoria specifici per RBD rimane invariato a 6,2 mesi dopo l’infezione». ⁶⁶ **Il CDC ha ammesso che l’immunità naturale da infezioni precedenti è superiore alla sola immunità vaccinale.**⁶⁷

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

⁶⁰ <https://m.youtube.com/watch?v=iv1riHigy1k>

⁶¹ 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.

⁶² <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vim.2021.0054>

⁶³ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁶⁴ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eji.202149535>

⁶⁵ <https://www.nature.com/articles/s41467-021-24377-1>

⁶⁶ <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03207-w>

⁶⁷ https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7104e1.htm?s_cid=mm7104e1_w

temibile malattia». ⁶⁸ Le risposte delle cellule T di memoria che prendono di mira il coronavirus SARS persistono fino almeno a 11 anni dopo l'infezione". ⁶⁹

«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. ⁷⁰ 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

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. ⁷¹

⁶⁸ <https://www.grupposandonato.it/news/2020/novembre/linfociti-t-immunita-coronavirus>

⁶⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X16002589>

⁷⁰ https://www.ansa.it/sicilia/notizie/sanita_sicilia/2021/11/17/covid-in-policlinico-palermo-nuovo-test-risposta-linfociti_00769685-d2cd-41d

⁷¹ <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>

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.⁷² 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.⁷³ «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».⁷⁴ 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».⁷⁵ «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».⁷⁶ «Le IgG anti-S-RBD persistevano nel 96,8% dei soggetti a 14 mesi» nei guariti dall'infezione con SARS-CoV-2.⁷⁷ 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.⁷⁸ «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».⁷⁹ 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 generalmente lievi, sicuramente a causa del sistema immunitario innescato dopo l'infezione primaria.⁸⁰ La protezione contro SARS-CoV-2 dopo l'infezione naturale è paragonabile alle più alte stime disponibili sull'efficacia del vaccino.⁸¹ Uno studio in Israele su oltre 700.000

⁷² <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788894>

⁷³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043841/>

⁷⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268782v1>

⁷⁵ <https://www.nature.com/articles/s41467-021-26479-2>

⁷⁶ [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)

⁷⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521661621001510>

⁷⁸ <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article/doi/10.1093/pubmed/fdab346/6366077>

⁷⁹ <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2780557>

⁸⁰ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2108120>

⁸¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7988582/>

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».⁸² 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 reinfettato. 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**».⁸³ Lo studio di coorte negli Stati Uniti riporta anche che chi aveva avuto la CoViD-19 era protetto al 100% dalla reinfezione.⁸⁴

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.⁸⁵ 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.⁸⁶

L'immunità acquisita in modo naturale si dimostra efficace anche sulla variante delta,⁸⁷ "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".⁸⁸ "L'immunità naturale conferisce una protezione più duratura e più forte

<https://www.cureus.com/articles/72074-e>

⁸² <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>

⁸³ <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)

⁸⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3>

⁸⁵ <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>

⁸⁶ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00063-0>

⁸⁷ 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>

⁸⁸ Lavine JS et al, *Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity*. *Science*. 2021; 371(6530):741-5.

contro le infezioni causate dalla variante delta, rispetto all'immunità indotta da vaccino a due dosi BNT162b2".⁸⁹

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.⁹⁰ La durata dell'immunità da vaccino per SARS-CoV-2 è inferiore ai quattro mesi, qualcuno la stima a due mesi.⁹¹ L'efficacia di questi vaccini diminuisce rapidamente nel tempo.⁹² Quella del vaccino Pfizer si riduce già dopo due mesi e scompare entro i sei.⁹³ 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.⁹⁴ **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",⁹⁵ e lo stesso vale per la proteina M.⁹⁶ Oppure si poteva puntare su un vaccino tradizionale da virus inattivato, sempre che il virus fosse stato

⁸⁹ Gazit S et al, *Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections*. medRxiv 2021.08.24.21262415.

⁹⁰ <https://yourlocalepidemiologist.substack.com/p/pfizer-efficacy-in-israel-vs-uk-which>

⁹¹ 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.

⁹² 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

⁹³ 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.

⁹⁴ Suthar MS et al, *Durability of immune responses to the BNT162b2 mRNA vaccine*. bioRxiv 2021.09.30.462488.

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”⁹⁷ 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.⁹⁸

NON EFFICACIA DI QUESTI VACCINI

Dubbi sull'efficacia di questi vaccini sono sollevati da diversi ricercatori.⁹⁹ 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”.¹⁰⁰ 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.¹⁰¹ Allora, i “benefici noti”?

All'inizio della sperimentazione, OMS, FDA e EMA hanno stabilito che questi vaccini dovessero avere un'efficacia minima del 50%.¹⁰² 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

⁹⁵ Mangge H et al, *Immune Responses against SARS-CoV-2—Questions and Experiences*. *Biomedicines* 2021; 9(10):1342

⁹⁶ 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

⁹⁷ Gao Q et al, *Rapid development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2*. *Science.* 2020; 369:77-81.

⁹⁸ Citro Della Riva M, cit. 2022.

⁹⁹ Olliaro P et al, *COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness - the elephant (not) in the room*. *The Lancet.* 2021; 2(7):279-280.

¹⁰⁰ Doshi P, *Covid-19 vaccine trial protocols released*. *BMJ.* 2020; 371:m4058

¹⁰¹ Doshi P, *Will covid-19 vaccine save lives? Current trials aren't designed to tell us*. *BMJ.* 2020; 371:m4037

¹⁰² <https://www.fda.gov/media/142749/download>

del 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*.¹⁰³ L’unica fonte ad averlo segnalato è la revisione dell’FDA.¹⁰⁴ Le puntuali affermazioni di Doshi sono state accolte quasi del tutto, perfino da chi le ha contestate.¹⁰⁵

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*,¹⁰⁶ è finanziato da BioNTech e da Pfizer. Così come quello sulla sicurezza ed efficacia di mRNA-1273, pubblicato a febbraio 2021 sulla stessa rivista,¹⁰⁷ 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*.¹⁰⁸ Lo studio di coorte sulla campagna vaccinale in Israele¹⁰⁹ ha conflitti d’interessi con la *Bill & Melinda Gates Foundation*.¹¹⁰ Così anche lo studio¹¹¹ sull’attività neutralizzante di Pfizer e conseguente riduzione della trasmissione virale.¹¹² Lo studio israeliano che sostiene che i

¹⁰³ <https://blog.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data>

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ <https://scienzainrete.it/articolo/peter-doshi-non-ha-tutti-torti-ma-qualcuno-forse-si/roberta-villa-roberto-buzzetti/2021-01>

¹⁰⁶ Polack FP et al, *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine*, N Engl J Med. 2020; 383:2603-15.

¹⁰⁷ Baden LR et al, *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*, N Engl J Med. 2021; 384:403-16.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ Dagan N et al, *BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting*. N Engl J Med. 2021; 384:1412-23

¹¹⁰ *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>)

¹¹¹ *Neutralizing activity of BNT162b2-elicited serum*. N Engl J Med. 2021; 384:1466-8

¹¹² 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->

vaccinati Pfizer s'infettano di meno ha conflitti d'interessi con l'industria (Pfizer, Merck, Sanofi, Squibb), con NIH e con NIAID.¹¹³ 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*.¹¹⁴

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.¹¹⁵ Alcuni soggetti possono *non* produrre anticorpi.¹¹⁶ La mortalità è centinaia di volte maggiore nei giovani vaccinati rispetto agli infettati non vaccinati.¹¹⁷ 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.¹¹⁸ 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.¹¹⁹

Un'inchiesta negli ospedali di Israele ha documentato che quasi il 100% dei ricoverati sono vaccinati.¹²⁰ 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.¹²¹ Waterford è la contea irlandese col più alto tasso d'infezioni da SARS-CoV-2, pur avendo il 99,7% di

[million-from-gates-foundation](#)). Gli altri autori appartengono alla Pfizer o alla BioNTech.

¹¹³ 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>

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34386791/>

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ <https://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/297051>

¹¹⁸ Andeweg S et al, cit. 2021.

¹¹⁹ <https://www.adhocnews.it/israele-preoccupante-aumento-dei-ricoveri-tra-i-pienamente-vaccinati/>

¹²⁰ <https://visionetv.it/dea-in-israele-quasi-tutti-i-ricoverati-erano-stati-vaccinati/>

¹²¹ 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>

vaccinati.¹²² 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-19.¹²³ Gli anticorpi neutralizzanti dopo la vaccinazione sono inferiori a quelli dei controlli non infetti.¹²⁴ 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.¹²⁵ Nel caso della variante delta, gli anticorpi neutralizzanti hanno una ridotta affinità per la proteina spike.¹²⁶ Nessuna differenza nella carica virale fra vaccinati e non vaccinati infettati dalla variante delta.¹²⁷ Scarsissima risposta ai vaccini in chi ha la variante delta.¹²⁸ In quasi settanta contee degli Stati Uniti i casi di CoViD-19 aumentano nonostante le vaccinazioni.¹²⁹

Sul *British Medical Journal*, è stata pubblicata la denuncia di Paul Thacker sui dati falsificati da Pfizer durante la sperimentazione.¹³⁰ 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.¹³¹ 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

¹²² <https://www.irishtimes.com/news/health/waterford-city-district-has-state-s-highest-rate-of-covid-19-infections-1.4707344>

¹²³ <https://www.secondopianonews.it/attualita/2021/11/22/gibilterra-centro-piu-vaccinato-al-mondo-annulla-il-natale-troppi-contagi.html>

¹²⁴ Chau N et al, *Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam*. Preprint on The Lancet, 2021, oct. 11.

¹²⁵ 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.

¹²⁶ 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.

¹²⁷ 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.

¹²⁸ 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.

¹²⁹ 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.

¹³⁰ <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>

¹³¹ Azzi L et al, *Mucosal immune response in BNT162b2 COVID-19 vaccine recipients*. *EBioMedicine*. 2021; 75:103788. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103788.

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.¹³² 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 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."¹³³ "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!"¹³⁴ «I vaccini non impediscono i contagi».¹³⁵

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.¹³⁶ Il nuovo ceppo (omicron) ha subito un gran numero di mutazioni ed è più capace di eludere i vaccini rispetto al delta,¹³⁷ tanto che la maggior parte delle infezioni di omicron

¹³² Liu L et al, *Stricking antibody evasion manifested by the Omicron variant of SARS-CoV-2*. Nature. 2021. doi.org/10.1038/d41586-021-03826-3.

¹³³ https://www.lifesitenews.com/opinion/the-original-antigenic-sin-how-the-vaccines-might-be-making-covid-19-worse/?utm_source=telegram

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/11/22/news/covid-guariti-con-anticorpi-non-vanno-vaccinati-casi-gravi-paolo-gasparini-consiglio-superiore-sanita-29529932/>

¹³⁶ <https://www.ilsole24ore.com/art/terza-dose-perche-vaccino-non-e-stato-aggiornato-varianti-attuali-ma-sara-AES6XDr>

¹³⁷ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2021.2017757>

analizzate dal CDC¹³⁸ riguarda chi aveva completato il ciclo di vaccinazione.¹³⁹ A gennaio 2022, l'EMA ha frenato sulla corsa all'aggiornamento dei vaccini contro le nuove varianti, essendo necessari più dati sulla loro efficacia.¹⁴⁰ 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 reclamano al più presto.¹⁴¹ 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». ¹⁴² 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".¹⁴³ Quindi non sono immuni.

Il 18 febbraio, l'AIFA ha dato il via libera sulla "quarta dose" per i soggetti gravemente immunodepressi¹⁴⁴ 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». ¹⁴⁵

¹³⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675659/>

¹³⁹ <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-pfizer-e-moderna-corsa-produrre-vaccino-contro-omicron-100-giorni-AEvaEc2>

¹⁴⁰ <https://europa.today.it/attualita/ema-booster-rischi-risposta-immunitaria.html>

¹⁴¹ <https://www.cnn.com/2022/01/10/covid-vaccine-pfizer-ceo-says-omicron-vaccine-will-be-ready-in-march.html>

¹⁴² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/04/22G00014/sg>

¹⁴³ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf

¹⁴⁴ 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

¹⁴⁵ https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2022/01/11/loms-servono-vaccini-nuovi-non-bastano-booster-con-attuali-_52e6881e-c587-4f8e-bfc4

Marco Cavaleri dell'EMA ha a sua volta ammesso: «Non possiamo continuare con booster ogni 3-4 mesi.¹⁴⁶

Vaccinazioni ripetute a brevi intervalli non sono una strategia sostenibile a lungo termine.¹⁴⁷ Siamo abbastanza preoccupati per una strategia che preveda vaccinazioni ripetute in un lasso di tempo breve.¹⁴⁸ 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».¹⁴⁹ L'autoimmunità sistemica sembra l'inevitabile conseguenza dell'eccessiva stimolazione del sistema immunitario mediante ripetute immunizzazioni.¹⁵⁰ 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.¹⁵¹ 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».¹⁵²

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».¹⁵³

¹⁴⁶ <https://headtopics.com/it/l-ema-avvisa-non-possiamo-continuare-con-booster-ogni-3-4-mesi-23364276>

¹⁴⁷ 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

¹⁴⁸ <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-oggi-casa-bianca-test-covid-gratis-ordinabili-online-entro-fine-mese-AETn8K7>

¹⁴⁹ https://www.youtube.com/watch?v=c_bdtDczwK0&t=225s
<https://europa.today.it/attualita/ema-booster-rischi-risposta-immunitaria.html>

¹⁵⁰ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0008382>

¹⁵¹ <https://www.timesofisrael.com/israeli-trial-worlds-first-finds-4th-dose-not-good-enough-against-omicron/>

¹⁵² <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1?s=08>

¹⁵³ 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:

Il rischio di trasmissione domestica nelle famiglie dei vaccinati sembra solo ridotto, non eliminato.¹⁵⁴ “Individui vaccinati che vengono infettati dalla variante Delta possono trasmettere SARS-CoV-2 ad altri”.¹⁵⁵ Più di un quarto dei pazienti completamente vaccinati ricoverati in ospedale con SARS-CoV-2 erano gravemente o criticamente malati di CoViD-19.¹⁵⁶ Ampia e rapida diffusione nosocomiale di CoViD-19 fra i vaccinati in Israele.¹⁵⁷ Epidemia di variante delta in quattro strutture sanitarie in Finlandia nonostante la copertura vaccinale.¹⁵⁸ In Italia, medici e paramedici vaccinati negli ospedali e nelle RSA hanno acceso focolai d’infezione in diverse strutture fin dalle prime vaccinazioni.¹⁵⁹ Jonathan Van-Tam, decano della Sanità britannica, conferma che chi è stato immunizzato può trasmettere l’infezione.¹⁶⁰ Anthony Fauci ha riconosciuto che la variante delta può contagiare i vaccinati, che a loro volta possono trasmettere il virus ad altri.¹⁶¹ I CDC statunitensi confermano che la variante delta può essere trasmessa anche dai vaccinati, che sono quindi invitati a indossare la mascherina al chiuso.¹⁶²

Della contagiosità tratta perfino il Protocollo Clinico della sperimentazione vaccinale condotta da Pfizer:¹⁶³ donne che nella sperimentazione hanno

Lalvani A et al, *Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals - Authors' reply*. Lancet Infect Dis. 2022; 22(1):18-19.

¹⁵⁴ 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.

¹⁵⁵ Riemersma K. K. et al., cit. 2021.

¹⁵⁶ Juthani P. et al., *Hospitalisation among vaccine breakthrough covid-19 infections*. Lancet. 2021; 21(11):1485-6.

¹⁵⁷ [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](#)

¹⁵⁸ [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.](#)

¹⁵⁹ <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-adelfia-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>

¹⁶⁰ 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.*

¹⁶¹ https://www.corriere.it/salute/21_luglio_29/vaccini-contagi-variante-delta-mascherine-fauci-bbda712-f042-11eb-9f04-73cbb9ab1451.s.html

¹⁶² https://www.repubblica.it/esteri/2021/07/31/news/covid_rischio_di_contagiosita_anche_per_i_vaccinati_312441936/

¹⁶³ https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020_pdf

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*.¹⁶⁴ Lo stesso per l'aborto e per l'allattamento¹⁶⁵, o per esposizione professionale.¹⁶⁶ Lo stesso per Moderna: i vaccinati possono trasmettere il virus.¹⁶⁷

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».¹⁶⁸ Anche Christian Perronne, professore di Infettivologia all'Università Versailles-St Quentin di 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.¹⁶⁹

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-19.¹⁷⁰ Vedasi l'articolo "Vaccinare le persone che hanno avuto il CoViD-19: perché l'immunità naturale non conta negli Stati Uniti"¹⁷¹ e la risposta a tale articolo.¹⁷²

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 reinfezionate 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".¹⁷³

¹⁶⁴ *Ivi.* Sez. 8.3.5.1

¹⁶⁵ *Ivi.* Sez. 8.3.5.2

¹⁶⁶ *Ivi.* Sez. 8.3.5.3

¹⁶⁷ <https://www.raiplay.it/video/2021/01/Report-36ecb482-6064-4b6e-9e30-a0474334ff7f-html>.

¹⁶⁸ [Piazzapulita - Puntata del 01/04/2021 \(visionabile su www.la7.it\)](#)

¹⁶⁹ <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/>

¹⁷⁰ [FOIA: CDC ammette nessun record di persona non vaccinata che diffonde COVID dopo essersi ripresa da COVID - SWFI \(swfinstitute.org\)](#)

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

¹⁷² <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2101/rr-0>

¹⁷³ 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>.

Il rischio di trasmissione domestica nelle famiglie dei vaccinati sembra solo ridotto, non eliminato.¹⁷⁴ Più di un quarto dei pazienti completamente vaccinati ricoverati in ospedale con SARS-CoV-2 erano gravemente o criticamente malati di CoViD-19.¹⁷⁵ Ampia e rapida diffusione nosocomiale di CoViD-19 fra i vaccinati in Israele.¹⁷⁶ Epidemia di variante delta in quattro strutture sanitarie in Finlandia nonostante la copertura vaccinale.¹⁷⁷

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, 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”.¹⁷⁸ Non sono i non vaccinati a protrarre 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,¹⁷⁹ 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.¹⁸⁰

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

¹⁷⁴ Harris RJ et al, *Effect of Vaccination on Household Transmission of SARS-CoV-2 in England*. N Engl J Med 2021; 385:759-760.

¹⁷⁵ Juthani P et al, *Hospitalisation among vaccine breakthrough covid-19 infections*. Lancet. 2021; 21(11):1485-6.

¹⁷⁶ [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

¹⁷⁷ [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.

¹⁷⁸ Kampf G., *COVID-19: Stigmatising the unvaccinated is not justified*. Lancet. 2021; 398(1°314):1871.

¹⁷⁹ <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org>

¹⁸⁰ https://37b32f5a-6ed9-4d6d-b3e1-5ec648ad9ed9.filesusr.com/ugd/28d8fe_266039aeb27a4465988c37adec9cd1dc_pdf

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.¹⁸¹

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 has been authorized for emergency use or granted conditional marketing approval.*¹⁸² 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.¹⁸³

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.¹⁸⁴ 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.¹⁸⁵

¹⁸¹ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

¹⁸² <https://investors.biontech.de/node/11931/html>

¹⁸³ <https://scenarieconomici.it/pfizer-potremmo-non-essere-in-grado-di-dimostrare-che-il-vaccino-covid-e-efficace/>

¹⁸⁴

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

¹⁸⁵ <https://www.fda.gov/media/152176/download>

A conferma che questi vaccini non prevenivano 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 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).¹⁸⁶

PERICOLOSITÀ VACCINALE

Molte volte il vaccinato sviluppa subito la malattia, come uno studio recente ha confermato: il vaccino ripropone la stessa sintomatologia della CoViD-19.¹⁸⁷

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 NFκB (tempesta citochinica) e diminuisce le risposte all'interferone 1 rendendo più debole il sistema immunitario.¹⁸⁸

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*),¹⁸⁹ tipico dei virus a RNA a catena singola quando si tenta di vaccinarli.¹⁹⁰ C'è un reale, innegabile, pericolo di ADE per i vaccini SARS-CoV-

¹⁸⁶ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf

¹⁸⁷ Liu J. *et al.*, *Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines*. Cell Discov. 2021; 7:99

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ 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.

¹⁹⁰ 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.

2.¹⁹¹ 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”.¹⁹²

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.¹⁹³ 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.¹⁹⁴

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.

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.

¹⁹¹ Lee W. S. *et al.*, *op. cit.*, 2020.

¹⁹² <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>

¹⁹³ <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>

¹⁹⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.20.21255670v1>

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 sintomi di potenziale COVID-19». ¹⁹⁵ 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) ¹⁹⁶ a configurare la cronicizzazione (*long covid*) anche nel 50% degli infettati. ¹⁹⁷ 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: ¹⁹⁸ 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. ¹⁹⁹

L'interleuchina 17 gioca un ruolo nell'ADE e nelle complicanze autoimmuni da vaccino. ²⁰⁰ Almeno il 50% delle morti dopo la seconda dose sembrano da reazione autoimmune. ²⁰¹ Tutti i tipi di vaccini per SARS-CoV-2 possono indurre

¹⁹⁵ link cit, https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf. Pagina 29.

¹⁹⁶ 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](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1139035/v1)

¹⁹⁷ 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.

¹⁹⁸ 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.

¹⁹⁹ 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.

²⁰⁰ Hotez P. *et al.*, op. cit., 2020.

pericolose vasculiti autoimmuni da IgA.²⁰² Le vasculiti sono confermate da altri ricercatori che segnalano anche fenomeni sistemici autoimmuni e auto-infiammatori.²⁰³ L'autoimmunità da adiuvanti presenti in questi vaccini induce tiroiditi.²⁰⁴

La letteratura riporta correlazioni fra questi vaccini e malattie autoimmuni (epatiti, trombosi, trombocitopenia, diabete, alopecia, nefropatie, tiroiditi, neuropatie...)²⁰⁵ Pertanto, "i medici dovrebbero essere cauti".²⁰⁶

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.²⁰⁷ Dato che il genoma di SARS-CoV-2 può integrarsi nel DNA umano, comportandosi come

²⁰¹ <https://corrierequotidiano.it/cronaca/morti-da-vaccino-patologi-il-50-dopo-la-seconda-dose/>

²⁰² Badier L. *et al.*, *IgA vasculitis in adult patient following vaccination by ChadOx1 nCoV-19*. *Autoimmunity Rev.* 2021; 20(11):102951

²⁰³ Hočevar A., Tomšic 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

²⁰⁴ 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.

²⁰⁵ [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/NEJMcibr2113694>
<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>

²⁰⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781161/>

²⁰⁷ <https://www.corvelva.it/speciale-corvelva/vaccinegate/prima-pubblicazione-peer-review-sui-vaccini-mprv-priorix-tetra-e-mmrvaxpro.html>

un retrovirus,²⁰⁸ potrebbe accadere anche con l'mRNA vaccinale. A quel punto, la retro-trascrizione indurrebbe malattie croniche nel lungo periodo.²⁰⁹

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.²¹⁰ 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.²¹¹ 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.²¹²

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.²¹³

Un altro pericolo è l'interferenza con virus già presenti nel corpo che il vaccino potrebbe riattivare scatenando altre patologie.²¹⁴ 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.²¹⁵ È stato scoperto che, quando si riattiva,²¹⁶ l'EBV aumenta l'espressione degli ACE-2 nelle cellule epiteliali favorendo l'ingresso del

²⁰⁸ 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.

²⁰⁹ 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.

²¹⁰ Geni in grado di muoversi nel genoma passando per un intermedio a RNA. Potrebbero rappresentare una forza guida per l'evoluzione dei genomi.

²¹¹ Zhang L. *et al.*, op. cit., PNAS. 2021.

²¹² [CIMB | Free Full-Text | Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line | HTML \(www.mdpi.com.translate.google\)](https://www.mdpi.com.translate.google)

²¹³ . 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.

²¹⁴ 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-//](https://web.archive.org/web/20210805220335/https://www.washingtontimes.com/news/2021/aug/5/biden-teams-misguided-and-deadly-covid-19-vaccine-/)

SARS-CoV-2; pertanto, inibire la replicazione dell'EBV con appropriati antivirali può ridurre la suscettibilità a SARS-CoV-2.²¹⁷ 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.²¹⁸ 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.²¹⁹

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)²²⁰ per renderla più immunogena,²²¹ rimanendo alto il rischio di ADE.²²² Separata dal virus, la spike può comportarsi come un

²¹⁵ Rubin R., *As Their Numbers Grow, COVID-19 "Long Haulers" Stump Experts*. JAMA. 2020; 324(14):1381-3.

²¹⁶ EBV infetta e persiste nel >90% degli esseri umani adulti.

²¹⁷ 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.

²¹⁸ 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».

²¹⁹ <https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3>

²²⁰ Modificando così la *spike*, Barney S. Graham e Jason McLellan hanno cercato di eliminare il sito di clivaggio che facilita l'ingresso nelle cellule.

²²¹ Corbett K. S. *et al.*, *SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness*. Nature. 2020; 586:567-71, op. cit.

²²² 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.

prione, una proteina mal ripiegata.²²³ Ecco un altro grave pericolo di questi vaccini: possono favorire la formazioni di prioni, quindi di Alzheimer o altre neuropatie degenerative, ma anche diabete e patologie immunitarie.²²⁴

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*.²²⁵ 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.²²⁶ 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.²²⁷

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 cervello**²²⁸ e il sistema nervoso periferico (alterazioni del gusto e dell'olfatto ma, soprattutto, aumentato rischio della sindrome demielinizzante di Guillain-Barré, paralisi di Bell...)²²⁹.

Sindromi di Guillain-Barré in soggetti vaccinati.²³⁰ 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.²³¹ Malattie

²²³ Il prione (acronimo per "particella infettiva proteica") è una proteina del capsid 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.

²²⁴ Classen J. B., *COVID-19 RNA based vaccines and the risk of prion disease*. Microbiology & Infectious Disease. 2021; 5 (1):1-3.

²²⁵ 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.

²²⁶ Suzuki Y. J. *et al.*, *SARS-CoV-2 spike protein-mediated cell signaling in lung vascular cells*. Vascul Pharmacol. 2021; 137: 106823.

²²⁷ 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.

²²⁸ Buždygan 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.

²²⁹ Filosto M. *et al.*, *Guillain-Barré syndrome and COVID-19: an observational multicentre study from two Italian hotspot regions*. BMJ. 2020; 92(7):751.

²³⁰ 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.

²³¹ Finsterer J., *Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccinations*. Acta Neurol Scand. 2021. DOI: 10.1111/ane.13550.

neurologiche autoimmuni (anche demielinizzanti) segnalate dopo la vaccinazione.²³² Riattivazioni di sclerosi multipla dopo vaccinazione per SARS-CoV-2.²³³ Molti hanno osservato un rapido cambiamento di carattere in alcuni soggetti inoculati, possibile effetto di questi sieri sulla psiche umana.

Cardiotossicità della *spike*. La *spike* è cardiotossica, potendo causare aritmie, miocarditi, fibrillazioni atriali, infarto miocardico, insufficienza cardiaca.²³⁴

Le miocarditi potrebbero essere correlate anche all'anomala migrazione dei linfociti T8 e alla loro azione citotossica.²³⁵ Miocarditi post-vaccinali da reazione autoimmunitaria.²³⁶ La *spike* può provocare tromboembolie²³⁷ e colpire il microcircolo con microtrombosi e danni agli endoteli.²³⁸ Coaguli e trombi su base autoimmune in molti vaccinati in Israele.²³⁹ In Israele si segnala un elevato numero di miocarditi nei giovani vaccinati con Pfizer.²⁴⁰ Miocardite con fibrillazione atriale e morte dopo pochi giorni dal vaccino.²⁴¹

²³² 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

²³³ 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

²³⁴ 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.

²³⁵ 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.

²³⁶ Murphy WJ, Longo DL, op. cit. 2022.

²³⁷ Giardini V. *et al.*, *Increased sFLT-1/PIGF ratio in COVID-19: A novel link to angiotensin II-mediated endothelial dysfunction*. AJH. 2020; 95(8):25882.

²³⁸ 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

²³⁹ link citato, <https://visionetv.it/dea-in-israele-quasi-tutti-i-ricoverati-erano-stati-vaccinati/>

²⁴⁰ <https://it.eureporter.co/health/coronavirus/2021/06/04/israel-sees-probable-link-between-pfizer-vaccine-and-myocarditis-cases/>

²⁴¹ 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

Miocarditi in bambini vaccinati con Pfizer.²⁴² Miocarditi in soggetti giovani, pochi giorni dopo la vaccinazione.²⁴³ Miocarditi in militari statunitensi vaccinati.²⁴⁴ Mio-pericarditi in giovani dopo vaccinazione con Pfizer.²⁴⁵ C'è correlazione fra miocarditi, pericarditi (soprattutto nei giovani) e i vaccini a mRNA (l'articolo che lo dimostra è stato subito ritirato).²⁴⁶ *Spike* circolanti sono presenti nel plasma dei vaccinati con mRNA-1273 già dopo un giorno.²⁴⁷

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.²⁴⁸ «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».²⁴⁹

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.²⁵⁰ 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

Sci. 2021;36(40):e286.

²⁴² Dionne A. *et al.*, *Association of Myocarditis with BNT162b2 Messenger RNA COVID-19 Vaccine in a Case Series of Children*. JAMA Cardiol. 2021:e213471

²⁴³ Kim H. W. *et al.*, *Patients with Acute Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination*. JAMA Cardiol. 2021; 6(10):1196-1201.

²⁴⁴ 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

²⁴⁵ 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.

²⁴⁶ Kafil T., Crean A. *et al.*, *mRNA COVID-19 vaccination and development of CMR-confirmed myopericarditis*. Doi.org/10.1101/2021.09.13.21262182.

²⁴⁷ 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.

²⁴⁸ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346>

²⁴⁹ <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fvl-2021-0280>

²⁵⁰ <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/>

contengono la *spike* vaccinale".²⁵¹ 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*).²⁵² Quindi, è dimostrato che **le spike vaccinali circolano nell'organismo, veicolate dagli esosomi, e possono produrre le reazioni avverse segnalate.**

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".²⁵³ 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.²⁵⁴ È noto, fin dalla

²⁵¹ 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>.

²⁵² *Ibid.*

²⁵³ 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

²⁵⁴ Siddiqi H. K. *et al.*, *COVID-19 - A vascular disease*. Trends Cardiovasc Med. 2021; 31(1):1-5.

prima SARS, che linfociti T effettori possono attraversare le pareti infiammate dei vasi,²⁵⁵ e per il SARS-CoV-2 vale lo stesso, quindi è importante proteggere gli endoteli.²⁵⁶ 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 sindromi coronariche acute nei vaccinati.²⁵⁷ Trombosi con trombocitopenia dopo vaccino vettoriale.²⁵⁸ Trombosi venosa profonda dopo vaccino Pfizer.²⁵⁹ Tromboembolie venose dopo vaccinazione con Moderna.²⁶⁰ Tromboembolia venosa e coagulazione disseminata dopo vaccino vettoriale.²⁶¹ Aumentato rischio di trombocitopenia e trombosi venosa dopo vaccino vettoriale e di trombosi arteriosa dopo Pfizer.²⁶² La viscosità nel sangue (rischio coaguli) è aumentata nei soggetti vaccinati anti CoViD-19, probabilmente per un processo immunopatologico.²⁶³ 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.²⁶⁴ 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.²⁶⁵ Alla *Old Dominion University* di Norfolk in

²⁵⁵ 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.

²⁵⁶ 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.

²⁵⁷ 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.

²⁵⁸ Sangli S. *et al.*, *Thrombosis with Thrombocytopenia After the Messenger RNA-1273 Vaccine*. Ann Intern Med. 2021: L21-0244.

²⁵⁹ 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.

²⁶⁰ 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

²⁶¹ 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.

²⁶² 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.

²⁶³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8216419/#!po=31.8182>

²⁶⁴ 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.

²⁶⁵ *Ibid.*

Virginia, i topi che hanno inalato la subunità S1 della *spike* hanno sviluppato una grave tempesta citochinica.²⁶⁶

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-2,²⁶⁷ o altri recettori (come la neuropilina-1) anche a livello cerebrale.²⁶⁸ Le *spike* troncate possono costituire in vivo il 26% di quelle sintetizzate.²⁶⁹ 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.²⁷⁰

²⁶⁶ 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.

²⁶⁷ 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.

²⁶⁸ Davies J. *et al.*, *Neuropilin-1 as a new potential SARS-CoV-2 infection mediator implicated in the neurologic features and central nervous system involvement of COVID-19.* 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>.

²⁶⁹ D'Alessandro A., *High rate of SARS-CoV2 nonsense spike genomes coding for prematurely truncated proteins.* arXiv:2105.10074[q-bio.GN]

²⁷⁰ 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*

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

Si è visto che la *spike* (in particolare la sua subunità S1) attiva le citochine pro-infiammatorie stimolando NFκB, NLRP3 e MAPK p38. L'attività sregolata di NFκB può attivare i geni che causano la sopravvivenza delle cellule tumorali e quelli che facilitano le metastasi.²⁷¹ L'inflammasoma 3 contenente pirina (NLRP3) viene attivato dalla viroporina di tutti i coronavirus²⁷² e ha dimostrato di poter promuovere lo sviluppo di alcuni tumori,²⁷³ la loro progressione e le metastasi,²⁷⁴ anche se in certi casi sembra avere un ruolo anti-oncogenico.²⁷⁵ 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.*²⁷⁶ 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.²⁷⁷ 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.²⁷⁸ L'iperattivazione della coagulazione del sangue è associata a una più rapida progressione del tumore²⁷⁹ e la *spike* induce ipercoagulazione.

Inhibition by Dexamethasone. Inflammation. 2021; 44:1865-77.

²⁷¹ Vlahopoulos S. A., *Aberrant control of NF-κB in cancer permits transcriptional and phenotypic plasticity, to curtail dependence on host tissue: molecular mode.* Cancer Biology & Medicine. 2017; 14 (3): 254-70.

²⁷² [NLRP3 NLR family pyrin domain containing 3 \[Homo sapiens \(human\)\] - Gene - NCBI \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/114548), in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/114548>

²⁷³ Kan Z. *et al.*, *Diverse somatic mutation patterns and pathway alterations in human cancers.* Nature. 2010; 466:869-73. Cfr. Hamarsheh S. *et al.*, *Oncogenic KrasG12D causes myeloproliferation via NLRP3 inflammasome activation.* Nat Commun. 2020; 11:1659.

²⁷⁴ 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.*, *S1PR1 on tumor-associated macrophages promotes lymphangiogenesis and metastasis via NLRP3/IL-1β.* J Exp Med. 2017; 214:2695-713.

²⁷⁵ Hamarsheh S., Zeiser R., *NLRP3 Inflammasome Activation in Cancer: A Double-Edged Sword.* Front. Immunol. 2020; 11:1444.

²⁷⁶ Yuan J. *et al.*, *The MAPK and AMPK signalings: interplay and implication in targeted cancer therapy.* J Hematol Oncol. 2020; 13:113.

²⁷⁷ Danckwardt S. *et al.*, *p38 MAPK controls prothrombin expression by regulated RNA 3' end processing.* Molecul Cell. 2011; 41 (3):298-310.

²⁷⁸ Comunicazione personale di Franco Trinca a Massimo Citro.

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 slatentizzare 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 nel tempo rimane coerente e i bassi livelli nei vaccinati clinicamente vulnerabili con ChAdOx1 a 70 giorni o più potrebbero essere motivo di preoccupazione».²⁸⁰

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.²⁸¹ 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.²⁸² Nel Regno Unito sono stati segnalati migliaia di casi di alterazioni del ciclo mestruale, emorragie, aborti spontanei,²⁸³ con 571 neonati morti durante l'allattamento, 675 aborti in madri vaccinate negli Stati Uniti.²⁸⁴ 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.²⁸⁵

²⁷⁹ 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.

²⁸⁰ [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)

²⁸¹ [Microsoft Word - Interview mit Prof. Hockertz-Final.docx \(christen-im-widerstand.de\)](#)

²⁸² <https://www.globalresearch.ca/human-bomb-effects-mrna-vaccination-unvaccinated-people/5745424>

²⁸³ *Ibid.*

²⁸⁴ <https://twitter.com/ChanceGardiner/status/1443701760833511426?s=20>

²⁸⁵ <https://coronanews123.wordpress.com/2021/12/24/first-systematic-vaccine-death-autopsies-show-immune-systems-attacking-own-organs/>

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».²⁸⁶ 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.

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".²⁸⁷ Il 99,995% dei bambini e adolescenti positivi a SARS-CoV-2 sono sopravvissuti.²⁸⁸ «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,²⁸⁹ 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".²⁹⁰ 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

²⁸⁶ <https://www.appaltiecontratti.it/2022/01/31/relazione-tecnica-al-dl-ristori-ter/>

²⁸⁷ https://www.lifesitenews.com/opinion/the-original-antigenic-sin-how-the-vaccines-might-be-making-covid-19-worse/?utm_source=telegram

²⁸⁸ 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

²⁸⁹ <https://www.iltempo.it/attualita/2021/08/23/news/francesco-vaia-terza-dose-inutile-vaccino-covid-variante-delta-sfaceli-anticorpi-campagna-vaccinale-28399298/>

²⁹⁰ https://www.adnkronos.com/vaccino-5-11-anni-vaia-sui-bambini-sani-non-vedo-la-necessita_4hy5e71RHmTcUDZivUpcZz

altri vaccini dell'ultimo decennio.²⁹¹ 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).²⁹²

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 Pfizer²⁹³ 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 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 termine²⁹⁴ di miocarditi e pericarditi post-vaccinali». ²⁹⁵ 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)²⁹⁶ 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». ²⁹⁷ 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

²⁹¹ <https://www.orazero.org/crolla-il-castello-di-carte-covid-il-gruppo-di-esperti-sui-vaccini-della-fda-si-schiera-contro-i-vaccini/>

²⁹² <https://it.insideover.com/scienza/ecco-la-strategia-del-regno-unito-sui-vaccini-ai-bambini.html?>

²⁹³ Walter E. B. et al., *Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age*. DOI: 10.1056/NEJMoa2116298.

²⁹⁴ Kostoff R. N. et al., *Why are we vaccinating children against COVID-19?* Toxicol Rep. 2021; 8:1665-84.

²⁹⁵ <https://www.fda.gov/media/153409/download>

²⁹⁶ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

²⁹⁷ <https://www.fda.gov/media/134922/download>

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.²⁹⁸ 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».²⁹⁹ 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 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.³⁰⁰

Ad agosto 2021, EudraVigilance riportava 1.960.607 reazioni avverse e 20.595 morti,³⁰¹ che ai primi di ottobre avevano superato i due milioni e mezzo di reazioni avverse e 27.000 morti nella sola Unione Europea.³⁰² 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.³⁰³ Nelle nazioni europee, nel 2021, c'è stato un vertiginoso aumento dei

²⁹⁸ <https://rebrand.ly/280f19>

²⁹⁹ <https://rebrand.ly/pal-677547>

³⁰⁰ <https://www.ocregister.com/2021/01/26/health-care-worker-dies-after-second-dose-of-covid-vaccine-investigations-underway/>

³⁰¹ <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/>

³⁰² <https://www.vocidallastrada.org/2021/10/eudravigilance-27247-morti-2563768.html>

³⁰³ https://publichealthscotland.scot/media/9994/21-11-03-covid19-publication_report.pdf

decessi nella fascia di età fra 15 e 44 anni,³⁰⁴ 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.³⁰⁵ A pagina 30 c'è un'appendice di nove pagine che riporta tutti gli effetti avversi riscontrati, praticamente l'intera patologia umana.³⁰⁶ Pare che questi vaccini uccidano circa il 3% dei vaccinati,³⁰⁷ mortalità superiore a quella della malattia.

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.³⁰⁸

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,³⁰⁹ 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,³¹⁰ 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,³¹¹ 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».³¹² È così anche per EudraVigilance.

³⁰⁴ <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

³⁰⁵ <https://www.marcotosatti.com/2021/12/03/pistola-fumante-un-documento-della-pfizer-sapeva-che-il-siero-poteva-uccidere/>

³⁰⁶ <https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-post-marketing-experience.pdf>

³⁰⁷ <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/>

³⁰⁸ <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>

³⁰⁹ <https://www.adrreports.eu/it/index.html>

³¹⁰ https://www.ema.europa.eu/en/documents/covid-19-vaccine-safety-update/covid-19-vaccines-safety-update-20-january-2022_en.pdf

³¹¹ <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>

³¹² <https://vaers.hhs.gov/data/dataguide.html>

Nel rapporto annuale AIFA sulla sicurezza dei vaccini anti CoViD-19 (27/12/2020-26/12/2021)³¹³ 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 aumento del rischio di miocardite nei 28 giorni successivi il vaccino.³¹⁴ 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",³¹⁵ 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 trombosi 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

³¹³ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_annuale_su_sicurezza_vaccini_%20anti-COVID-19.pdf

³¹⁴ 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>.

³¹⁵ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241056/2022.02.09_presentazione_Pasquale_Mar chione_Rapporto_Vaccini_COVID-19.pdf

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.³¹⁶ Centinaia di segnalazioni di vaccinate in gravidanza con aborti spontanei, bambini nati morti o pretermine o più piccoli o con anomalie congenite maggiori.³¹⁷ 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.³¹⁸ Sindrome di Guillain-Barrè, miocarditi e pericarditi post-vaccinali.³¹⁹

Per l'AIFA, gli eventi avversi vengono classificati come "correlabili" solo quando la vaccinazione è l'unica spiegazione possibile, mentre sarebbero "non correlabili" quando ci sono altre cause pregresse,³²⁰ 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.³²¹ Il Regolamento (CE) 507/2006 riporta che: «È importante rafforzare la farmacovigilanza sui medicinali che hanno ricevuto un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata»,³²² 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)³²³ e la totale assenza di

³¹⁶ 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>

³¹⁷ Shimabukuro TT et al. *CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons.*

³¹⁸ <https://www.dire.it/11-02-2022/707015-vaccino-covid-e-ciclo-mestruale-irregolare-lema-avvia-unindagine/>

³¹⁹ 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.

³²⁰ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241056/2022.02.09_presentazione_Pasquale_Marchione_Rapporto_Vaccini_COVID-19.pdf

³²¹ <https://sfero.me/article/nesso-causa-vaccinologia>

³²² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R0507&from=DE>

³²³ <https://www.aifa.gov.it/farmacovigilanza-vaccini-covid-19>

farmacovigilanza attiva, ingiustificabile per un presidio medico approvato in via condizionale.³²⁴

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%.³²⁵ Studi precedenti avevano già rivelato che la farmacovigilanza passiva in generale sottostima gli eventi avversi anche da 2 a 4 ordini di grandezza.³²⁶

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,³²⁷ che in una lettera al Dipartimento della Difesa hanno segnalato che alcuni casi di miocardite erano stati rimossi:³²⁸ 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 2020.³²⁹ 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.³³⁰ «Resta da considerare il ruolo dei possibili eventi avversi dei vaccini nello spiegare l'aumento di mortalità complessiva nella fascia 15-39 anni».³³¹

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

³²⁴ http://www.co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

³²⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16689555/>

³²⁶ 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.

³²⁷ <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>

³²⁸ <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>

³²⁹ <https://www.euromomo.eu/how-it-works/background-data>

³³⁰ <https://www.istat.it/it/archivio/240401>

³³¹ http://www.co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

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.³³² 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.³³³

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.³³⁴ 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.

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,³³⁵ 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.³³⁶

³³² Dati forniti dall'Office for National Statistics (ONS).

³³³ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

³³⁴ https://www.gla.ac.uk/media/Media_829360_smxx.pdf

³³⁵ Sezione 564 dell'FD&C Act (21 U.S.C. 360bbb-3).

³³⁶ 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>.

L'autorizzazione d'emergenza può essere concessa se i risultati provvisori degli studi clinici soddisfano i criteri di successo del piano presentato alla FDA.³³⁷ L'autorizzazione dell'EMA ripropone le stesse condizioni richieste dall'FDA.³³⁸

Il primo punto da verificare è **se davvero ci sia stata una situazione di emergenza o se questa, invece, sia stata inscenata** 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.

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.³³⁹ Anche l'EMA richiedeva che il medicinale soddisfacesse un'esigenza medica non soddisfatta.³⁴⁰ Per questo i malati sono stati lasciati morire e i pochi medici che li curavano subito, strappandoli alla morte e

³³⁷ 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.

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

³³⁹ <https://www.fda.gov/media/142749/download>.

³⁴⁰ <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation>.

scombinando i piani malthusiani del Sistema, sono stati puniti con la sospensione.³⁴¹ «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,³⁴² 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.³⁴³

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 2012.³⁴⁴ 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".³⁴⁵ 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,³⁴⁶ le emorragie cerebrali

³⁴¹ Citro Della Riva M, op. cit. 2022.

³⁴² <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/>

³⁴³ **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».

³⁴⁴ 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.

³⁴⁵ 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.

³⁴⁶ Ng K. H. L. *et al.*, *Pulmonary artery thrombosis in a patient with severe acute respiratory syndrome.* Postgrad Med J. 2005; 81:e3. Cfr. Umapathi 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

con insufficienza multiorgano nella MERS e gli effetti del MERS-CoV sulla coagulazione dimostrati anche sperimentalmente.³⁴⁷

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».³⁴⁸

Invece, **il governo e le autorità sanitarie hanno spudoratamente mentito**: «Non è a oggi disponibile alcun farmaco e non esiste attualmente alcun trattamento»³⁴⁹, 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.³⁵⁰ «Al momento non ci sono cure specifiche per il nuovo coronavirus» ha scritto l'ISS.³⁵¹ 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.³⁵²

³⁴⁷ 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.

³⁴⁸ 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.

³⁴⁹ Circolare ministeriale, prot. n. 1997 del 22/1/2020.

³⁵⁰ <https://www.fanpage.it/politica/covid-speranza-i-dati-sui-vaccini-ci-fanno-vedere-la-luce-in-fondo-al-tunnel/>

³⁵¹ <https://www.iss.it/covid-19-faq>

³⁵² 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.

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 NFκB, attivato dal virus, che a sua volta attiva le citochine) e l'idrossiclorochina (HCQ), adoperata in certe gravi patologie autoimmuni,³⁵³ che agisce anche come antivirale contro flavivirus (Dengue), retrovirus (HIV), HBV, HCV, influenza suina (H1N1), ZIKA, CHIKV, Ebola, Influenza A e SARS-coronavirus,³⁵⁴ e perfino contro il SARS-CoV-2,³⁵⁵ alterando la glicosilazione³⁵⁶ dei recettori ACE-2 ai quali si lega impedendo l'ingresso del virus³⁵⁷ e alcalinizzando gli endosomi citoplasmatici nei quali il virus si assembla, arrestando la maturazione virale a uno stadio intermedio.³⁵⁸

³⁵³ I derivati della china inibiscono la produzione di citochine (soprattutto IL-1, IL-6, IL-17, IL-18, TNF e IFNγ), la modulazione di certe molecole costimolatorie e la presentazione dell'antigene da parte delle cellule dendritiche. Aumentano l'attività dei Treg e di IFNα, 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. Schrezenmeier E. *et al.*, *Mechanisms of action of hydroxychloroquine and chloroquine: implications for rheumatology*, Nat Rev Rheum, 2020; 16:155-166.

³⁵⁴ 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.

³⁵⁵ 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.

³⁵⁶ La glicosilazione è l'aggiunta di molecole di glucosio ad altre sostanze, come le proteine di questi recettori.

³⁵⁷ 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.

³⁵⁸ 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.

Il chinino, da cui la HCQ deriva, è stato usato già durante l'influenza Spagnola.³⁵⁹ L'idrossiclorochina esercita una sicura azione antitrombotica,³⁶⁰ e lavora in sinergia con l'eparina a basso peso molecolare.³⁶¹ 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.³⁶² 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.³⁶³ Idrossiclorochina e azitromicina riducono la carica virale del SARS-CoV-2 e senza tossicità.³⁶⁴ In vitro HCQ inibisce la replicazione di SARS-CoV-2, soprattutto in sinergia con azitromicina³⁶⁵, con un potente effetto antivirale.³⁶⁶

³⁵⁹ Collier R., *The plague of the Spanish Lady*, 1974, op. cit.

³⁶⁰ 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.

³⁶¹ 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.

³⁶² 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.

³⁶³ 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>.

³⁶⁴ Gautret P. et al., op. cit., 2020.

³⁶⁵ 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.

Anche l'azitromicina ha azione antivirale sui virus H1N1³⁶⁷, Zika³⁶⁸, RSV e coronavirus,³⁶⁹ e aumenta l'espressione dell'interferone 1. Inoltre, agisce sui batteri che ospitano il SARS-CoV-2 bloccando la produzione delle tossine.³⁷⁰ In fase iniziale, l'azitromicina può impedire l'ingresso del virus, mentre in fase avanzata può aggravare l'immunopatologia.³⁷¹ Ha effetto antinfiammatorio sulle flogosi indotte dall'istamina liberata dai mastociti.³⁷² Nell'associazione con la HCQ, anche se raramente, anche l'azitromicina potrebbe prolungare il tratto Q-T.³⁷³

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,³⁷⁴ Ebola³⁷⁵ e Zika,³⁷⁶ blocca il virus a RNA della malattia respiratoria dei suini³⁷⁷ e neutralizza il SARS-CoV-2 in 48 ore in vitro.³⁷⁸ Anche

³⁶⁶ 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.

³⁶⁷ 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.

³⁶⁸ 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](https://doi.org/10.4172/1948-5964.1000173).

³⁶⁹ 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.

³⁷⁰ Brogna C, *SARS-CoV-2: la completa verità*. Amazon ed, 2021.

³⁷¹ 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.

³⁷² 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=IwAR3dnc-C_h5cVSieLUw_6XCR1-jfMyxROIYNhgHD

³⁷³ Bonow R. O. *et al.*, *Association of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with Myocardial Injury and Mortality*. *JAMA Cardiol*. 2020; 5(7):751-3.

³⁷⁴ 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

³⁷⁵ [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)

³⁷⁶ 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.

³⁷⁷ 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.

³⁷⁸ Caly L. *et al.*, *The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro*. *Antiviral Res*. 2020; 178: 104787.

la quercitina è efficace nella prima fase di malattia³⁷⁹ 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 replicazione,³⁸⁰ e questo è stato divulgato da un comunicato stampa dell'Istituto di Nanotecnologia del CNR,³⁸¹ del tutto ignorato dalle istituzioni sanitarie. La quercitina ha un'azione sinergica con la vitamina C nella prevenzione e terapia del SARS-CoV-2.³⁸² Anche il cortisone (desametasone e betametasone) agisce sulle stesse proteasi.³⁸³ Altro inibitore della proteasi 3CL di SARS-CoV-2 è l'ebselen,³⁸⁴ «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».³⁸⁵ Una conferma dell'azione dell'ebsele n contro il SARS-CoV-2 giunge dal Politecnico di Milano,³⁸⁶ con uno studio che ne descrive il meccanismo di azione.³⁸⁷ L'ebsele n è, quindi, un potente inibitore di SARS-CoV-2.³⁸⁸ O ancora, la luteolina sperimentata con SARS-CoV-1.³⁸⁹ La lattoferrina, antinfiammatoria e immunomodulante esplica un'azione antivirale ad ampio spettro, compresi i

³⁷⁹ 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.

³⁸⁰ Abian O. *et al.*, *Structural stability of SARS-CoV-2 3CL^{pro} and identification of quercetin as an inhibitor by experimental screening*. *Int J Biol Macromolecules*. 2000; 164:1693-1703.

³⁸¹ <https://www.cnr.it/en/press-release/9620/la-molecola-di-origine-naturale-che-inibisce-sars-cov-2>

³⁸² 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.

³⁸³ 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.

³⁸⁴ Haritha C. V., *Ebselen, a new candidate therapeutic against SARS-CoV-2*. *Int J Surg*. 2020; 84: 53-56.

³⁸⁵ Jin Z. *et al.*, *Structure of M^{pro} from SARS-CoV-2 and discovery of its inhibitors*. *Nature*. 2020; 582:289-93.

³⁸⁶ <https://scitechdaily.com/ebsele-n-a-mechanism-to-stop-covid-19-replication>.

³⁸⁷ Daolio A. *et al.*, *Binding motif of ebselen in solution: chalcogen and hydrogen bonds team up*. *New J Chemistry*. 2020; 47.

³⁸⁸ 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.

³⁸⁹ 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.

coronavirus e SARS-CoV-2.³⁹⁰ Inibisce l'ingresso di SARS-CoV-2, ha un'azione antitrombotica, ripristina l'omeostasi del ferro e riduce lo stress ossidativo e l'infiammazione.³⁹¹

Una delle citochine più coinvolte è l'interleuchina 17 (IL-17),³⁹² tipica delle malattie autoimmuni, e la CoViD-19 è di tipo autoimmune.³⁹³ E sembrano autoimmuni perfino le tromboembolie da SARS-CoV-2.³⁹⁴ Nei pazienti obesi, la maggior parte degli anticorpi anti SARS-CoV-2 sono autoimmuni.³⁹⁵ Uno dei migliori antagonisti dell'IL-17 è il colecalciferolo, o vitamina D3,³⁹⁶ utile nella CoViD-19 perché cura l'autoimmunità, è antinfettiva (stimola la

³⁹⁰ Chang R. *et al.*, *Lactoferrin as potential preventative and adjunct treatment for COVID-19*. Int J Antimicrob Agents. 2020; 56(3):106118.

³⁹¹ 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.

³⁹² 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>

³⁹³ 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., Kharrazian 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.

³⁹⁴ Kanthi Y. *et al.*, [Prothrombotic antiphospholipid antibodies in COVID-19 firestorm](https://doi.org/10.1172/jci.insight.140971). DOI: 10.1172/jci.insight.140971

³⁹⁵ 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

³⁹⁶ Chang S. H. *et al.*, *Vitamin D Suppresses Th17 Cytokine Production by Inducing C/EBP 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.

catelicidina),³⁹⁷ antivirale³⁹⁸ e protegge dalle complicanze polmonari.³⁹⁹ 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-19.⁴⁰⁰

Capiamo dunque perché la D3 sia così importante nella prevenzione e terapia della CoViD-19,⁴⁰¹: essa può ridurre il rischio di questa infezione,⁴⁰² inibisce la risposta mediata da IL-17,⁴⁰³ ha un ruolo nella tempesta citochinica e nella mortalità da CoViD-19.⁴⁰⁴ La sua carenza aumenta i rischi d'infezione e aggrava la ARDS (Sindrome da Distress Respiratorio Acuto)⁴⁰⁵ e i pazienti CoViD-19 necessitano dosi più elevate di vitamina D3,⁴⁰⁶ perché protegge e previene la ARDS.⁴⁰⁷ Ed è raccomandata nei pazienti a rischio.⁴⁰⁸ Aiuta a

³⁹⁷ Cutting E., *1,25-dihydroxyvitamin D3 is a direct inducer of antimicrobial peptide gene expression*, J Immunol. 2004.

³⁹⁸ 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.

³⁹⁹ 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.

⁴⁰⁰ 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>.

⁴⁰¹ Laird E. *et al.*, *Vitamin D and Inflammation: potential implications for severity of Covid-19*. Ir Med J. 2020; 113(5):81.

⁴⁰² 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.

⁴⁰³ 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.

⁴⁰⁴ Daneshkhan 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.

⁴⁰⁵ 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.

⁴⁰⁶ 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.

⁴⁰⁷ Malaguarnera L., *Vitamin D3 and potential treatment adjuncts for Covid-19*. Nutrients. 2020; 12(11): 3512.

⁴⁰⁸ Nurshad A., *Role of vitamin D in preventing of Covid-19 infection, progression and severity*. J Infect Public Health. 2020; 13(10): 1373-80.

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.⁴⁰⁹ Rispetto ai non trattati, alte dosi di D3 riducono il fibrinogeno e negativizzano l'RNA virale.⁴¹⁰ 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.⁴¹¹ Dosi elevate riducono la necessità di terapia intensiva e la gravità della CoViD-19⁴¹²; pertanto, la sua integrazione è raccomandata.⁴¹³ La sua assunzione regolare è associata a una forma meno grave e a maggiore sopravvivenza soprattutto degli anziani fragili.⁴¹⁴ In una lettera alla Comunità Medica si esorta il supplemento urgente di D3 nei pazienti ad alto rischio.⁴¹⁵ Da una ricerca su nove studi pubblicati, sette dimostrano che prognosi e mortalità da CoViD-19 sono correlate alla vitamina D3.⁴¹⁶ La letteratura e la pratica clinica assicurano che non esiste tossicità.⁴¹⁷ 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.⁴¹⁸

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.

⁴⁰⁹ 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.

⁴¹⁰ 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.

⁴¹¹ 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

⁴¹² 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.

⁴¹³ 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.

⁴¹⁴ 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.

⁴¹⁵ Siuka D. *et al.*, *Vitamin D supplementation during the Covid.19 pandemic*. Mayo Clin Proc. 2020; 95(8): 1804-5.

⁴¹⁶ 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.

⁴¹⁷ 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.

⁴¹⁸ 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.

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.⁴¹⁹ 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.⁴²⁰ Nella CoViD-19 anche lo zinco è efficace perfino come terapia, soprattutto se associato a idrossiclorochina e azitromicina.⁴²¹ Valida la combinazione idrossiclorochina-azitromicina-zinco.⁴²² La clorochina agisce da ionoforo dello zinco, facilitandone l'ingresso nella cellula.⁴²³

L'Istituto Superiore di Sanità scrive che non ci sono evidenze scientifiche che dosi elevate di vitamina C proteggano dall'infezione,⁴²⁴ quando invece l'acido ascorbico, o vitamina C, è fra i più potenti antinfettivi e antivirali⁴²⁵, confermato nella precedente SARS,⁴²⁶ promuove la fagocitosi, migliora la differenziazione e la proliferazione dei linfociti B e T e protegge le barriere epiteliali.⁴²⁷ Uno studio randomizzato in doppio cieco su ospedalizzati con infezioni respiratorie acute ha evidenziato che la vitamina C migliora il

⁴¹⁹

[?] 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.

⁴²⁰ Skalny V. A. *et al.*, *Zinc and Respiratory Tract Infections: Perspectives for COVID-19*, *Int J Mol Med*. 2020 Apr 14.

⁴²¹ 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.

⁴²² 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.

⁴²³ 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.

⁴²⁴ Cfr. <https://www.iss.it/covid-19-faq>

⁴²⁵ 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

⁴²⁶ Hemilä H., *Vitamin C and SARS coronavirus*, *J of Antimicrobial Chemotherapy*. 2003; 52(6): 1049-50.

⁴²⁷ Carr A. C., Maggini S., *Vitamin C and immune function*. *Nutrients*. 2017; 9(11):1211.

decorso.⁴²⁸ La vitamina C è valida nella prevenzione e trattamento della CoViD-19 e riduce la mortalità.⁴²⁹ 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.⁴³⁰ Malati ospedalizzati per CoViD-19 in Cina sono stati trattati con alte dosi (anche decine di grammi) in vena.⁴³¹ A Shanghai, decine di pazienti moderati e gravi curati con alte dosi di vitamina C endovena.⁴³² Vitamina C endovena in casi gravi di CoViD-19 con sepsi.⁴³³ Prova della sua efficacia, alte dosi tempestive di vitamina C migliorano la polmonite CoViD-19.⁴³⁴ 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.⁴³⁵ L'ascorbato endovenoso insieme a steroidi e vitamina D3 risolve la sepsi di pazienti critici.⁴³⁶ La vitamina C previene le complicanze e riduce il fluido alveolare inibendo l'attivazione di neutrofili e riducendo il danno alveolare.⁴³⁷

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,

⁴²⁸ 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

⁴²⁹ Carr A. C., Rowe S., *The emerging role of vitamin C in the prevention and treatment of COVID-19*. Nutrients. 2020; 12(11):3286.

⁴³⁰ Holford P. *et al.*, *Vitamin C - An Adjunctive Therapy for Respiratory Infection, Sepsis and COVID-19*. *Nutrients*. 2020; 12(12): 3760.

⁴³¹ <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.

⁴³² 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.

⁴³³ 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

⁴³⁴ Doctor of Growth M.D *et al.*, *Orthomolecular Medicine News Service*. Chinese special Edition, Feb 16, 2020

⁴³⁵ 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.

⁴³⁶ 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.

⁴³⁷ 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.

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,⁴³⁸ bloccando le proteasi 3CL del virus.⁴³⁹

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,⁴⁴⁰ e con H1N1, con riduzione della carica virale e delle citochine pro-infiammatorie,⁴⁴¹ è stato del tutto avversato con un accanimento particolare. Il plasma può essere utile nelle gravi infezioni da SARS-CoV-2,⁴⁴² anche in associazione con altre terapie.⁴⁴³ Nella CoViD-19 si possono trasfondere grandi quantità di anticorpi specifici⁴⁴⁴ e il plasma si è dimostrato efficace in Italia,⁴⁴⁵ in Cina,⁴⁴⁶ negli Stati Uniti⁴⁴⁷ e un po'

⁴³⁸ <https://cordis.europa.eu/article/id/24006-fp6-project-finds-cure-for-sars/it>

⁴³⁹ 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.

⁴⁴⁰ 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.

⁴⁴¹ 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.

⁴⁴²

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.

⁴⁴³ 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.

⁴⁴⁴ Tonn T. *et al.*, *Stability and neutralizing capacity of SARS-CoV-2-specific antibodies in convalescent plasma,* Lancet Microbe, 2020, 1(2): e63.

⁴⁴⁵ 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.

⁴⁴⁶ Shen C. *et al.*, *Treatment of 5 Critically III 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. .

⁴⁴⁷ 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)

ovunque.⁴⁴⁸ È una terapia sicura,⁴⁴⁹ valida anche su pazienti gravi⁴⁵⁰ e sulle varianti.⁴⁵¹ 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 Moderna⁴⁵² ed è partner della produttrice di vaccini Vaxart Inc.⁴⁵³) e da NIAID.⁴⁵⁴ 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.⁴⁵⁵ La VIR Biotechnology (il cui motto è “un mondo senza malattie infettive”)⁴⁵⁶ è stata fondata a San Francisco nel 2016 col finanziamento della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁴⁵⁷ La VIR è partner di Brii Biosciences (monoclonali per SARS-CoV-2)⁴⁵⁸ e di VBI Vaccines (vaccini per SARS-CoV-2)⁴⁵⁹ 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.⁴⁶⁰ Gli

⁴⁴⁸ Rojas M. *et al.*, *Convalescent plasma in Covid-19: Possible mechanisms of action*. *Autoimmun Rev.* 2020;102554.

⁴⁴⁹ Wen Shi Lee *et al.*, cit. 2020.

⁴⁵⁰ Duan K. *et al.*, *Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients*. *PNAS, USA.* 2020;202004168.

⁴⁵¹ Wang L. *et al.*, *Antibodies with potent and broad neutralizing activity against antigenically diverse and highly transmissible SARS-CoV-2 variants*. [bioRxiv](https://doi.org/10.1101/2021.02.25.432969). Preprint. 2021 DOI: [10.1101/2021.02.25.432969](https://doi.org/10.1101/2021.02.25.432969).

⁴⁵² <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>

⁴⁵³ <https://www.fiercepharma.com/r-d/barda-provides-funding-to-vaxart-u-of-cambridge-for-flu-vaccine-improvements>

⁴⁵⁴ Joyner M. J. *et al.*, *Early safety indicators of COVID-19 convalescent plasma in 5000 patients*. *J Clin Invest.* 2020; 130(9): 4791-7.

⁴⁵⁵ https://www.repubblica.it/salute/2021/07/28/news/covid_ue_firma_contratto_con_gsk_per_a_nticorpi_monoclonali-312084077/

⁴⁵⁶ <https://www.vir.bio>.

⁴⁵⁷ <https://sif.gatesfoundation.org/investments/vir-biotechnology/>

⁴⁵⁸ <http://www.briibio.com/pipeline.php>

⁴⁵⁹ <https://www.vbivaccines.com/press-releases/brii-vir-vbi-phase-2-hepatitis-b-combination-study/>

⁴⁶⁰ 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.⁴⁶¹ Il plasma iperimmune esercita un'azione protettiva per la presenza di fattori antinfiammatori, anti-citochine, anticoagulanti che compensano tale rischio.⁴⁶² 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.⁴⁶³ L'OMS ha sbagliato (o ha voluto sbagliare?) puntando fin dall'inizio sugli antivirali (remdesivir, soprattutto) invece che sulla prevenzione della complicanza. 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.⁴⁶⁴ 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.⁴⁶⁵ Il direttore generale dell'AIFA ha riconosciuto che il cortisone è uno dei cardini della terapia della CoViD-19,⁴⁶⁶ ma il cortisone non è mai stato consigliato come terapia precoce. L'idrossiclorochina (HCQ) previene la forma severa della CoViD-19, purché adoperata precocemente, meglio se nelle prime 48 ore. Già verso SARS-CoV-1 l'idrossiclorochina si è dimostrata valida nella profilassi e nella terapia.⁴⁶⁷

⁴⁶¹ 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.

⁴⁶² Bolgan L., *COVID-19. Cap.2, Danno multiorgano: complicanze respiratorie. Parte seconda, Immunopatologia*, in www.studiesalute.it

⁴⁶³ 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.

⁴⁶⁴ Reperibile sul sito www.luogocomune.net e in Citro Della Riva M., op. cit., 2021

⁴⁶⁵ 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.

⁴⁶⁶ <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2020/10/22/covid-magrini-aifa-cortisone-eparina>

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,⁴⁶⁸ 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.*⁴⁶⁹ Tutto questo è privo di senso e bisognerebbe agire all’opposto: l’eparina andrebbe somministrata subito,⁴⁷⁰ andrebbero adoperati subito idrossiclorochina e azitromicina che invece non sono menzionati,⁴⁷¹ 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’OMS⁴⁷², l’EMA⁴⁷³, il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)⁴⁷⁴, le stesse agenzie che sconsigliano idrossiclorochina e azitromicina. Piero Sestili (Università di Urbino) e Carmela Fimognari (Università di Bologna) hanno sottolineato che il glutathione ridotto (GSH) è molto importante nelle difese antivirali e che il paracetamolo lo inibisce.⁴⁷⁵

La N-acetilcisteina (il noto Fluimucil) fornisce la cisteina per produrre il glutathione.⁴⁷⁶ La vitamina D3 e la L-cisteina si correlano positivamente con il

⁴⁶⁷ 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

⁴⁶⁸ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4

⁴⁶⁹ *Consenso informato per uno sperimentale protocollo COVID A CASA*, allegato alle informative degli Assessorati Regionali ai Medici convenzionati con il SSN.

⁴⁷⁰ 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

⁴⁷¹ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4

⁴⁷² <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>

⁴⁷³ <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>

⁴⁷⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/5-Managing-fever>

⁴⁷⁵ Sestili P., Fimognari C., *Paracetamol-induced glutathione consumption: Is there a link with severe COVID-19 illness?* *Front Pharmacol*. 2020; 11:579944.

⁴⁷⁶ Per tutta la durata dell’epidemia abbiamo consigliato ai nostri pazienti prodotti, per lo più galenici, a base di acido ascorbico, glutathione ridotto, N-acetilcisteina e sali di zinco, come prevenzione.

GSH⁴⁷⁷; la vitamina D3 aumenta i livelli di GSH.⁴⁷⁸ 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-19.⁴⁷⁹ 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.⁴⁸⁰ Pazienti con polmonite CoViD-19 sono stati trattati con successo con alte dosi di glutatione endovenoso e N-acetilcisteina orale⁴⁸¹ o anche solo con N-acetilcisteina per via endovenosa.⁴⁸²

Tutti questi studi confermano che il deficit di GSH predispone all'aggravamento della malattia da CoViD-19.⁴⁸³ Il paracetamolo (Tachipirina), anche a basse dosi, riduce i livelli di glutatione e questo è in letteratura da più di trent'anni.⁴⁸⁴ Il legame fra paracetamolo e GSH è tale che, nei casi di avvelenamento da paracetamolo, l'antidoto è la N-acetilcisteina.⁴⁸⁵

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.⁴⁸⁶ Riguardo alla sicurezza,

⁴⁷⁷ 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.

⁴⁷⁸ 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.

⁴⁷⁹ 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.

⁴⁸⁰ 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.

⁴⁸¹ 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.

⁴⁸² Ibrahim H. *et al.*, *Therapeutic blockade of inflammation in severe COVID-19 infections with intravenous N-acetylcysteine.* Clin Immunol. 2020; 219:108544.

⁴⁸³ Sestili P., Fimognari C., *op. cit.*

⁴⁸⁴ 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.

⁴⁸⁵ <https://www.vandaomeopatici.it/it/glutatione-difesa-antiossidante-virus>.

⁴⁸⁶ Shaheen S. O. *et al.*, *Frequent paracetamol use and asthma in adults.* Thorax. 2000; 55:266-70.

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.⁴⁸⁷

Inibendo il GSH, il paracetamolo è del tutto controindicato nella CoViD-19: può peggiorare la situazione clinica e favorire la complicità da ospedalizzare.⁴⁸⁸ I decessi per CoViD-19 sono stati causati dai protocolli della morte, dalla scarsa vitamina D3, dall'azzeramento del glutathione 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,⁴⁸⁹ risultati subito del tutto inventati⁴⁹⁰ e ritirati due settimane dopo dalle stesse riviste.⁴⁹¹ 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-19,⁴⁹² 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 dell'autorizzazione all'utilizzo off-label dell'idrossiclorochina".⁴⁹³ Decisione annullata dall'ordinanza del Consiglio di

⁴⁸⁷ 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.

⁴⁸⁸ Sestili P., Fimognari C., *op. cit.*

⁴⁸⁹ 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.

⁴⁹⁰ *Virus, Guardian accusa: "OMS e governi hanno agito sui dati taroccati di un'azienda sconosciuta"*, *Il Messaggero*, 6/6/2020.

⁴⁹¹ *Retraction: Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19*. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621.

⁴⁹² 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

⁴⁹³ 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).

Stato del 11 dicembre 2020 che ha definito irragionevole e illogico il ritiro del farmaco.⁴⁹⁴

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*».⁴⁹⁵ 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”:⁴⁹⁶ 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.⁴⁹⁷ 19% dei pazienti trattati e 21% in associazione con azitromicina, in quello di Mercurio.⁴⁹⁸ Addirittura 33%, che diventa 36% con i due farmaci insieme, in quello di Bessière.⁴⁹⁹ Com’è possibile che l’1% diventi

⁴⁹⁴ [Ordinanza del Consiglio di Stato dell'11 dicembre 2020 - IppocrateOrg](#)

⁴⁹⁵ AIFA, *Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19*, cit. 2020.

⁴⁹⁶ *Ibid.*

⁴⁹⁷ 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.

⁴⁹⁸ 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.

⁴⁹⁹ Bessière 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.

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.⁵⁰⁰ 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.⁵⁰¹ 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 2006,⁵⁰² 20 milioni nel 2014...) ⁵⁰³ e ha sviluppato vaccini contro il SARS-CoV-2.⁵⁰⁴ Il terzo studio (Bessièr) 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*.⁵⁰⁵

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,⁵⁰⁶ il secondo ammette che «la prognosi dei pazienti moderati, trattati con HCQ, è buona»,⁵⁰⁷ il terzo conclude che «il potenziale di HCQ nel trattamento della

⁵⁰⁰ 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

⁵⁰¹ <https://web.archive.org/aboutBIDMC/StatsandFacts.aspx>

⁵⁰² <https://gatesfoundation.org/about/committed-grants/2006/07/opp38614>

⁵⁰³ <https://eurekalert.org/news-releases/898710>

⁵⁰⁴ <https://bidmc.org/about-bidmc/news/2020/05/covid-19-vaccine>

⁵⁰⁵ <https://resource-allocation.biomedcentral.com/about/editorial-board>

⁵⁰⁶ 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>.

CoViD-19 è stato parzialmente confermato».⁵⁰⁸ 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»:⁵⁰⁹ 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».⁵¹⁰

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».⁵¹¹ 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.⁵¹² Di 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

⁵⁰⁷ 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

⁵⁰⁸ Chen Z. *et al.*, *Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial*. MedRxiv 2020.03.22.20040758.

⁵⁰⁹ 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).

⁵¹⁰ *Ibid.*

⁵¹¹ *Ibid.*

⁵¹² *Ibid.*

COVID-19».⁵¹³ 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.⁵¹⁴ In un continuo interdire senza vietare.

IL MINISTERO CONTRO I MEDICI

L'AIFA è stata costretta a riammettere 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”.⁵¹⁵ Quindi improvvisamente sono spuntati degli studi favorevoli all'HCQ, senza però essere 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 compreso 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.⁵¹⁶ 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». ⁵¹⁷ 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?

STUDI INATTENDIBILI

⁵¹³ *Ibid.*

⁵¹⁴ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵¹⁵ Consenso informato per uso sperimentale protocollo COVID A CASA, inviato dal SSN a tutti i medici il 22 dicembre 2020.

⁵¹⁶ <https://www.theitaliantribune.it/il-passo-indietro-sulle-cure-domiciliari-covid-il-consiglio-di-stato-rimanda-tutto-al-mittente-e-accoglie-il-ricorso>

⁵¹⁷ <https://lanuovabq.it/it/niente-cure-balzo-dei-ricoveri-ci-sono-altre-priorita>

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.⁵¹⁸ 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.⁵¹⁹

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;⁵²⁰ nessun miglioramento in quello di Geleris;⁵²¹ la HCQ, con o senza azitromicina, non riduce il rischio di evoluzione verso la ventilazione meccanica e aumenta la mortalità (Magagnoli);⁵²² nessun miglioramento nei ricoverati trattati con HCQ e la sopravvivenza non era differente, rispetto ai controlli non trattati, nello studio di Paccoud;⁵²³ stessa cosa nello studio Recovery;⁵²⁴ aumento degli effetti collaterali nello studio di Siemieniuk, che pur documenta un modesto miglioramento nel tempo di risoluzione dei sintomi;⁵²⁵ nessun miglioramento, anzi aumento della mortalità, nella meta-analisi di Fiolet;⁵²⁶ e in quella della Stanford University (Axfors).⁵²⁷

⁵¹⁸ <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/RD-Blueprint-expert-group-on-CO-call-Mar-13-2020.pdf>

⁵¹⁹ Citro Della Riva M, cit. 2022.

⁵²⁰ 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.

⁵²¹ Geleris J. *et al.*, *Observational study of hydroxychloroquine in hospitalized patients with COVID-19*. N Engl J Med. 2020; NEJMoa2012410. DOI:10.1056/NEJMoa2012410.

⁵²² Magagnoli J. *et al.*, *Outcomes of hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with COVID-19*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32511622/>

⁵²³ 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.

⁵²⁴ www.recoverytrial.net/files/hcq-recovery-statement-050620-final-002.pdf

⁵²⁵ Siemieniuk R. A. *et al.*, *Drug treatment for covid-19: living systematic review and network meta-analysis*. BMJ. 2020; 370:m2980.

⁵²⁶ 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.

⁵²⁷ Axfors C. *et al.*, *Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19: an international collaborative meta-analysis of randomized trials*. medRxiv

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 HCQ⁵²⁸ 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».⁵²⁹ 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*.⁵³⁰ Quello di Magagnoli è finanziato dall'Università della Virginia, che ha ottenuto una sovvenzione di 25 milioni di dollari dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵³¹ 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.⁵³² Quello di Siemieniuk è finanziato dal *Canadian Institutes of Health Research*, partner (per quasi 3 milioni di dollari) della *Bill & Melinda Gates Foundation*.⁵³³ Nello studio con le valutazioni fatte per telefono,⁵³⁴ 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 dollari)⁵³⁵, da quella di Manitoba, finanziata dalla *Bill & Melinda Gates Foundation* (per 6,5 milioni di dollari)⁵³⁶

2020.09.16.20194571.

⁵²⁸ 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.

⁵²⁹ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵³⁰ <https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are/nih.director/statements/new-phase-cooperation-between-nih-bill-melinda-gates-foundation>.

⁵³¹ <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>

⁵³² www.astrazeneca-oxford.com

⁵³³ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2013/11/OPP1084500>

⁵³⁴ Skipper C. P., *op. cit.* 2020.

⁵³⁵ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2020/04/INV-017069>

nel 2020, 17 milioni⁵³⁷ nel 2004, 23 milioni⁵³⁸ nel 2014, ora più di un milione e mezzo di dollari⁵³⁹), dalla FDA e dall'Università McGill di Montreal (partner, con quasi 700 mila dollari, della *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵⁴⁰. 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*)⁵⁴¹ e dalla Stanford University (finanziata di recente con più di 700 mila dollari dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*)⁵⁴².

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 complicanza 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.⁵⁴³

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

⁵³⁶ <https://winnipeg.ctvnews.ca/u-of-m-researcher-granted-6-5m-to-study-breast-milk-1.4797061>

⁵³⁷ <https://khn.org/morning-breakout/dr00021530/>

⁵³⁸ <https://www.academica.ca/top-ten/umanitoba-centre-global-public-health-receives-23-million-gates-foundation>

⁵³⁹ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2014/07/OPP1108606>

⁵⁴⁰ <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2019/07/OPP1212682>

⁵⁴¹ <https://fbt.ethz.ch/research/evaluation-of-micronutrient-powder.html>. Cfr. https://ballotpedia.org/Laura_and_John_Arnold_Foundation#cite_note-7

⁵⁴² <https://www.gatesfoundation.org/How-We-Work/Quick-Links/Grants-Database/Grants/2020/12/INV-021499>

⁵⁴³ Arshad S. *et al.*, *Treatment with Hydroxychloroquine, azithromycin and combination in patients hospitalized with COVID-19*. Int J Infect Dis. 2020; 97:396-403.

pro-infiammatoria: da 22,2 a 5,2 pg/ml) dovuta all'idrossiclorochina e che «l'aggiunta di HCQ ai trattamenti di base è altamente efficace nel ridurre la mortalità dei pazienti critici di CoViD-19 attraverso l'attenuazione della tempesta di citochine infiammatorie». ⁵⁴⁴ 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". ⁵⁴⁵ 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» ⁵⁴⁶ 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. ⁵⁴⁷ 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) ⁵⁴⁸ 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 Gates Foundation*, ⁵⁴⁹ l'Università McGill di

⁵⁴⁴ 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.

⁵⁴⁵ AIFA informa, 27/7/2020.

⁵⁴⁶ AIFA informa, 25/11/2020.

⁵⁴⁷ 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.

⁵⁴⁸ Boulware D. R. *et al.*, *A randomized trial of hydroxychloroquine as postexposure prophylaxis for COVID-19*. *N Engl J Med.* 2020;10.1056/NEJMoa2016638.

⁵⁴⁹ 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>.

Montreal finanziata dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*⁵⁵⁰ 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)⁵⁵¹ ha ricevuto sostegno finanziario da Laboratorios Rubiò (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,⁵⁵² 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,⁵⁵³ 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,⁵⁵⁴ 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,⁵⁵⁵ sia per lo schema terapeutico (dosaggio) privo di senso, sia perché Rajasingham è dell'Università del Minnesota, sostenuta dalla *Bill & Melinda*

⁵⁵⁰ Cfr. www.paitbgroup.org/team. Cfr. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2019/10/INV003360>

⁵⁵¹ 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.

⁵⁵² Cavalcanti A. B. *et al.*, *Hydroxychloroquine with or without azithromycin in mild-to-moderate Covid-19*. N Engl J Med. 2020; NEJMoa2019014.

⁵⁵³ Ulrich R. J. *et al.*, *Hydroxychloroquine (TEACH): A multicenter, double-blind, randomized controlled trial in hospitalized patients*. Open Forum Infect Dis. 2020;ofaa446.

⁵⁵⁴ 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.

⁵⁵⁵ 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.

Gates Foundation,⁵⁵⁶ 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*)⁵⁵⁷. Assenza di efficacia nello studio Solidarity, coordinato dall'OMS che appartiene al sig. William Gates. Nessuna efficacia in quello di W.H. Self⁵⁵⁸ e in un secondo lavoro di O. Mitjà.⁵⁵⁹ 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, Avisa 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, Entegriion, 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.⁵⁶⁰ 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).

⁵⁵⁶ <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants/2020/04/INV017069>

⁵⁵⁷ <https://news.radyfhs.umanitoba.ca/summer-2020-donor-honour-roll/>

⁵⁵⁸ 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.

⁵⁵⁹ Mitjà O. *et al.*, *A cluster-randomized trial of hydroxychloroquine for prevention of Covid-19*. N Engl J Med. 2020; 384:417-27.

⁵⁶⁰ 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.

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.⁵⁶¹

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.⁵⁶² 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 gruppo di controllo. Finanziamenti: nessuno. Conflitti d'interessi: nessuno.⁵⁶³ 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,⁵⁶⁴ studio interessante e innovativo che andrebbe ricordato ai medici. La propaganda farmacologica dell'AIFA non si dimostra *super partes* e distruggere l'HCQ 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.⁵⁶⁵ In

⁵⁶¹ 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

⁵⁶² 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.

⁵⁶³ 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.202.08.019>.

⁵⁶⁴ Klimke A., *op. cit.*

⁵⁶⁵ Pizzuti M., *op. cit.*, 2021.

aprile 2020, in piena pandemia, la formazione dei medici e la riorganizzazione del SSN sono state affidate al colosso farmaceutico Sanofi Italia,⁵⁶⁶ 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».⁵⁶⁷ 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

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, e che non sono nemmeno vaccini non avendo attenuato l'antigene, **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 vaccinandosi andavano incontro, né hanno specificato nel consenso informato che non erano state eseguite le prove di cancerogenicità e genotossicità.

⁵⁶⁶ *Intesa Fimmg, Simg e Sanofi per formare medici del futuro*, AdnKronos, 23/4/2020.

⁵⁶⁷ Pizzuti M., op. cit., 2021.

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, con la puerile scusa della fragilità.

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: la 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**",⁵⁶⁸ 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

⁵⁶⁸ Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 130 del 7 giugno 2017.

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 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».⁵⁶⁹

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'esenzione vaccinale post malattia è di sei mesi mentre per gli operatori sanitari è di quattro.

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

⁵⁶⁹ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Procedura_Operativa_RLFV_ottobre-2018.pdf

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 morte, con dati statisticamente significativi e senza ulteriori tossicità" e poi però ha continuato 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,⁵⁷⁰ 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.⁵⁷¹

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, da loro ritenute non idonee.

⁵⁷⁰ <https://www.aifa.gov.it/-/l-aifa-istituisce-il-comitato-scientifico-per-la-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>

⁵⁷¹ <https://investors.biontech.de/node/11931/html>

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 accettato da tutti per legittimare i tamponi, allo stesso modo non c'è stato lo stesso approccio preventivo e terapeutico della SARS.⁵⁷²

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»:⁵⁷³ 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.

⁵⁷² 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.

⁵⁷³ <https://lanuovabq.it/it/niente-cure-balzo-dei-ricoveri-ci-sono-altre-priorita>

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 pubblicizzati ai medici convenzionati raccomandando di non prescrivere questo farmaco.

46 - per quale motivo il governo e 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 e non hanno indagato sull'aumento della mortalità giovanile in rapporto all'avvenuta vaccinazione.

47 - per quale motivo le autorità sanitarie non si sono accorte che questi non sono vaccini ma farmaci altamente pericolosi iniettando l'antigene non attenuato e per quale motivo c'è un segreto militare su tutto quello che riguarda questi vaccini.

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.⁵⁷⁴

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,⁵⁷⁵ 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,⁵⁷⁶ come afferma anche il prof. Giorlandino, proteggono solo al 10%.⁵⁷⁷ 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.

⁵⁷⁴ 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.

⁵⁷⁵ <https://www.fda.gov/media/142749/download>

⁵⁷⁶ <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1211792/v1/c8927bbe-f384-497e-a0ec-666b0eec9d13.pdf?c=1640802>

⁵⁷⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=-hXYE63fgjk>

La possibile malafede dell'industria nella preparazione e nella gestione dei vaccini traspare dal documento Pfizer che riporta i risultati del quarto trimestre e dell'esercizio 2021.⁵⁷⁸ 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 Estesio 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.⁵⁷⁹ Gli scienziati del gruppo Co_META, in un loro corposo documento,⁵⁸⁰ 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 errore di classificazione».⁵⁸¹ Di conseguenza, potenziali reazioni

⁵⁷⁸ https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2021/q4/Q4-2021-PFE-Earnings-Release.pdf

⁵⁷⁹ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-febbraio-2022.pdf

⁵⁸⁰ https://co-meta.eu/docs/Co_META.pdf

⁵⁸¹ 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*:

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.

(La maggior parte dei dati e le bibliografie sono tratte dai libri di Massimo Citro Della Riva "APOCALISSE. Li hanno lasciati morire", Byoblu, 2022 e "V-19: Virus, Vaccino, Veleno, Violenza, Vergogna, Viltà, Violazione, Vituperio, Vessazione, Vanità, Viscidume, Vuoto, Volgarità, Vanvera, Veto, Virtualità, Videodipendenza, Voltagabbana, Voltastomaco", Byoblu, 2023).

FIRMATO DA:

Massimo Citro, medico in Torino

Riccardo Benzi Cipelli, medico in Vigevano

Franco Giovannini, medico in Mantova

Gianpaolo Pisano, medico in Milano

Luca Speciani, medico in Monza Brianza

Vincenzo Simonetti, medico in Torino

Alessandro Meluzzi, medico in Torino

Ciro Isidoro, medico in Torino

Rosario Sorbo, medico in Torino

Silvana De Mari, medico in Torino

Franco Ribero, medico in Torino

Alessandra Zerbinati, medico in Torino

Paola Palesa, medico in Torino

Carlo Alberto Zaccagna, medico in Torino

Alessandro Zaccagna, medico in Torino

Nora Moselli, medico in Torino

Christoph Scheurer, medico in Cuneo

Vittorio Gallo, medico in Torino

Maurizio Carlini, medico in Torino

Vittorio Marchesi, medico in Torino

Bruno Giordano, medico in Torino

Enrico De Vivo, medico in Torino

Sergio Traversa, medico in Torino

Armando Lippolis, medico in Torino

Mauro Mantovani, medico in Milano

davvero desolante leggere ripetutamente questo tipo di disclaimer nelle pubblicazioni scientifiche dedicate ai temi COVID-19.

Alberto Caddeo, medico in Milano
Erica Remondini, medico in Bergamo
Erminia Ferrari, medico in Bergamo
Claudio Pagliara, medico in Brindisi
Levio Cappello, medico in Aosta
Sabatino Meletani, medico in Ancona
Andrea Stramezzi, medico in Milano
Vilma Prattichizzo, medico in Torino
Luigi Monsellato, medico in Ferrara
Graziella Cortassa, medico in Torino
Maria Santangelo, medico in Taranto
Ugo Massa, medico in Sassari
Fabrizio Bertolini, medico in Vermiglio (Trento)
Roberto Galloni, medico in Bergamo
Giuseppe Santangelo, medico in Torino
Carlo Rodia, medico in Roma
Gianmario Governato, medico in Aosta
Anna Rita Stasi, medico in Bologna
Giorgio Basile, medico in Aosta
Carlo Antonio Liverani, medico in Milano
Sonia Di Carlo, medico in Milano
Maria Gloria Alcover Lillo, medico in Vejer de la Frontera (Spagna)
Maria Cristina Torsello, medico in Bologna
Andrea Azzarello, medico in Ancona
Gordiano Galassi, medico in Forlì-Cesena
Maria Teresa Ribezzi, medico in Gorizia
Anna Tufano, medico in Napoli
Paolo Garberoglio, medico in Asti
Erasmus Dattoli, medico in Bari
Andrea Delfino, medico in Cuneo
Khadija Elaazzouzi, medico in Aosta
Giorgio Contini, medico in Rovigo
Paolo Cannito, medico in Livorno
Luca Candusso, medico in Udine
Emanuela Cimignoli, medico in Perugia
Gabriella Frau, medico in Cagliari
Gaetano Maurizio Grippi, medico in Alba (Cuneo)
Endrj Menardi, medico in Cuneo
Valentina Piro, medico in Ancona
Ornella Santinelli, medico in Napoli
Giuseppe Barbaro, medico in Roma
Francesco Testa, medico in Modena
Davide Visioli, medico in Napoli
Anna Maria Falaschi, medico in Perugia
Daniele Casaccio, medico in Udine
Gabriella Ferretti, medico in Modena
Luigia Santoro, medico in Modena
Maurizio Di Salvo, medico in Novara

Luciano Cason, medico in Udine
Paolo Bentivegna, medico in Udine
Daniela Casnaghi, medico in Milano
Valeria Mazzarino, medico in Savona
Anna Rabbi, medico in Varese
Stefano Bianchi, medico in Macerata
Luigi De Lucia, medico in Monza Brianza
Gabriella Torrisi, medico in Catania
Annalisa Carbone, medico in Napoli
Cesare Geraci, medico in Vitorchiano (Viterbo)
Giovanni Giannotti, medico in Lugano
Luisa Isoardo, medico in Cuneo
Luciana Benini, medico in Brescia
Rosa Maria Calderone, medico in Palermo
Lorenzo Capello, medico in Milano
Manuela Biddau, medico in Cagliari
Roberta Maria Sarcinella, medico in Roma
Giovanni Polizzi, medico in Verona
Fabrizio Spinelli, medico in Formigine (Modena)
Simona Rossetti, medico in Biella
Assunta Antonietta Caruso, medico in Napoli
Ugo Fasani, medico in Milano
Maria Chiara Mischi, medico in Monza Brianza
Maria Giuseppa Cambria, medico in Milazzo (Messina)
Ango Giovannelli, medico in L'Aquila
Daniele Zoncu, medico in Oristano
Carlo Brunelli, medico in Salò (Brescia)
Katja Lavrenčič, medico in Gorizia
Roberto Capocelli, medico in Pino T.se
Silvia Castellano, medico in Pino T.se
Pietro Osvaldo Catucci, medico in Bari
Patrizia Serafini, medico in Venezia
Giorgio Francesco Pacelli, medico in Varese
Lorenzo Paesani, medico in Ancona
Domenico Vitale, medico in Pescara
Sergio Pezzella, medico in Terni
Stefano Timossi, medico in Genova
Maurizio Consorte, medico in Chieti
Giuseppe Belluomo, medico in Milano
Salvatore Totaro, medico in Messina
Paolo Lisi, medico in Trento
Massimo Alloero, medico in Torino
Massimo Croce, medico in Pavia
Mariateresa Damele, medico in Bologna
Fabio Marascio, medico in Roma
Elena Ramilli, medico in Venezia
Domenico Cartelli, medico in Rimini
Giuseppe Notarangelo, medico in Pavia

Alessandra Ambrico, medico in Pordenone
Paolo Penco, medico in Quelfes Olhao (Algarve, Portogallo)
Linda Di Marino, medico in Napoli
Verbena Fusaro, medico in Torino
Rita Della Valle, medico in Caserta
Adriana Capobianco, medico in Chieti
Vilma Malalan, medico in Cagliari
Roberto Bucchianeri, medico in Ancona
Patrizia Torboli, medico in Trento
Giuliano Marzolla, medico in Rovigo
Luigi Ferraro, medico in Caserta
Franca Moroni, medico in Terni
Maurizio Muscas, medico in Cagliari
Daniele Giovanardi, medico in Modena
Antonella Deluca, medico in Trento
Riccardo Nocifora, medico in Palermo
Claudio Simeoni, medico in Gorizia
Giuseppe Costantino, medico in Palermo
Francesco D'Alberti, medico in Palermo
Giuseppe Corbatta, medico in Gorizia
Maurizio Episodio, medico in Salerno
Clara Maria Granatieri, medico in Milano
Rosalia Billeci, medico in Palermo
Anna Maria Panico, medico in La Spezia
Cesare Ciancuto, medico in Terni
Alessandro Leati, medico in Bologna
Adam Serena, medico in Trento
Lorella Cocchini, medico in Torino
Valentina Dalla Grana, medico in Verona
Antonio Marco Adamo, medico in Trapani
Manuela Rosa, medico in Biella
Michele Paolantonio, medico in Pescara
Giovanni Garasto, medico in Roma
Antonina Fallea, medico in Siracusa
Marialisa Angeli, medico in Aosta
Silvia Corsetti, medico in Lucca
Marco Lehnus, medico in Gorizia
Francesco Pianesi, medico in Macerata
Marina Spada, medico in Milano
Marco Cingolani, medico in Ancona
Daniela Messori, medico in Torino
Mauro Paillex, medico in Aosta
Ligi Formato, medico in Aosta
Eugenio Sclauzero, medico in Udine
Barbara Luciani Pasqua, medico in Perugia
Grazia Zagami, medico in Varese
Clara Lea Levi, medico in Milano
Silvia Sini, medico in Sassari

Gabriele Castaldini, medico in Verona
Alessandra Burdassi, medico in Firenze
Marcello Salerno, medico in Siracusa
Rosario Amelio, medico in Taverna (Catanzaro)
Gianmarco Lege, medico in Torino
Alessandro Conci, medico in Bolzano
Milena Pari, medico in Rimini
Roberto Severino, medico in Napoli
Nicolò Galesio, medico in Cuneo
Maria Assunta Canu, medico in Bologna
Lucio Sibilia, medico in Roma
Giorgio Leccese, medico in Taranto
Stefano Zanetti, medico in Bologna
Graziano Fezzardi, medico in Mantova
Francesca Moschella, medico in Reggio Calabria
Marialucia Semizzi, medico in Verona
Francesco Linesso, medico in Leporano Marina (Taranto)
Milena Domenica Bellone, medico in Cuneo
Roberto Ciuffolotti, medico in Rimini
Tommasino Di Iasio, medico in Verona
Giovanni Scarpa, medico in Tissi (Sassari)
Stefano Ziosi, medico in Pesaro Urbino
Daniela Cacciagrano, medico in Rieti
Aurelio De Vicariis, medico in Torino
Antonella Rogai, medico in Forlì Cesena
Marcello Tondi, medico in Chieti
Edgardo Azzollini, medico in Verona
Elena Lombardi, medico in Taranto
Paolo Piccirilli, medico in Chieti
Maria Antonietta Cavina, medico in Ravenna
Daniela Sanchi, medico in Pesaro
Fabio Manuel Filannino, medico in Varese
Giovanni Battista Ivaldi, medico in Pavia
Paola Balguini, medico in Bergamo
Giorgio Minardo, medico in Terre Roveresche (Pesaro Urbino)
Aurora Sanguè, medico in Milano
Valeria Labellarte, medico in Roma
Paola Bozzini, medico in Verona
Maria Cristina Giacona, medico in Verona
Franco Anedda, medico in Cagliari
Giulio Pradal, medico in Belluno
Antonella Papa, medico in Roma
Andrea Veneziani, medico in Reggio Emilia
Massimo Bonora, medico in Ferrara
Cinzia Ceccarelli, medico in Civitavecchia (Roma)
Stefano Boldrini, medico in Perugia
Sylvie Pansiot, medico in Roma
Mauro Perticaroli, medico in Lucca

Enrico Fiori, medico in Lucca
Cecilia Nonnis, medico in Cagliari
Pierfrancesco Maria Rovere, medico in Torino
Paola Positano, medico in Torino
Giuseppe Poletti, medico in Bologna
Marco Murgia, medico in Torino
Gian Luca Santucci, medico in Roma
Maria Patrizia Curato, medico in Torino
Caterina Grisoglio, medico in Torino
Alessandra Iurato, medico in Torino
Raffaella Prandi, medico in Roma
Cornelio Blus, medico in Torino
Tania Ordonelli, medico in Forlì Cesena
Gaspare Fazio, medico in Ravenna
Francesca Lullo, medico in Imperia
Valerio Capi, medico in Roma
Veronica Petraglia, medico in Bologna
Pierangelo Ferrari, medico in Imperia
Lilia Di Filippo, medico in Roma
Pasquale Tenerelli, medico in Imperia
Bruno Giordano, medico in Lignano Sabbiadoro (Venezia)
Franco Verzella, medico in Bologna
Veronica Ranieri, medico in Perugia
Ettore De Blasio, medico in Urbino
Laura Marino, medico in Genova
Andrea Carlo Candelo, medico in Milano
Francesco Vincenzo De Falco, medico in Napoli
Francesco Biancheri, medico in Imperia
Alfredo Borghi, medico in Varese
Paola Ricci, medico in Bedonia (Parma)
Vladimiro Giua, medico in Miami (Florida, USA)
Manuela De Camillis, medico in Bologna
Amalia Sugliano, medico in Alessandria
Franco Iacometti, medico in Alessandria
Carmelo Prontera, medico in Lecce
Letizia Padovan, medico in Vercelli
Maria Vincenza Angelucci, medico in Pescara
Federico Meynardi, medico in Cuneo
Giuseppe Chio, medico in Vercelli
Paola Verza, medico in Milano
Massimo Castelli, medico in Trapani
Luciana Ponti, medico in Fabrica di Roma (Viterbo)
Federica Aretusa Raimondo, medico in Bolzano
Cesare Torchiarella, medico in Padova
Claudia Cucino, medico in Milano
Massimo Pietrangeli, medico in Pescara
Maria Teresa Gallus, medico in Nuoro
Monica Mori, medico in Gazzola (Piacenza)

Franco Bruni, medico in Verona
Maria Carmela Aloi, medico in Verona
Leoluca Zimbardo, medico in Vicenza
Fabio Borghesi, medico in Roma
Vincenzo Manzi, medico in Salerno
Guglielmo Ferraro, medico in Salerno
Ada Patronelli, medico in Pisa
Lucillo Sarti, medico in Trento
Anna Zanon, medico in Treviso
Stefano Zunino, medico in Genova
Simona Popescu Dumitra, medico in Chieti
Gabriella Orlandi, medico in Piacenza
Alfredo Seneghini, medico in Genova
Simona Battarra, medico in Rimini
Piero Godorecci, medico in Pescara
Liza Carelli, medico in Macerata
Luisa Evangelista Conocchia, medico in Frosinone e Cassino
Stefania La Morgia, medico in Spoltore (Pescara)
Marcella Bondoni, medico in Bolzano
Alessia Maria Fignon, medico in Pavia
Manuela Coniglio Iannuzzi Delle Noci, medico in Bari
Anna Maria Gualdoni, medico in Milano
Stefano Roberto Polce, medico in Roma
Giuseppe Maria Izzo, medico in Napoli
Mauro Libertucci, medico in Roma
Marisa Santoianni, medico in Torre del Greco (Napoli)
Luca Buono, medico in Verona
Francesco Sanseverino, medico in Matera
Franco Turchetto, medico in Bologna
Laura Serio, medico in Perugia
Marco Cannella, medico in Cagliari
Orlando Antonio, medico in Melito di Porto Salvo (Reggio Calabria)
Francesco Bruno, medico in Torino
Alessandro Solerio, medico in Imperia
Ruggero Saponara, medico in Caserta
Giuseppe Viglizzo, medico in Savona
Gianfranco Ciaglia, medico in Caserta
Alessandro Casale, medico in Padova
Marco Rocco, medico in Cremona
Sebastiana Costa, medico in Catania
Roberto Maria Ferraris, medico in Torino
Vincenzo Scribano, medico in Cantù (Como)
Heike Müller, medico in Bruneck (Bolzano)
Serena Martegani, medico in Varese
Adriana Chiari, medico in Novara
Massimiliano Melise, medico in Pisa
Giulietta Golinucci, medico in Mercato Saraceno (Forlì-Cesena)
Tito Sofi, medico in Milano

Sandro Parisi, medico in Reggio Calabria
Andrea Zuccon, medico in Treviso
Marco Maggi, medico in Modena
Giovanni Rosario Candela, medico in Firenze
Domenico Morabito, medico in Crotone
Claudia Ceconi, medico in Varese
Arianna Vettori, medico in Biella
Caterina Di Mauro, medico in Siracusa
Francesco Triggiani, medico in Putignano (Bari)
Francesco Barillà, medico in Pavia
Nadia Tricerri, medico in Torino
Francesco Sacchi, medico in Lecco
Claudio Paladini, medico in Sanguinetto (Verona)
Valentina Persico, medico in Ravenna
Agostina Scaglia, medico in Biella
Angelo Leone, medico in Palermo
Silvia Scalas, medico in Oristano
Paolo Dannibale, medico in Roma
Giorgio Costantin, medico in Padova
Stefania Papini, medico in Arezzo
Cristina Marchesini, medico in Trento
Rita Galati Rando, medico in Catania
Giovanni Hinrichsen, medico in La Spezia
Rosalia Tarantino, medico in Palermo
Stefano Vespo, medico in Sperlinga (Enna)
Sandra Savazzi, medico in Verona
Tiziana Gagliardi, medico in Caserta
Giulio Viganò, medico in Monza Brianza
Mina Imperio, medico in Pesaro Urbino
Lucia Landi, medico in Ferrara
Genoveffa Santoro, medico in Milano
Rinaldo Gallesio, medico in Imperia
Lina Pavanelli, medico in Ferrara
Patrizia Orlandini, medico in Ferrara
Angelo Scozzafava, medico in Roma
Domenico Scuderi, medico in Catania
Caterina Milazzo, medico in Trapani
Claudio Tagliapietra, medico in Genova
Giuseppe D'Andrea, medico in Udine
Ilaria Forte, medico in Udine
Alberto Bestetti, medico in Monza Brianza
Mario Esposito, medico in Roma
Luca Martino Nosetto, medico in Cassina de Pecchi (Milano)
Francesco Taormina, medico in Roma
Filippo Di Fava, medico in Roma
Anna Mattu, medico in Sassari
Paolo Nardi, medico in Firenze
Marco Capozza, medico in Roma

Luciana Calzolari, medico in Bergamo
Ebugheme Onu, medico in Padova
Rossella Pinna, medico in Sassari
Noemi Pavoni, medico in Roma
Marco Bonetti, medico in Padova
Roberto Festa, medico in Ancona
Mauro Codifava, medico in Verona
Rino Mattei, medico in Roma
Fiorella Caspoli, medico in Firenze
Anna Bertocchi, medico in Bergamo
Aroldo Zoli, medico in Forlì-Cesena
Alessandra Bruno, medico in Bari
Francesco Freschini, medico in Verona
Maria Grazia Murari, medico in Verona
Amedeo Bagarone, medico in Roma
Fabrizio Bonanno, medico in Bologna
Alberto Nagnolesi, medico in Pisa
Emanuele Sala, medico in Lecco
Antonino Ciappa, medico in Venezia
Paola Michelini, medico in Bologna
Floria Bortolotti, medico in Mantova
Rossella Mollo, medico in Napoli
Maria Ferraresi, medico in Roma
Roberto Andreetti, medico in Verzuolo (Cuneo)
Daniela Michelini, medico in Ferrara
Riccardo Canevello, medico in Genova
Nicoletta Ferrero, medico in Cuneo
Silvia Zenatelli, medico in Verona
Maria Luisa Iannuzzo, medico in Verona
Giuliano Milan, medico in Rovigo
Morena Conti, medico in Monza Brianza
Virginia Masiello, medico in Brindisi
Giuseppe Masiello, medico in Brindisi
Manuela Manara, medico in Modena
Inga Bantis, medico in Levico Terme (Trento)
Enrico Testini, medico in Savona
Maria Anna Mazza, medico in Milano
Costanza Mantovani, medico in Milano
Silvana Laganà, medico in Reggio Calabria
Guido Del Prete, medico in Bolzano
Anna Pasetto, medico in Vicenza
Giorgio Leggeri, medico in Mantova
Maria Chiara De Maria, medico in Trento
Stefano Favilla, medico in Ponte a Moriano (Lucca)
Roberta Bazzi, medico in Bologna
Alberta Crosazzo, medico in Torino
Luca Memmo, medico in Chieti
Nicoletta Iubini, medico in Modena

Meike Tiedemann, medico in Padova
Paolo Pendenza, medico in Peschiera del Garda (Verona)
Silvia Licata, medico in Bolzano
Renata Salerno, medico in Reggio Calabria
Roberto Manfredi, medico in Asti
Carla Costa, medico in Roma
Corrado Rosi, medico in Genova
Fabrizio Vinci, medico in Padova
Marco Conti, medico in Bologna
Viviana Mioranza, medico in S. Giuliano Terme-Asciano (Pisa)
Irene Genovese, medico in Livorno
Vera Vizzini, medico in Palermo
Maria Pia Occhinegro, medico in Taranto
Chiara Racanella, medico in Bologna
Maria Grazia Montagna, medico in Milano
Orsola Alessio, medico in Cuneo
Stefano D'Alessio, medico in Roma
Alessandra Taglioli, medico in Bologna
Pierdomenico Tolomei, medico in Forlì-Cesena
Vittoria Bellanza, medico in Lodi
Patrizia Cardarelli, medico Torino
Giovanna Cefalù, medico in Palermo
Rossella Nuti, medico in Pisa
Elena Ernesti, medico in Lucca
Maria Antonella Dell'Andrea, medico in Belluno
Concetta Zuccherò, medico in Pisa
Pasquale Foglia, medico in Napoli
Francesca Zingoni, medico in Montopoli in Val d'Arno (Pisa)
Angelo Pinto, medico in Taranto e in Brescia
Patrizia Buongiovanni, medico in Firenze
Manuela Rossi, medico in Pontedera (Pisa)
Giuseppe Alberto Scaglia, medico in Torino
Alfredo Marino, medico in Vicenza
Stefano Crescioli, medico in Sandrigo (Vicenza)
Alessio Cesare, medico in Ponteranica (Bergamo)
Carmela Cafasso, medico in Benevento
Giuseppe Mobilia, medico in Messina
Carlo Dal Cin, medico in Treviso
Fulvia Berquier, medico in Trieste
Gabriele Saudelli, medico in Bologna
Federica Lo Dato, medico in Bologna
Giovanni Grilli, medico in Trani
Giuseppe Ferrara, medico in Rimini
Loredana Arduin, medico in Rovigo
Davide Cantù, medico in Lecco
Enrico Gennari, medico in Reggio Emilia
Massimo Boccardo, medico in Venezia
Francesca Cecchini, medico in Rimini

Bruna Urso, medico in Napoli
Corrado Ballarini, medico in Bologna
Anna Bergamini, medico in Ferrara
Ugo Catola, medico in Firenze
Fabrizio Bernardi, medico in Cremona
Francesco Flore, medico in Roma
Erasmus Malagnino, medico in Grosseto
Barbara Vanni, medico in Milano
Alberto Di Carlo, medico in Pescara
Paolo Coppini, medico in Brescia
Giovanni Gigantino, medico in Salerno
Ciro Palumbo, medico in Avellino
Antonietta Serraiocco, medico in Pescara
Eduardo Ferrara, medico in Foggia
Maria Giuseppa Ceccotti, medico in Roma
Simona Turriziani, medico in Frosinone
Carlo Antonioli, medico in Pescara
Marco Zaniboni, medico in Vicenza
Marco Favali, medico in Modena
Fulvio Valeri, medico in Roma
Mirko Macchi, medico in Varese
Elena Ramilli, medico in Mestre
Gabriella Nataloni, medico in Roma
Rossana Salimbeni, medico in Seveso (Monza Brianza)
Tommaso Santini, medico in Parma
Maurizio Rocchi, medico in Belluno
Marco Loberti, medico in Roma
Elisabetta Campana, medico in Roma
Roberto Di Febo, medico in Teramo
Rita Bernacchi, medico in Pisa
Ilaria Muller, medico in Belluno
Marilena Lagravanese, medico in Caserta
Lucia Cumar, medico in Torino
Antonino Laudani, medico in Roma
Carla Federica Pescarmona, medico in Cuneo
Franco Cherubini, medico in Viterbo
Francesca Bertossi, medico in Trieste
Francesca Rea, medico in Latina
Maria Cristina Mocellin, medico in Milano
Daniela Rigoni, medico in Trieste
Rachele Volpe, medico in Treviso
Marco Murgia, medico in Torino
Caterina Murgia, medico in Cagliari
Eva Zonin, medico in Breganze (Vicenza)
Carlo Andreoni, medico in La Spezia
Caterina De Muri, medico in Vicenza
Luca Bertazzo, medico in Treviso
Paola Dattola, medico in Torino

Alessia Cerrina, medico in Torino
Angelo Giuliani, medico in Roma
Antonello Melis, medico in Cagliari
Maria Giovanna Corda, medico in Cagliari
Riccardo Tomassini, medico in Roma
Sabrina Boccalon, medico in Roma
Laura Fortuna, medico in Roma
Francesco Cosentino, medico in Trapani
Andrea Aste, medico in Serdiana (Cagliari)
Luciano Guidi, medico in Lucca
Stefania Usala, medico in Cagliari
Maria Filomena Luscri, medico in Roma
Sabrina Spera, medico in Roma
Giovanna Macculi, medico in Roma
Paolo Genangeli, medico in Roma
Doris Marinovic, medico in Bolzano
Patrizia Ugolini, medico in Roma
Paola Sechi, medico in Cagliari
Paolo Fangucci, medico in Roma
Laura Maria Tedde, medico in Cagliari
Valeria Vincenti, medico in Roma
Astrid Fedrizzi, medico in Trieste
Maria Grazia Masullo, medico in Pisa
Eleonora Bellomo, medico in Treviso
Chiara Cusa, medico in Pavia
Massimiliano Putzolu, medico in Cagliari
Maria Rosaria Aresta, medico in Rovigo
Rosa Armocida, medico in Torino
Francesco Fiorentino, medico in Torino
Rossana Centis, medico in Torino
Cosetta Greco, medico in Alessandria
Francesco Lauria, medico in Cagliari
Elisabetta Galli, medico in Trento
Barbara Demurtas, medico in Cagliari
Rossana Mianulli, medico in Bari
Anna Maria Pellandra, medico in Ferrara
Carlo Coiana, medico in Cagliari
Ettore Viganò, medico in Bologna
Antonella Atzei, medico in Cagliari
Rachele Abaribi, medico in Brescia
Giuliana Lussu, medico in Elmas (Cagliari)
Antonella Bonivento, medico in Trieste
Giuseppe Cernigliaro, medico in Palermo
Elena Bosi, medico in Vimodrone (Milano)
Marta Canuto, medico in San Damiano Macra (Cuneo)
Simonetta Cassulo, medico in Alessandria
Giuseppa Scaletta, medico in Palermo
Giorgio Moiraghi, medico in Milano

Fabio Bruno, medico in Alessandria
Roberto Risi, medico in Bologna
Maria Teresa Ventrella, medico in Bologna
Anna Guzzardo, medico in Villafrati (Palermo)
Virginia Cirolla, medico in Roma
Walter Roccabruna, medico in Trento
Stefano Restani, medico in Bologna
Andrea Zarpellon, medico in Vicenza
Maurizio Bellesi, medico in Macerata
Giovanni Borroni, medico in Macerata
Chiara Silvestrin, medico in Treviso
Salvatore Martiello, medico in Pozzuoli (Napoli)
Francesco Di Biasi, medico in Catania
Roberto Pagnanelli, medico in Trieste
Marina Mancinelli, medico in Appignano (Macerata)
Rosalia Geloso, medico in Palermo
Patrizia Cardinale, medico in Crotona
Giuseppe Maggio, medico in Messina
Angelo Daniel Maggio, medico in Pisa
Gabriella Bannò, medico in Modena
Alessandra Lunardis, medico in Trieste
Fiorenzo Carlino, medico in Lecce
Elisabetta Malaspina, medico in Bologna
Domenico Pepe, medico in Reggio Calabria
Pietro Vecchi, medico in Bologna
Marcella Brizzi, medico in Bologna
Roberta Giannetti, medico in Roma
Angelo Dolfi, medico in Pistoia
Carlo Giraldi, medico in Lucca
Maria Grazia Tamburini, medico in Bologna
Enrico Cipriani, medico in Roma
Sergio Ceravolo, medico in Bologna
Alessandro Curci, medico in Foggia
Maria Teresa Callegaro, medico in Padova
Claudio Lucas, medico in Udine
Antonio Palma, medico in Milano
Giovanna Cantaluppi, medico in Milano
Brunhilde Dander, medico in Verona
Silvia Lorusso, medico in Como
Domenico Pizzi, medico in Cuneo
Giovanni Ciardiello, medico in Barano d'Ischia (Napoli)
Pietro Berti, medico in San Marino
Fabio Passafiume, medico in Roma
Tiziano Zoratto, medico in Udine
Tiziana Galante, medico in Trieste
Sandra De Maio, medico in Lecco
Stefano Maria Tadonio, medico in Parma
Augusto Pezzola, medico in Brescia

Luca Benvegnù, medico in Belluno
Stefano Rossi, medico in Viterbo
Silvia Benedetto, medico in Torino
Alessandro Margiotta, medico in Rimini
Serena Goljevscek, medico in Trieste
Federica Sabbatini, medico in Rimini
Silvia Rossi, medico in Bergamo
Daniela Rossi, medico in Bergamo
Marta Raneri, medico in Udine
Giuseppe Mazzettini, medico in Milazzo (Messina)
Flavio Torresin, medico in Padova
Giovanni Favero, medico in Treviso
Ludovica Zaninari, medico in Udine
Isidoro Bruni, medico in Udine
Olga Frascini, medico in Lecco
Enrico Catalano, medico in Brescia
Andrea Landriani, medico in Milano
Gian Antonio Favero, medico in Treviso
Liliana Claudia Chis, medico in Udine
Antonio Scura, medico in Perugia
Ulderico Piersanti, medico in Pesaro-Urbino
Ferruccio De Meo, medico in Messina
Elena Grazioli, medico in Brescia
Tiziano Caprara, medico in Udine
Gianfranco Orlando, medico in Trieste
Stefano Moriconi, medico in Roma
Antonella Tidu, medico in Cagliari
Stefano Clauti, medico in Udine
Andrea Zanettovich, medico in Trieste
Simona Rivera, medico in Torino
Monica Poletto, medico in Udine
Arianna Franco, medico in Padova
William Gamba, medico in Savona
Antonella Monini, medico in Roma
Fernando Luisi, medico in Udine
Gian Piero Pescarmona, medico in Torino
Francesca Moscatelli, medico in Trento
Maria Grazia Cortesi, medico in Verona
Dario Urzi, medico in Padova
Caterina Gerolami, medico in Trieste
Pierangelo Bertelli, medico in Milano
Piero Botti, medico in Parma
Rosalba Mischi, medico in Roma
Amanda Pigo, medico in Gorizia
Elena Morassutti, medico in Gorizia
Francesca Costabile, medico in Roma
Maria Elisa Grapulin, medico in Trieste
Leonardo Ruvolo, medico in Milano

Barbara Barbieri, medico in Padova
Domenico Gentiluomo, medico in Messina
Elisa Valmori, medico in Milano
Marina Godas, medico in Udine
Luigi Vitiello, medico in Napoli
Federica Fuda, medico in Trieste
Luciano Rizzo, medico in Trieste
Giuseppe Rossi, medico in Napoli
Cinzia Campregher, medico in Trento
Roberta Mattossovich, medico in Trieste
Marco Bertali, medico in Trieste
Silene Piscanec, medico in Trieste
Massimo Mastrorilli, medico in Roma
Lucia Giuliano, medico in Catania
Lucilla Dammino, medico in Catania
Ilaria Tallone, medico in Genova
Monica Lusvardi, medico in Reggio Emilia
Sandra Bergamini, medico in Ferrara
Cristiana Onnis, medico in Cagliari
Andrea Corda, medico in Cagliari
Simonetta Coraggia, medico in Padova
Angelito Tirota, medico in Savona
Nicoletta Trullo, medico in Reggio Emilia
Emanuela Butteri, medico in Milano
Enrico Cardona, medico in Viterbo
Riccardo Miglioli, medico in Cremona
Maria Beatrice Bassi, medico in Reggio Emilia
Marco Rolli, medico in Castelfranco Emilia (Modena)
Alessandra Filzoli, medico in Monza Brianza
Anna Maria Poerio, medico in Napoli
Vincenzo Esposito, medico in Napoli
Emanuela Piron, medico in Trento
Dina Nerozzi, medico in Roma
Eulalia Caria, medico in Torino
Raffaele Pirodda, medico in Cagliari
Marianosa Bonazzoli, medico in Novara
Manuela Consalvi, medico in Roma
Stefania Penco, medico in Genova
Pietrina Solinas, medico in Cagliari
Francesco Oliviero, medico in Palermo
Olga Dettori, medico in Roma
Marina Cametti, medico in Guidonia Montecelio (Roma)
Ornella De Angelis, medico in Napoli
Rodolfo Incarnato, medico in Banzi (Potenza)
Donatella Ovan, medico in Gorizia
Marco Pagogna, medico in Novara
Federica Vian, medico in Salzano (Venezia)
Marina Valmorbida, medico in Vicenza

Giampiero Salvati, medico in Padova
Giovanni Beghini, medico in San Pietro in Cariano (Verona)
Maria Pia Lucà, medico in Messina
Tiziana Marilla Buratti, medico in Milano
Francesca Valle, medico in Milano
Sandra Stoppelli, medico in Milano
Daniela Di Vita, medico in Lucca
Paolo Rocchetti, medico in Trento
Amedeo Russo, medico in Napoli
Rosacarla Intermite, medico in Varese
Maddalena Maria Cautiero, medico in Napoli
Fabio Liviero, medico in Milano
Maria Cianciulli, medico in Napoli
Alessandra Saggini, medico in Verona
Margherita Palmeri, medico in Aosta
Nadia Meccoli, medico in Genova
Ondina Godas, medico in Gorizia
Michaela La Vecchia, medico in Palermo
Luisa Corassori, medico in Brescia
Riccardo Ortolani, medico in Verona
Roberta Raffelli, medico in Bologna
Americo Mancini, medico in Bari
Andrea Rosali, medico in Padova
Eduardo Missoni, medico in Milano
Silvana Reale, medico in Lomazzo (Como)
Annalisa Busca, medico in Trieste
Augusto Bastianello, medico in Milano
Paola Bertoldi, medico in Pavia
Francesca Moggi, medico in Reggio Emilia
Veronica Morellini, medico in Biella
Angelo Minarelli, medico in Cuneo
Luisa Mobili, medico in Latina
Monica Lai, medico in Sassari
Daniele Franzil, medico in Sassari
Donatella Carinci, medico in Roma
Elena Velicogna, medico in Milano
Pietro Quaia, medico in Pordenone
Maria Antonietta Cavina, medico in Ravenna
Michele De Giosa, medico in Bari
Antonio Marco Adamo, medico in Valderice (Trapani)
Emma Loiero, medico in Catanzaro
Elena Francesca Giorgia Forni, medico in Forlì-Cesena
Manuela Romeo, medico in Reggio Calabria
Maria Rita Alterio, medico in Roma
Livia Mondina, medico in Milano
Pia Pizziconi, medico in Roma
Franco Del Vigo, medico in La Spezia
Alessandro Tripodi, medico in Venezia

Simona Ferrari, medico in Ferrara
Pierpaolo Soldo, medico in Sant'Agata di Puglia (Foggia)
Barbara Ferraina, medico in Como
Roberto Lanzi, medico in Cremona
Eleonora Esposito, medico in Ferrara
Pierina Sau, medico in Sassari
Giulia Lucariello, medico in Sassari
Federico Lenchi, medico in Pavia
Franco Zane, medico in San Donà di Piave (Venezia)
Enrico Alvisi, medico in Ferrara
Daniela Gherardini, medico in Modena
Luca Poretti, medico in Taranto
Marta Erba, medico in Como
Grazia Fornara, medico in Novara
Franca Mazzeo, medico in Foggia
Biljana Cajic, medico in Martignacco (Udine)
Alessandro Montedori, medico in Perugia
Vittorio Boero, medico in Genova
Maria Sacco, medico in Foggia
Mariapaola Assunta Recco, medico in Roma
Valeria Gandolfi, medico in Cremona
Antonino Frustaglia, medico in Gorgonzola (Milano)
Chiara Castelli, medico in Olbia
Roberta Paradisi, medico in Fiumicino (Roma)
Domanico Macaluso, medico in Palermo
Roberto Gabbrielli, medico in Siena
Marina Solesin, medico in Venezia
Anna Maria Caputo, medico in Roma
Giusy Corrao, medico in Lugano (Svizzera)
Maria Gibilaro, medico in Forio d'Ischia (Napoli)
Anna Cesa Bianchi, medico in Sondrio
Caterina Carrabba, medico in Firenze
Salvatore Poma, medico in Genova
Micol Maria Mazzei, medico in Messina
Bruno Pierangelo Becchio, medico in Torino
Eurosia Cazzamalli, medico in Cremona
Giorgio Ciaccio, medico in Palermo
Tiziana Repetto, medico in Aosta
Maria Antonietta Cambrea, medico in Lecco
Maria Concetta La Rocca, medico in Palermo
Paolo Cuguttu, medico in Sassari
Claudia Caruso, medico in Milano
Claudio Ammendola, medico in Palermo
Giuseppina Vento, medico in Ragusa
Salvatrice Cavaliere, medico in Vicenza
Silvano Tramonte, medico in Milano
Maddalena Giovannini, medico in Bologna
Romana Sartori, medico in Monza Brianza

Chiara Cesaretti, medico in Pistoia
Sefora Sara Coradduzza, medico in Sassari
Maria Luisa Nurra, medico in Sassari
Angelica Bertacci, medico in Prato
Maria Luigia Angius, medico in Sassari
Lorenzo Cossu, medico in Sassari
Anna Casu, medico in Sassari
Ines Mirte Putzu, medico in Sassari
Simona Fontana, medico in Como
Mario Saverio Spagnuolo, medico in Roma
Maurizio Ciarfuglia, medico in Perugia
Monica Vita, medico in Macerata
Alessandra Lo Presti, medico in Palermo
Giuseppe Tripodi, medico in Venezia
Giovanna Sacco, medico in Bologna
Marco Morello, medico in Padova
Maria Farris, medico in Sassari
Giovanna Ronza, medico in Cremona
Nicola Pantano, medico in Palermo
Maria Antonietta Balzola, medico in Milano
Franco D'Urso, medico in Catania
Rosa Maria Calderone, medico in Palermo
Gennaro Muscari Tomaioli, medico in Venezia
Rosalia Tarantino, medico in Sicilia
Cristina Padovan, medico in Bolzano
Iva Mognon, medico in Vicenza
Floriana Santori, medico in Perugia
Luisa Pittiglio, medico in La Spezia
Giuseppina Ragusa, medico in Palermo
Simonetta Marchiotto, medico in Verona
Sonia Gianotti, medico in Reggio Emilia
Rino Guglielmi, medico in Verona
Salvatore Farruggia, medico in Torino
Raimondo Pische, medico in Venezia
Maria Sabina Bitti, medico in Sassari
Lucia Petito, medico in Foggia
Chiara Corsini, medico in Verona
Giulia Muggeri, medico in Perugia
Lucio Antonello, medico in Verona
Anna Rita Iannetti, medico in Pescara
Raffaele Pagliaro, medico in Avellino
Elvezia Fumagalli, medico in Erba (Monza Brianza)
Elena Crivellaro, medico in Padova
Sophie Ott, medico in Piacenza
Clara Maria Granatieri, medico in Milano
Antonello Bartoli, medico in Trieste
Piero Maria Picotti, medico in Verona
Nerella Petrini, medico in Pistoia

Bartolomeo Lorusso, medico in Matera
Rosanna Caroli, medico in Pergine Valsugana (Trento)
Paola Bordignon, medico in Cittadella (Padova)
Elena Bosi, medico in Milano
Alberto Crivellaro, medico in Padova
Monica Garbari, medico in Trento
Emanuele Meneghini, medico in Padova
Anna Gentileschi, medico in Prato
Giovanna Baldovin, medico in Belluno
Massimo Presacco, medico in Padova
Fedora Fornaini, medico in Livorno
Elisabetta Canetta, medico in Padova
Paola Rosso, medico in Torino
Barbara Favole, medico in Torino
Leopoldo Gaeta, medico in Foggia
Cristina Pietrantonio, medico in Parma
Laura Demarchi, medico in Torino
Cesare Torchiarella, medico in Padova
Lea Caratelli, medico in Pesaro Urbino
Monica Di Lupo, medico in Pisa
Antonio Picucci, medico in Foggia
Emanuela Favaron, medico in Padova
Massimo Ciampi, medico in Foggia
Andrea Boccardo, medico in Chiavari (Genova)
Elisa Zanon, medico in Trento
Silvia Serio, medico in Verona
Bruno Breda, medico in Padova
Alessandro Greco, medico in Trento
Mariagrazia Oliveri, medico in Genova
Liliana Demichelis, medico in Torino
Monica Sapio, medico in Palermo
Francesca Maria Lapis, medico in Caltanissetta
Franco Tarelli, medico in Torino
Maria Balducci, medico in Fano (Pesaro Urbino)
Cristina Del Francia, medico in Lucca
Mirella Bemi, medico in Viareggio (Lucca)
Alessandra Alessi, medico in Padova
Claudio Gullotta, medico in Catania
Irene Paglia, medico in Torino
Pierluigi Nicoletti, medico in Firenze
Alessandro Quaglio, medico in Padova
Irene Albano, medico in Padova
Irene Iob, medico in Padova
Oretta Damiani, medico in Livorno
Pierluigi Martini, medico in Vicenza
Pier Franco Mantovani, medico in Prato
Stefano Galli, medico in Trento
Giuseppina Zonta, medico in Vicenza

Cristina Adriana Chiriac, medico in Pavia
Gina Molinaro, medico in Salerno
Paolo Mario Cristofani, medico in Brescia
Alessandro Calzolari, medico in Trento
Maddalena Vitali, medico in Genova
Mariagrazia Luppino, medico in Reggio Calabria
Giovanni Alcamisi, medico in Palermo
Luigia Bocciarelli, medico in Lecco
Antonio Vinci, medico in Brescia
Giampiero Bonazzi, medico in Milano
Francesca D'Amico, medico in Salerno
Enrica Bertoli, medico in Genova
Maria Isabella Ramunni, medico in Bari
Marzia Di Pietro Paolo, medico in Ancona
Giuseppina Renzulli, medico in Bari
Carmela Peci, medico in Pisa
Alice Pasini, medico in Forlì Cesena
Tito Pignedoli, medico in Milano
Vincenzo Polizzi, medico in Pesaro Urbino
Teresa Mosca, medico in Livorno
Marzio Matteoli, medico in Pisa
Luisa Denti, medico in Bergamo
Vittoria Cassioli, medico in Siena
Cinzia Corucci, medico in Perugia
Loredana Neri, medico in Roma
Maria Chiara Petruzzellis, medico in Roma
Salvatore Cavallo, medico in Matera
Osvaldo Sponzilli, medico in Roma
Giorgio Spedini, medico in Brescia
Paolo Schicchi, medico in Brescia
Tarcisio Prandelli, medico in Brescia
Roberto Latini, medico in Lariano (Roma)
Lorenzo Borghese, medico in Roma
Alberico Di Donato, medico in Cugnoli (Pescara)
Violeta Ciobanu, medico in Cuneo
Francesco Lauria, medico in Cagliari
Maria Grazia Minoia, medico in Lodi
Carla Pezzani, medico in Parma
Graziella Iacopini, medico in Roma
Elisa Trevisani, medico in Verona
Clara Besso, medico in Cuneo
Giuseppe Sardeo, medico in Treviso
Carlo Ziliani, medico in Cremona
Lucio Laghi, medico in Parma
Teresa Acampora, medico in Caserta
Luigi Billi, medico in Forlì
Maria Lucia Colagrossi, medico in Genova
Vincenzo Chiodo, medico in Torino

Larysa Pavlovska, medico in Gorizia
Mattia Carini, medico in Reggio Emilia
Manuela Papetti, medico in Rodano (Milano)
Claudio Gatti, medico in Avellino
Massimo Fioranelli, medico in Roma
Domenico Mastrangelo, medico in Pescara
Alessandro Tansella, medico in Fermo
Giuseppe Morra, medico in Ancona
Massimo Pisano, medico in Catanzaro
Margherita Valtorta, medico in Torino
Maria Teresa Turrini, medico in Montevarchi (Arezzo)
Leonardo Calabrese, medico in Almese (Torino)
Ezio Givone, medico in Orbassano (Torino)
Rina Basile, medico in Catanzaro
Franco Tarello, medico in Torino
Fabio Boem, medico in Venezia
Loredana Pecorini, medico in Milano
Carla Bastianelli, medico in Roma
Aurora Sandu, medico in Sondrio
Anna Maria Gualdoni, medico in Milano
Massimo Orlandini, medico in Firenze
Laura Liberati, medico in Padova
Giovanni Chiaravalloti, medico in Rocca di Neto
Massimo Verga, medico in Bergamo
Laura Leonardelli, medico in Trento
Ugo Di Mase, medico in Ferrara
Lucio Bertoncini, medico in Milano
Giuseppina Scalici, medico in Palermo
Pierluigi Tubia, medico in Venezia
Guido Cantamessa, medico in Bergamo
Cristina Corradini, medico in Modena
Chiara Silvestrin, medico in Conegliano
Nunziata Pezza, medico in Novara
Francesco Gallo, medico in Cellatica
Mario Saverio Spagnuolo, medico in Roma
Giangiacomo Di Tello, medico in Benevento
Angelo D'Amato, medico in Pescara
Nadia Biancotti, medico in Torino
Paolo Zavarella, medico in Roma
Clara Maria Granatieri, medico in Milano
Yubeydis Karina Cordobes, medico in Milano
Giorgio Rosanda, medico in Pordenone
Ada Renata Satragni, medico in Aosta
Alessandra Dei, medico in Milano
Angelo Dolfi, medico in Pistoia
Filippo Stella, medico in Ragusa
Vincenza Alba Elia, medico in Trapani
Giulia Fadda, medico in Roma

Luigi Gulinelli, medico in Ravenna
Antonino Frustaglia, medico in Milano
Andrea Bolzoni, medico in Parma
Ernesta Marando, medico in Roma
Franco Desiderio, medico in Rimini
Alberto Calderoli, medico in Bergamo
Gianni Zecchel, medico in Venezia
Amato Roberto Banducci, medico in Lucca
Ilaria Russo, medico in Lucca
Oreste Vittorio Sabetta, medico in Campobasso
Maria Angelina Piscolla, medico in Terni
Raffaele De Biase, medico in Mantova
Caterina Graziano, medico in Santa Marinella (Roma)
Patrizia Tiberi, medico in Terni
Giovanna Ronza, medico in Casalbuttano
Franco Zane, medico in San Donà del Piave
Claudio Quaglino, medico in Biella
Annalisa Moretto, medico in Torino
Walter Trisorio, medico in Arluno
Nicola Di Maio, medico in Napoli
Tonino Deplano, medico in Nuoro
Maurizio Orputi, medico in Roma
Anna Rita Di Matteo, medico in Napoli
Mauro Manghi, medico in Reggio Emilia
Michele Tinti, medico in Bologna
Daniela Pignatelli, medico in Viterbo
Nicola Bianchi, medico in Verona
Letizia Bompani, medico in Rimini
Claudia Marc, medico in Trieste
Roberta Pittau, medico in Cagliari
Claudia Cucino, medico in Milano
Teresa Mosca, medico in Livorno
Melchiorre Gambaro, medico in La Spezia
Stefania Pallini, medico in Livorno
Marra Maria Suarez, medico in Vercelli
Giovanna Battista Giordano, medico in Torino
Alessandro Natella, medico in Torino
Paola Vivalda, medico in Torino
Mario Priore, medico in Torino
Stefano Limontini, medico in Novara
Marina Triulzi, medico in Milano
Emilio Terziano, medico in Susa (Torino)
Davide Rubini, medico in Bologna
Laura Scillone, medico in Firenze
Tiziano Setti, medico in Reggio Emilia
Maurizio Di Matteo, medico in Pisa
Salvatore Neri, medico in Bergamo
Vanni Frajese, medico in Roma

Daniela Bortolin, medico in Torino