

Alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Ivrea
Edificio A, Tribunale di Ivrea, Via Cesare Pavese, 4, 10015 IVREA (TO)
p.c. Carabinieri Stazione di Valchiusa
Via Circonvallazione 4 – Loc. Vico Canavese
10089 VALCHIUSA (TO)

Alla Corte Penale Internazionale
Information and Evidence Unit
Office of the Prosecutor
Post Office Box 19519
2500 CM The Hague
The Netherlands
e-mail: otp.informationdesk@icc-cpi.int

Al Cancelliere della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo Consiglio d'Europa
F-67075 STRASBOURG CEDEX

Drusacco, 26 febbraio 2022

Versione con correzioni apportate il 16 marzo 2022 a pp. 9, 47-48, 66, 84, 89-92 [35], 94, 95, 99, 100, 128

OGGETTO: Presentazione di denuncia/querela
(il presente documento consta di 129 pagine dattiloscritte)

Le sottoscritte

Young Paola

nata a Newport (RU) il 04/11/1972
C.F. YNG PLA 72S44 Z114U
residente a:
STR. PROV. PER TRAVERSELLA – LOC. DRUSACCO – 10089 VALCHIUSA (TO)
C.I. AV160218 rilasciata dal Comune di Vico Canavese (TO) il 21/06/2017; SCADENZA:
04/11/2027

Young Carla

nata a Ivrea (TO) il 15/10/1974
C.F. YNG CRL 74R55 E379D
residente a:
VIA C. BARBERO 14 – LOC. DRUSACCO – 10089 VALCHIUSA (TO)
PAT. U15R17547X; SCADENZA: 15/10/2030
C.I. AO8446503 rilasciata dal Comune di Vico Canavese (TO) il 17/08/2011; SCADENZA:
17/08/2021 (non rinnovata per impossibilità di accedere agli uffici del Comune di Valchiusa
– TO – in mancanza di possesso della Certificazione Verde)

e-mail: young.traduzioni@gmail.com

Sporgono formale denuncia/querela nei confronti di:

Sergio MATTARELLA, Presidente della Repubblica

Mario DRAGHI, Presidente del Consiglio dei ministri

Enrico GIOVANNINI, Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili

Luigi DI MAIO, Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale

Luciana LAMORGESE, Ministro dell'interno

Marta Maria Carla CARTABIA, Ministro della giustizia

Lorenzo GUERINI, Ministro della difesa

Daniele FRANCO, Ministro dell'economia e delle finanze

Roberto CINGOLANI, Ministro della transizione ecologica

Roberto SPERANZA, Ministro della salute

Renato BRUNETTA, Ministro della pubblica amministrazione

Andrea ORLANDO, Ministro del lavoro e delle politiche sociali

Patrizio BIANCHI, Ministro dell'istruzione

Giancarlo GIORGETTI, Ministro dello sviluppo economico

firmatari di una serie di decreti, alcuni dei quali convertiti in legge, finalizzati all'imposizione, tramite la limitazione progressiva di diritti inalienabili fino alla loro totale soppressione – senza la benché minima giustificazione logica e scientifica –, di un trattamento profilattico sperimentale che sta oltretutto dimostrando di avere effetti nefasti,

e inoltre nei confronti di tutti coloro che hanno contribuito a mettere in atto e perpetrare gli illeciti segnalati nel presente esposto, tra i quali l'ex Presidente del Consiglio dei ministri

Giuseppe CONTE, l'ex Commissario per l'emergenza COVID-19 **Domenico ARCURI**, l'attuale Commissario per l'emergenza COVID-19 **Francesco Paolo FIGLIUOLO**, tutti i membri del **Comitato Tecnico-Scientifico** (CTS), i vertici dell'**Agenzia Italiana del Farmaco** (AIFA),

per le violazioni in materia di diritti umani, diritto internazionale, diritto costituzionale, diritto nazionale, nonché per tutti quei reati che l'Autorità Giudiziaria competente potrà ravvisare nei fatti di seguito enunciati.

Per agevolare la consultazione del documento, si riportano in rosso i riferimenti ai paragrafi in cui vengono affrontati in modo più esaustivo gli argomenti sollevati nel corpo principale dell'esposto, e in apice i riferimenti ai documenti citati, tutti reperibili in rete.

In data 7/1/2022 è stato emanato il Decreto-legge n. 1/22, recante “**Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza COVID-19, in particolare nei luoghi di lavoro, nelle scuole e negli istituti della formazione superiore**”, che, *inter alia*, ha esteso l’“*obbligo*” di sottoporsi al vaccino “*per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2*” a tutta la popolazione ultracinquantenne residente in Italia, precludendo a chi non è in regola la possibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa sia nel settore pubblico che in quello privato, nonché prevedendo, in caso di inottemperanza, sanzioni pecuniarie tanto nei confronti di coloro che si recano al lavoro senza essere in regola con il ciclo vaccinale previsto dallo stesso decreto (comprensivo di dose di richiamo), quanto nei confronti di pensionati e disoccupati. [1]

Si noti innanzitutto che, al fine di consentire l’irrogazione delle sanzioni contemplate – che, come si vedrà più avanti, sono già illegittime in quanto finalizzate all’estorsione del consenso ad un trattamento sperimentale – il testo del decreto prevede la trasmissione di dati sensibili della popolazione (elenco dei soggetti non vaccinati) dalle aziende sanitarie all’Agenzia delle Entrate, elemento, quest’ultimo, forse già di per sé sufficiente a configurare il reato di *violazione della privacy* (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196; Regolamento UE 679/2016).

Si rileva inoltre che le disposizioni relative all’obbligo vaccinale per i cittadini ultracinquantenni di cui all’articolo 1 del decreto-legge in questione si applicano “*fino al 15 giugno 2022*”, estendendosi cioè addirittura oltre la scadenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020. Si evidenzia infatti che quest’ultimo era stato prorogato, per effetto del D.L. 221 del 24/12/21, “*fino al 31 marzo 2022*” (Art. 1), proroga comunque già di per sé illegittima in quanto eccedente il termine massimo previsto per legge (D.lgs. n. 1 del 2 gennaio 2018, Codice della protezione civile – art. 24, co. 3) [2]. Poiché lo stato di emergenza costituisce la condizione in base alla quale si giustifica tutta una serie di atti e provvedimenti adottati in deroga ai normali processi costituzionali, è sufficiente l’**illegittimità della proroga** in sé ad integrare il reato di **usurpazione di potere politico** (art. 287 c.p. [48]).

I vaccini a cui fa riferimento l’obbligo previsto dal D.L. n. 1/22 in esame, definiti nel decreto-legge stesso come vaccini per la “*prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2*”, stanno in realtà a significare i cosiddetti vaccini “*per la prevenzione di COVID-19*”, i quali, oltre a non possedere neppure dichiaratamente la prerogativa contemplata dal decreto-legge di prevenire l’infezione da SARS-CoV-2 [3], sono **TUTTI farmaci SPERIMENTALI** [4] soggetti a “*prescrizione medica*

limitativa (RRL)” [5] per i quali gli enti regolatori del farmaco rilasciano autorizzazioni emergenziali [6] sulla base dell’asserita – e palesemente falsa [7] – assenza di terapie alternative conosciute che siano efficaci per la cura del COVID-19. Pertanto la regolarità stessa delle autorizzazioni di cui sopra (nonché di tutte quelle rilasciate, sulla base delle stesse premesse, per farmaci sperimentali per la terapia del COVID-19 – antivirali, immunosoppressori, anticorpi monoclonali, ecc.) richiederebbero di essere poste al vaglio della Magistratura [8].

Consegue da quanto sopra che l’obbligo contemplato dal D.L. n. 1/22 corrisponde, nel caso dei farmaci in questione, all’**obbligo di sottoporsi a una terapia sperimentale**. Questo costituisce una **PALESE E GRAVISSIMA VIOLAZIONE** della legislazione vigente in tema di sperimentazione medica sugli esseri umani. Già il **Codice di Norimberga** del 1947 [9] prevede tassativamente (punto 1) che tale sperimentazione possa essere condotta **ESCLUSIVAMENTE** con il **consenso informato** dell’interessato e che **nessuna forma di pressione psicologica**, e tanto meno di **coercizione**, possa essere esercitata sull’individuo al fine di estorcere tale consenso. Lo stesso principio è poi ribadito dall’Articolo 7 della **Convenzione internazionale sui diritti civili e politici** del 1966 (ICCPR), di cui anche l’Italia è firmataria: l’Articolo 7, inderogabile, prevede infatti che (neretto aggiunto)

Nessuno può essere sottoposto alla tortura né a punizioni o trattamenti crudeli, disumani o degradanti, in particolare, nessuno può essere sottoposto, senza il suo libero consenso, ad un esperimento medico o scientifico.

Di validità ancora più generale è il testo della **Convenzione per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina**, firmata ad Oviedo nel 1997, di cui l’Italia ha autorizzato la ratifica per mezzo della legge 28 marzo 2001, n. 145, ma non ha ancora depositato il relativo strumento. Nell’Articolo 2 – *Primato dell’essere umano* si enuncia che (neretto aggiunto):

L’interesse e il bene dell’essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza.

L’Articolo 5 – *Regola generale* recita (neretto aggiunto):

“Un intervento nel campo della salute può essere effettuato soltanto dopo che la persona interessata ha dato il suo consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell’intervento e sulle sue

conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, ritirare liberamente il proprio consenso.”

Gli unici interventi medici ammessi, in assenza di possibilità di ottenere il consenso o in assenza di desiderio precedentemente espresso e in situazioni di emergenza, sono quelli indispensabili “*per il beneficio della salute della persona interessata*” (Artt. 8 e 9).

Il D.L. n. 1/22 è l'ultimo in ordine di tempo di una lunga serie di atti e provvedimenti governativi, regionali, e locali progressivamente compressivi dei diritti fondamentali nei confronti, specialmente, di quella parte della popolazione che decide di esercitare il proprio diritto di libera scelta, non sottoponendosi al trattamento sperimentale previsto. Si tratta pertanto di atti e provvedimenti **discriminatori** – volti alla progressiva emarginazione sociale di coloro che si oppongono all'imposizione – i quali sono costantemente accompagnati, oltretutto, da una martellante campagna propagandistica e denigratoria [10], con la pervicace delegittimazione di chiunque sollevi dubbi, messa in atto, non solo dai mezzi di comunicazione di massa, ma persino da esponenti delle istituzioni – a partire dal Presidente della Repubblica – e avente l'effetto (se non il preciso intento) di creare spaccature insanabili nel tessuto sociale, andando a configurare [11] le ipotesi di reato rubricate dagli articoli 270, 270-bis e 286 del codice penale [48]. Le restrizioni previste dagli atti menzionati sopra vanno dall'imposizione di frequenti test invasivi (test disponibili anch'essi con autorizzazione di emergenza, ad es. test antigenico o molecolare) per potere accedere a luoghi aperti al pubblico (pena sanzioni amministrative), o per potersi recare sul posto di lavoro (pena sospensione non retribuita e/o sanzioni amministrative), alla compressione del diritto allo studio e del diritto allo spostamento, alla compressione dei diritti di espressione e di manifestazione, riunione, e culto, all'obbligo di sottoporsi al vaccino per potere usufruire di determinate strutture socio-assistenziali, oppure per poter svolgere determinate attività lavorative, con o senza possibilità di rimansionamento/demansionamento o con la previsione di una sospensione non retribuita, oppure ancora per potere usufruire di mezzi di trasporto pubblici, frequentare luoghi socio-culturali e strutture sportive, accedere a bar e ristoranti, fino all'obbligo vaccinale, istituito col decreto-legge in questione, imposto a una determinata fascia della popolazione, nella fattispecie la popolazione ultracinquantenne. [12] **Tutto ciò ha causato, e continua a causare, danni psicologici, sociali, ed economici incalcolabili, irreversibili, e irreparabili.**

Gli atti a cui si fa riferimento sopra, come detto profondamente discriminatori, ricorrono sostanzialmente all'arma del **ricatto** per forzare la popolazione a sottoporsi al trattamento vaccinale. Questo, oltre a configurare il reato di **violenza privata** (art. 610 c.p. [48]), costituisce una **GRAVISSIMA VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI FONDAMENTALI**, espressamente tutelati da una corposa legislazione nazionale e sovranazionale [13].

Le restrizioni imposte, che si traducono in una progressiva emarginazione sociale nella sostanza assimilabile a una “**condanna a morte civile**”, sono basate sull'**assunto aprioristico** che coloro che, per scelta o per motivi di salute, non si sottopongono al trattamento previsto o comunque non si attengono rigorosamente all'alquanto mutevole programma vaccinale [14] costituiscono un rischio per se stessi e per la società, perché considerati potenziale causa di contagio e a maggior rischio di contrarre l'infezione in forma grave e conseguentemente di congestionare i posti in terapia intensiva. Coloro che al contrario si sottopongono al trattamento e sono in regola con il programma vaccinale sarebbero a rischio trascurabile di contrarre e diffondere l'infezione ed in ogni caso sarebbero protetti dagli effetti più gravi della malattia, e quindi non costituirebbero un rischio per se stessi e per la società.

L'assunto di cui sopra è dimostrabilmente falso: infatti, poiché il vaccino in questione non è immunizzante [3], non solo i soggetti vaccinati non sono a rischio trascurabile di contrarre l'infezione, anche in forma grave o mortale – come d'altra parte emerge dai bollettini emanati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [15], dagli svariati casi di cronaca [16], da testimonianze di operatori sanitari [17], dagli eventi avversi segnalati alla vaccinovigilanza [18], e dai rapporti dell'AIFA sulla sorveglianza dei vaccini, dove l'infezione da COVID-19 risulta come la più frequente causa di decesso (insieme agli eventi trombotici) **riconosciuta come correlabile alla somministrazione del vaccino** [19] – ma vi sono addirittura fonti ufficiali che asseriscono che la carica virale presente nei soggetti vaccinati che contraggono la malattia (nella fattispecie la variante Delta) è assolutamente confrontabile con quella presente nei soggetti non vaccinati [20], il che significherebbe che la probabilità di diffusione dell'infezione, una volta contratta, sia del tutto confrontabile per le due categorie. Emerge inoltre dai dati ufficiali britannici [21] – ed è stato anche ammesso da rappresentanti delle istituzioni sanitarie italiane [22] – un maggior rischio di contrarre l'infezione (in particolare la variante Omicron) tra la popolazione vaccinata, e soprattutto tra coloro che hanno effettuato anche la dose di richiamo; in altre parole, tali

trattamenti possono **concorrere alla diffusione di patogeni** o addirittura **amplificarla**. Questi elementi sono già di per sé sufficienti ad affermare che i vaccini in questione **non funzionano**. È assolutamente **demenziale** l'imposizione di un trattamento vaccinale che si dimostra inefficace a prevenire la patologia a cui è mirato.

A falsare la reale incidenza della patologia nella popolazione vaccinata contribuisce la mancanza di trasparenza nella definizione di “*soggetti non vaccinati*”, che spesso include coloro che non hanno completato il ciclo vaccinale così come previsto secondo la definizione del momento [15]. Il programma vaccinale, infatti, è tutt'altro che definito, in quanto, essendo anch'esso sperimentale, è soggetto a continue variazioni in corso d'opera riguardanti tanto il numero, la cadenza, e il dosaggio delle somministrazioni, quanto la tipologia di prodotti da somministrare [14].

Se già con gli atti e provvedimenti che precedevano il Decreto-legge n. 1/2022 è stato da tempo violato il divieto previsto dal Codice di Norimberga, e recepito dalle Convenzioni già citate, di esercitare qualsiasi tipo di pressione che possa condizionare la scelta dell'individuo – divieto posto anche come premessa del Regolamento del Parlamento europeo 953/2021 (considerando 36) [23] –, nel caso del decreto-legge in questione il legislatore si è addirittura spinto alla radicale e arbitraria negazione della **libertà di autodeterminazione terapeutica**, rendendo obbligatorio il trattamento sperimentale per tutti gli individui ultracinquantenni.

Ad aggravare il sopruso, inoltre, è prevista comunque la necessità per tale categoria della sottoscrizione del consenso informato al trattamento terapeutico, consenso in questo caso **palesamente estorto**. Questa deliberata ambiguità, o meglio perversa ipocrisia, trova eco nei mezzi di informazione e nei rapporti ufficiali che continuano ad utilizzare espressioni come “*coloro che hanno scelto di vaccinarsi?*” (a proposito di questa ambiguità, sia sufficiente leggere le parti sottolineate del discorso di fine 2021 del Presidente della Repubblica e dell'intervista comparsa sul Corriere del 4 dicembre 2021 al Ministro Renato Brunetta riportati in [10]).

Anche al di là di quanto sopra evidenziato, comunque, è seriamente discutibile che il consenso che si richiede di firmare all'interessato sia veramente informato, in quanto le informative messe a disposizione dall'AIFA allegate al modulo per la firma del consenso informato sono gravemente omissive e contengono palesi mistificazioni [24]; in particolare, **manca la fondamentale informazione che si tratta di farmaci sperimentali e che possono causare gravi disabilità permanenti e persino la morte**.

Di non minore gravità è il fatto che viene regolarmente negata l'esenzione dalla somministrazione vaccinale persino in caso di soggetti particolarmente fragili, che presentano evidenti fattori di rischio o che hanno manifestato in precedenza sospette e documentate reazioni avverse (talora anche gravi) al farmaco [25]. Tutto ciò costituisce una palese **violazione del punto 3 della Dichiarazione di Helsinki** del 2013 [26] nonché del **punto 10 del Codice di Norimberga** [9], e va contro quanto previsto dalla Circolare del 9 febbraio 2021, recante *“Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato”* [27].

Si rileva altresì che l'imposizione indiscriminata di un qualunque farmaco – e a maggior ragione di un farmaco sperimentale – senza alcuna attenzione prestata alla soggettività individuale, oltre a non consentire l'autodeterminazione prevista dagli articoli 1 e 2 della legge del 22 dicembre 2017, n. 219, vanifica il ruolo del medico, la cui competenza, autonomia, e responsabilità, alle quali si fa riferimento nell'articolo 2 della stessa legge, nonché nel codice deontologico professionale, non sono più richieste né chiamate in causa, anzi sono addirittura osteggiate [28], [25].

Tornando ad analizzare nel dettaglio il D.L. n. 1/22, si osserva come il fatto di subordinare all'obbligo vaccinale la possibilità di svolgere qualsivoglia attività lavorativa, sia nel settore pubblico che in quello privato, violi il **diritto al lavoro** sancito dagli articoli 4, 35 e 36 della Costituzione e posto a fondamento della stessa Repubblica (art. 1), nonché tutelato dall'articolo 23 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dall'articolo 15 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea. Si osserva in particolare che, in base alla carta costituzionale (art. 4), il lavoro non è soltanto un diritto, ma è anche un **dovere**. [29]

È evidente che la negazione del diritto al lavoro comporta anche la violazione della **dignità umana**, tutelata dall'articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, dall'articolo 1 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e dagli articoli 3 e 36 della Costituzione, e richiamata nel preambolo della Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, in quanto l'individuo è privato della fonte di sostentamento, con l'ulteriore aggravante del possibile coinvolgimento di eventuali famigliari a carico. Ma ciò che è ancora più grave è che, poiché senza fonte di sostentamento non è possibile vivere ed il decreto-legge non prevede alcun tipo di sussidio previdenziale alternativo, quello che viene implicitamente violato è il diritto

primario universalmente riconosciuto come inalienabile, ossia il **DIRITTO ALLA VITA**, tutelato dall'articolo 2 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, dall'articolo 3 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, e dall'articolo 6 della Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, nonché implicitamente dall'articolo 2 della stessa Costituzione. [30]

Vi è però un'altra ragione, forse ancora più importante, per cui l'imposizione del vaccino è lesiva del **diritto alla vita**, ed è il fatto che la possibilità di effetti avversi anche gravi e talvolta **addirittura fatali**, ormai ampiamente documentati da una ricca casistica [31], è UFFICIALMENTE RICONOSCIUTA, non solo dalle agenzie del farmaco e dalle stesse aziende produttrici, ma addirittura da una legge dello Stato (art. 3 del D.L. 44/21 convertito con modificazioni nella legge n. 76/21), laddove istituisce lo “scudo penale” “*per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 c.p. verificatisi a causa della somministrazione*” dei vaccini in questione [32].

Peraltro, per quanto riguarda in particolare il vaccino Pfizer, il più ampiamente utilizzato nel mondo, occorre evidenziare che sono emerse notevoli criticità sia in merito all'integrità dei dati raccolti in fase di sperimentazione [33], con un'eclatante occultazione da parte dell'azienda farmaceutica di effetti avversi anche gravissimi [34], sia in merito alla sorveglianza degli eventi avversi successivamente all'autorizzazione all'uso in emergenza, con la quasi totale assenza di comunicazione, nel materiale informativo a disposizione del pubblico, di eventi avversi di particolare interesse (AESI – *Adverse Events of Special Interest*) già rilevati a fine febbraio con frequenza non trascurabile e dei quali la stessa azienda farmaceutica riconosceva la necessità di specifica sorveglianza, nonché con la più totale censura del rischio di decesso (da documenti rilasciati dalla Pfizer stessa in seguito ad una richiesta di accesso FOIA – *Freedom of Information Act* – è infatti possibile stimare oltre 1 decesso su 100.000 dosi somministrate) [35]. Ma c'è di più: è addirittura emerso che, riguardo a numerosi degli eventi avversi di cui sopra (inclusi “*Decessi*”), l'agenzia regolatoria statunitense FDA (*Food and Drug Administration*) ne era a conoscenza già ad ottobre 2020, cioè un paio di mesi prima di rilasciare l'autorizzazione all'uso in emergenza del vaccino Pfizer. Infatti, nel corso di una videoconferenza pubblica tenuta in *streaming* dal Comitato Consultivo sui Vaccini dell'FDA, è apparsa sullo schermo, per una frazione di secondo, una diapositiva contenente una lista di possibili eventi avversi degni di particolare interesse in relazione ai vaccini contro il COVID-19, diapositiva che il relatore, Steven

Anderson, ha intenzionalmente omesso di presentare [36]. Dovrebbe essere sufficiente questo solo elemento a configurare **chiara evidenza di dolo**.

L'imposizione di un qualunque trattamento sanitario, **anche non sperimentale**, che può causare danni o morte rappresenta **comunque** una **grave lesione** del **diritto alla salute e all'integrità fisica e psichica** tutelato dall'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, dall'articolo 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea [37], nonché, più in particolare, dall'articolo 32 della Costituzione, in quanto questo statuisce chiaramente (neretto aggiunto):

*“La Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo** e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può **in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.**”*

Infatti, anche nell'ipotesi in cui i vaccini in questione avessero superato tutte le fasi di sperimentazione previste, non potrebbe certo ritenersi rispettoso della persona umana un trattamento (peraltro NON TERAPEUTICO, ma – almeno asseritamente – PROFILATTICO e pertanto rivolto a un soggetto clinicamente sano sotto il profilo della patologia che si intende prevenire) del quale è riconosciuta la possibilità di effetti avversi invalidanti, anche permanenti, o addirittura di morte. Si osserva in proposito che, poiché la probabilità di reazioni avverse è calcolata come incidenza sul numero di somministrazioni, il rischio per il singolo individuo aumenta in funzione del numero di dosi ricevute. A questo occorre aggiungere che gli effetti del vaccino sono anche cumulativi, per cui è probabile che il rischio aumenti in modo imprevedibile.

[38]

Se è vero che da un lato può essere scientificamente giustificata, in ipotesi, l'autorizzazione di un trattamento sanitario sulla base di un rapporto vantaggioso tra rischi e benefici, è altrettanto vero, dall'altro, che non è moralmente accettabile l'imposizione, contro la volontà dell'individuo, di un trattamento che possa comportare dei rischi per la sua salute, a maggior ragione se tali rischi includono danni permanenti o morte: nessuno ha il diritto di disporre arbitrariamente della vita di un'altra persona, e non è ammissibile – ed anzi è **criminale** – l'**imposizione** del potenziale sacrificio anche di una sola persona per ridurre il rischio di decesso di altre persone, neppure qualora tale riduzione fosse dimostrabile ed effettiva, cosa che senz'altro non si applica

al trattamento in esame. In nessun caso né la Costituzione né le varie convenzioni in materia di diritti umani contemplano il sacrificio dei diritti individuali – soprattutto, poi, quando si parla di **diritti inviolabili** per definizione – a favore di un vantaggio per la collettività, ipotetico o reale che sia. A questo proposito, poiché a giustificazione dell’obbligo vaccinale viene spesso addotto l’articolo 2 della Costituzione (neretto aggiunto):

*La Repubblica **riconosce e garantisce** i diritti **inviolabili** dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.*

si osserva che i due principi in esso sanciti, ossia la tutela dei “*diritti inviolabili*” dell’uomo e l’adempimento dei “*doveri inderogabili di solidarietà [...] sociale*”, non sono antitetici, ma sono tra loro complementari (tant’è vero che le due parti del periodo non sono unite dalla congiunzione avversativa “*ma*”, bensì dalla congiunzione “*e*”): da un lato la “*solidarietà*” è definita come un “*rapporto di comunanza tra i membri di una collettività pronti a collaborare tra loro e ad assistersi a vicenda*”, dall’altro l’aggettivo “*inviolabile*” non lascia spazio a dubbi interpretativi, e, affinché i diritti così definiti siano effettivamente tali, non possono essere in alcun modo sminuiti da asserite esigenze di carattere collettivo o sociale.

L’eventuale rinuncia ad un diritto inviolabile deve pertanto essere lasciata alla libera e insindacabile facoltà dell’individuo.

Ritornando comunque al trattamento vaccinale in questione, si rileva che i dati europei e statunitensi relativi alla mortalità per qualunque causa nel corso del 2021, anno di introduzione dei vaccini contro il COVID-19, evidenziano, rispetto al 2020, anno di picco della cosiddetta pandemia, un aumento netto della mortalità per tutte le fasce di età al di sotto dei 75 anni ed in particolare per le fasce più giovani, come risaputo scarsamente o per nulla afflitte dall’infezione in forma grave o letale, e una mortalità sostanzialmente confrontabile per la fascia di età al di sopra dei 75 anni [39]. È utile osservare come tale aumento della mortalità proceda di pari passo con l’estensione della campagna vaccinale alle varie fasce.

NESSUNA ARGOMENTAZIONE PUÒ ESSERE VALIDA A SOSTENERE LA LEGITTIMITÀ DELL’IMPOSIZIONE DI UN TRATTAMENTO SANITARIO PROFILATTICO CHE MIETE PIÙ VITTIME DI QUELLE CAUSATE DALLA PATOLOGIA CHE SI VORREBBE PREVENIRE.

Neppure per la fascia al di sopra dei 75 anni, dove nel 2021 si è registrata una mortalità lievemente inferiore, l'apparente beneficio è tale da giustificare il ricorso al vaccino, in quanto, come già accennato, l'impiego su larga scala di terapie precoci efficaci per la cura del COVID-19 [7] avrebbe consentito di ridurre drasticamente la mortalità registrata nel 2020 anche in questa fascia della popolazione.

A proposito di quanto sopra, nell'ambito dell'86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus lanciata il 10 luglio 2020 dall'avvocato Reiner Fuellmich, il dr. Michael Yeadon, ex vicepresidente e direttore scientifico di Pfizer per 16 anni, ha evidenziato come, dai dati statunitensi riportati nella banca dati del sistema di segnalazione degli eventi avversi post vaccino VAERS (*Vaccine Adverse-Event Reporting System*) dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) statunitensi, emerge che ai vaccini contro il COVID-19 sia già stata associata, nel giro di meno di un anno dalla loro introduzione, una quantità di segnalazioni di eventi avversi gravi (ossia tali da costituire un rischio per la vita) 5 volte superiore rispetto a quelle registrate, nel corso di più di un decennio, in relazione ai vaccini antinfluenzali (47.238 contro 9.429) e addirittura più di 8 volte il numero di morti (7.335 contro 906). Si tratta di cifre estremamente preoccupanti, che semplicemente **non possono essere ignorate**, soprattutto quando si considera che è universalmente riconosciuto che gli eventi avversi segnalati ai sistemi di farmacovigilanza passiva, quale è il VAERS, ammontano ad una frazione minima (tra l'1 e il 2%, secondo documenti ufficiali) di quelli effettivi. [40]

Ma a partire dai dati del VAERS, i quali tengono traccia anche del codice di lotto del vaccino somministrato, consistente in una stringa alfanumerica, l'*équipe* del dr. Yeadon ha rilevato ulteriori anomalie che richiederebbero un'indagine approfondita.

In primo luogo, mentre i vaccini antinfluenzali hanno una distribuzione delle segnalazioni abbastanza uniforme da lotto a lotto, nel caso dei vaccini anti COVID-19 si osserva una notevole variabilità tra i lotti, con pochissimi lotti (meno del 10%) che cubano per la quasi totalità (il 90%) delle segnalazioni di eventi avversi gravi, mentre altri lotti sembrerebbero essere relativamente innocui, almeno nel breve termine. Se per i vaccini antinfluenzali, nell'arco di più di un decennio, ci sono state soltanto due eccezioni (*outlier*) di lotti che presentavano un numero di segnalazioni molto più elevato del valor medio (37 e 23 segnalazioni rispettivamente, contro un valor medio di circa 2 segnalazioni a lotto), nei vaccini anti COVID-19 spiccano, rispetto a un

valor medio già sei volte più elevato, diversi gruppi di lotti a cui corrispondono addirittura intorno alle 600 segnalazioni di eventi avversi gravi. Pare persino emergere una correlazione tra i codici di lotto assegnati e il numero di segnalazioni: risulta, infatti, che i lotti peggiori siano contrassegnati da serie alfanumeriche consecutive e ben riconoscibili. [41]

Riguardo alla variabilità da lotto a lotto, il dr. Michael Yeadon evidenzia come la legge vigente in materia di qualità dei vaccini preveda che tali prodotti debbano rispondere a requisiti molto stringenti in fatto sia di uniformità che di riproducibilità. È sufficiente la mancata rispondenza a tali requisiti a comportare la definizione di “prodotto adulterato”.

In particolare egli osserva che una disuniformità così marcata tra i lotti è fortemente suggestiva di un'importante variabilità nella composizione stessa dei singoli lotti: esclude infatti che dei problemi così gravi possano risultare da qualche alterazione del farmaco, in quanto di norma la degradazione di un prodotto comporta una riduzione di efficacia, ma non un'eccezionale tossicità, tanto meno ai livelli che si stanno osservando attualmente.

Inoltre, poiché le aziende produttrici hanno accesso a tutti i dati della banca dati del VAERS, è escluso che esse possano essere all'oscuro della situazione, e in ogni caso avrebbero il dovere di intervenire tempestivamente per scongiurare qualsiasi rischio ulteriore: il fatto che questo non stia avvenendo, osserva Yeadon, *“mi dice che come minimo a loro va bene così. E temo sia intenzionale”*. *“Non è la stessa roba in ogni fiala ... non può essere accidentale”* – aggiunge: si tratta della *“calibrazione di un'arma letale”*. [42]

Un ulteriore elemento che, secondo Yeadon, depone a favore dell'atto deliberato è il fatto che questi vaccini sono imposti indistintamente a tutta la popolazione, compresi i bambini e le donne incinte, quando è risaputo che nei bambini il decorso della malattia è decisamente benigno e che la gravidanza in sé costituisce una controindicazione a qualsiasi trattamento farmacologico che non sia assolutamente indispensabile, per via dei potenziali effetti tossici a carico del nascituro. (Per quanto riguarda i dati relativi agli effetti avversi dei vaccini contro il COVID-19 in età pediatrica, si veda [43]. In merito agli effetti in gravidanza, si veda [44]). Se si trattasse davvero di una misura di salute pubblica, al contrario, l'indicazione del vaccino contro il COVID-19 sarebbe limitata a quella porzione della popolazione che, per età avanzata o per motivi di salute, è più esposta al rischio di contrarre l'infezione in forma grave o letale.

Da un'analisi dei dati relativi agli eventi avversi segnalati al VAERS emergono altre **gravissime**

anomalie degne di indagine approfondita: risulta infatti che diversi lotti siano stati somministrati fino a **otto mesi oltre la loro data di scadenza**; per alcuni lotti, al contrario, risultano **somministrazioni addirittura antecedenti la data di produzione dichiarata** [45].

Ovviamente, se i sospetti e i rilievi di cui sopra fossero confermati, saremmo di fronte a dei **CRIMINI GRAVISSIMI CONTRO L'UMANITÀ (Art. 7 dello Statuto di Roma [46])**, materializzati in lesioni personali aggravate, omicidio aggravato e strage (artt. 422, 575, 577, 582, 583 e 585 c.p. [48]).

Ma anche qualora non ci fosse, a livello di aziende farmaceutiche e agenzie del farmaco, l'aperto e deliberato intento di causare vittime, in ogni caso ciò non costituirebbe un'attenuante in quanto la loro condotta evidenzia, come minimo, la precisa determinazione di lucrare a qualunque costo, con la più totale noncuranza, e anzi col pervicace occultamento, degli effetti avversi che ne derivano.

Tornando alla previsione stessa di un obbligo vaccinale ragionato in funzione di un beneficio per la collettività, si osserva in ogni caso che l'idea che il bene individuale possa, o addirittura debba, essere sacrificato a favore di un ipotetico vantaggio per la società nel suo complesso – oltre a costituire, nella sostanza, un puro ossimoro – rappresenta un totale **stravolgimento** dell'ordinamento costituzionale. Quest'ultimo, infatti, pone a proprio fondamento la tutela dell'individuo (artt. 2, 3, 32 Cost. – solo per citarne alcuni), ed è attraverso la piena realizzazione ed espressione dell'individuo che trae giovamento l'intera società. Il ribaltamento di tale rapporto è estremamente pericoloso, in quanto finisce inevitabilmente per sacrificare il benessere dell'individuo, fino al suo totale annientamento, sull'altare di un asserito – e spesso arbitrariamente definito – “interesse della società”. Il fenomeno a cui si sta assistendo attualmente è proprio il **sistematico sabotaggio dei pilastri giuridici e costituzionali**, attuato attraverso la progressiva erosione o sospensione *sine tempore* dei diritti e dei principi fondanti dell'ordinamento costituzionale, ai quali si sostituiscono via via dei surrogati del diritto, che altro non sono che concessioni condizionate. La violazione dei diritti fondamentali che la Repubblica si impegna a riconoscere e garantire configura inoltre il **tradimento** di quella **carta costituzionale** che è proprio il patto fondante della stessa Repubblica.

Il fatto poi che degli **organi istituzionali** abbiano addirittura l'ardire di ricorrere all'**arma della violenza e del ricatto** per imporre la propria **arbitraria volontà** sulla popolazione rende una

misura della gravità della situazione in cui versa attualmente il nostro Paese e di quanto la democrazia si sia ormai inesorabilmente tramutata in aperta tirannia attraverso il **radicale tradimento** dei suoi stessi principi (art. 90 Cost. [47]; art. 283 c.p. [48]).

In conclusione, si chiede all'Autorità Giudiziaria:

- di procedere nei confronti dei firmatari dei suddetti decreti e provvedimenti nonché di chiunque altro abbia, colposamente o dolosamente, partecipato all'emanazione e all'applicazione di norme, delibere, e atti che integrassero le violazioni segnalate nel presente esposto;
- di procedere nei confronti di tutti coloro che abbiano direttamente o indirettamente perpetrato, agevolato, permesso, o non impedito, pur avendone titolo, le suddette violazioni;
- di acquisire tutto il materiale probatorio atto a verificare e/o accertare gli illeciti segnalati nel presente esposto;
- di procedere per ogni altro reato eventualmente ravvisabile dai fatti esposti;
- di porre tempestivamente in essere ogni possibile intervento atto a prevenire la commissione dei reati che si possono evincere dal presente scritto;
- di inoltrare gli atti ad altro organo competente per le eventuali ipotesi di reato in merito alle quali l'organo interessato non ravvisi la propria competenza;
- di avvisare le sottoscritte di eventuali proposte di archiviazione.

Con riserva di costituirsi parte civile per il risarcimento di tutti i danni morali e materiali subiti e subendi.

Con riserva di ogni ulteriore deduzione, produzione, integrazione.

In fede.

Paola Young

Carla Young

[1] ESTENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE AGLI ULTRACINQUANTENNI.....	19
[2] PROROGA DELLO STATO DI EMERGENZA OLTRE I TERMINI DI LEGGE	19
[3] VACCINI COVID-19: NON PREVENGONO LE INFEZIONI DA SARS-COV-2	20
[4] VACCINI COVID-19: FARMACI SPERIMENTALI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA LIMITATIVA (RRL)	20
[5] PRESCRIZIONE MEDICA LIMITATIVA (RRL).....	23
[6] LEGISLAZIONE RELATIVA A FARMACI IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE	24
[7] TERAPIE E FARMACI EFFICACI CONTRO IL COVID-19	25
[8] LEGITTIMITÀ DELLE AUTORIZZAZIONI DI EMERGENZA E IN PARTICOLARE DELLA LORO ESTENSIONE A GIOVANI E BAMBINI.....	26
[9] CODICE DI NORIMBERGA.....	26
[10] CAMPAGNA DENIGRATORIA NEI CONFRONTI DEI NON VACCINATI	28
[11] AZIONI SOVVERSIVE E ISTIGAZIONE.....	39
[12] LEGISLAZIONE DISCRIMINATORIA	39
[13] LEGISLAZIONE SOVRANAZIONALE E NAZIONALE RELATIVA ALLA NON DISCRIMINAZIONE.....	40
[14] MUTEVOLEZZA DEL PROGRAMMA VACCINALE	42
[15] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: DATI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ.....	42
[16] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: ALCUNI CASI DI CRONACA.....	50
[17] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: TESTIMONIANZE DI PERSONALE SANITARIO.....	51
[18] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: DATI DAI SISTEMI DI VACCINOVIGILANZA.....	52
[19] DECESSI PER FORME LETALI DI COVID-19 UFFICIALMENTE "CORRELABILI" AL VACCINO IN ITALIA	53
[20] DIFFERENZA DI CARICA VIRALE TRA SOGGETTI VACCINATI E NON VACCINATI.....	54
[21] INCIDENZA DEL COVID-19 IN VACCINATI E NON VACCINATI: VALORI DI EFFICACIA NEL REGNO UNITO.....	54
[22] AMMISSIONI UFFICIALI DELLA MAGGIORE PROBABILITÀ DI INFEZIONE TRA I SOGGETTI VACCINATI.....	62
[23] ATTI UFFICIALI EUROPEI CONCERNENTI IL GREEN PASS.....	63
[24] CONSENSO "INFORMATO"	64
[25] ESENZIONI NEGATE.....	66
[26] DICHIARAZIONE DI HELSINKI: IL MEDICO DEVE OPERARE PER LA SALUTE E NELL'INTERESSE DEL PAZIENTE.....	71
[27] CIRCOLARE MINISTERIALE DEL 9 FEBBRAIO 2021 PROT. N. 0005079-09/02/2021	71
[28] LEGGE N. 219 DEL 22 DICEMBRE 2017 E CONSENSO INFORMATO	72
[29] LEGISLAZIONE NAZIONALE E SOVRANAZIONALE RELATIVA AL DIRITTO AL LAVORO	73
[30] LEGISLAZIONE NAZIONALE E SOVRANAZIONALE RELATIVA ALLA DIGNITÀ E AL DIRITTO ALLA VITA	74
[31] RAPPORTI AIFA: DECESSI ED EVENTI AVVERSI GRAVI "CORRELABILI" AL VACCINO.....	75
[32] "SCUDO PENALE" PER I VACCINATORI E CONSEGUENZE.....	82
[33] STUDI CLINICI PFIZER: INTEGRITÀ DEI DATI E CRITICITÀ METODOLOGICHE	84
[34] STUDIO CLINICO PFIZER NELLA FASCIA DI ETÀ 12-15 ANNI: IL CASO DI MADDIE DE GARAY.....	87
[35] DOCUMENTO DESECRETATO PFIZER: EVENTI AVVERSI	89
[36] EFFETTI AVVERSI GIÀ NOTI ALL'FDA PRIMA DELL'AUTORIZZAZIONE EMERGENZIALE.....	93
[37] LEGISLAZIONE SOVRANAZIONALE IN MERITO AL DIRITTO ALLA SALUTE E ALL'INTEGRITÀ FISICA E PSICHICA.....	94
[38] AUMENTO DEL RISCHIO COL NUMERO DI DOSI DI RICHIAMO SOMMINISTRATE.....	94
[39] MORTALITÀ PER OGNI CAUSA: VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL COVID-19 E DELLA CAMPAGNA VACCINALE.....	95
[40] VACCINI ANTINFLUENZALI E VACCINI COVID-19: EVENTI AVVERSI DALLA BANCA DATI VAERS	98
[41] VACCINI ANTINFLUENZALI E VACCINI COVID-19: DISUNIFORMITÀ DEI LOTTI.....	100
[42] VACCINI COVID-19: BUONE PRATICHE DI FABBRICAZIONE	106

[43] VACCINI COVID-19: EFFETTI AVVERSI SU GIOVANI E BAMBINI	107
[44] VACCINI COVID-19: EFFETTI AVVERSI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO	109
[45] UTILIZZO DEI VACCINI DOPO LA DATA DI SCADENZA E PRIMA DELLA DATA DICHIARATA DI PRODUZIONE	114
[46] CRIMINI CONTRO L'UMANITÀ	115
[47] ATTENTATO ALLA COSTITUZIONE	116
[48] ARTICOLI DEL CODICE PENALE RICHIAMATI NELL'ESPOSTO	116
LISTA DEI DOCUMENTI CITATI.....	120

[1] ESTENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE AGLI ULTRACINQUANTENNI

Si veda l'articolo 1 del **Decreto-legge n. 1 del 7 gennaio 2022**¹ Estensione dell'obbligo vaccinale per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

[2] PROROGA DELLO STATO DI EMERGENZA OLTRE I TERMINI DI LEGGE

L'articolo 24 comma 3 del **Decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018, Codice della protezione civile**² prevede che (sottolineatura aggiunta):

1. [...] il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, [...] delibera lo stato d'emergenza di rilievo nazionale, fissandone la durata e determinandone l'estensione territoriale [...].
3. La durata dello stato di emergenza di rilievo nazionale non può superare i 12 mesi, ed è prorogabile per non più di ulteriori 12 mesi.

Lo stato d'emergenza in relazione all'epidemia di COVID-19 è stato deliberato con **Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 – Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili**³, che così recita (sottolineatura aggiunta):

- 1) In considerazione di quanto esposto in premessa, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7, comma 1, lettera c), e dell'articolo 24, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, è dichiarato, per 6 mesi dalla data del presente provvedimento, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Essendo stato deliberato con durata di 6 mesi, avrebbe potuto essere prorogato per un massimo di ulteriori 12 mesi, arrivando ad un totale di 18 mesi (con scadenza al 31 luglio 2021).

Non solo con diversi provvedimenti è stato prorogato fino al 31 dicembre 2021, ma il 24 dicembre, col **Decreto-legge n. 221**⁴, è stato ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022 (sottolineatura aggiunta):

- Art. 1. Dichiarazione dello stato di emergenza nazionale*
1. In considerazione del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 è ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022.

quindi ben oltre la durata massima complessiva di 24 mesi ammessa dal Decreto legislativo 1/2018.

Il fatto che il termine sia stato prorogato oltre i limiti di legge lo attesta anche l'intervista del 20 novembre 2021 al Ministro Renato Brunetta sul sito governativo della Pubblica Amministrazione nell'articolo **«Serve un super green pass. No a nuove chiusure a causa dei non vaccinati»**⁵

Lo stato di emergenza sarà prorogato, o no?

«Sta per scadere e non può essere prorogato oltre i 24 mesi. Ha dato buona prova di sé anche nei momenti più bui e se vinciamo questa fase di passaggio possiamo permetterci una riflessione. Mi piacerebbe che si potesse tornare a una situazione di normalità, attribuendo tutti i poteri straordinari a una struttura di missione di Palazzo Chigi. Sarebbe un atto di grande responsabilità, con un enorme potere simbolico.»

Peraltro pare emergere che sia nelle intenzioni del Governo di estendere ulteriormente lo stato di emergenza addirittura almeno fino al 31 dicembre 2022. Infatti, il **Disegno di Legge 2448-quinquies**⁶ prevede una proroga fino al **31 dicembre 2022** del termine massimo indicato nell'articolo 6 comma 6 del Decreto-legge del 30 aprile 2020, n. 28, convertito con modificazioni dalla Legge n. 70/20, che, in relazione al sistema di allerta COVID-19 per il tracciamento dei contatti, così recita (sottolineatura aggiunta):

L'utilizzo dell'applicazione e della piattaforma, nonché ogni trattamento di dati personali effettuato ai sensi al presente articolo sono interrotti alla data di cessazione dello stato di emergenza disposto con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e comunque non oltre il 31 dicembre 2020, ed entro la medesima data tutti i dati personali trattati devono essere cancellati o resi definitivamente anonimi.

(Il termine del 31 dicembre 2020 di cui sopra era stato successivamente prorogato, dalla relativa legge di conversione, fino al 31 dicembre 2021).

[3] VACCINI COVID-19: NON PREVENGONO LE INFEZIONI DA SARS-COV-2

In tutte le schede tecniche⁷ (Comirnaty di Pfizer-BioNTech, Spikevax di Moderna, Vaxzevria di Oxford/AstraZeneca, Janssen di Johnson&Johnson) si dichiara inequivocabilmente che il vaccino è utilizzato “per la prevenzione di COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2”. Non scongiura cioè l'infezione virale (non è sterilizzante): non è quindi un vaccino “per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2”; preverrebbe, stando al foglietto illustrativo, la malattia, cioè la manifestazione sintomatica dell'infezione, e peraltro nemmeno questa prevenzione è garantita, dal momento che le note informative ufficiali di accompagnamento ai moduli di consenso informato¹⁰¹ avvertono (sottolineatura aggiunta):

Durata della protezione e limitazioni dell'efficacia del vaccino

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla.[...] Come con tutti i vaccini, la vaccinazione [...] potrebbe non proteggere tutti i soggetti vaccinati.

A dirimere ogni possibile dubbio interpretativo in merito, siano sufficienti le FAQ dell'AIFA⁸ del 4 agosto 2021, dove si legge (sottolineatura aggiunta):

4. Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione ad altre persone?

Lo scopo degli studi registrativi era di valutare l'efficacia dei vaccini nel proteggere dalla malattia COVID-19. Gli studi per stabilire se le persone vaccinate, infettate in modo asintomatico, possano contagiare altre persone sono in corso. Poiché è possibile che, nonostante l'immunità protettiva, in qualche caso il virus possa persistere nascosto nella mucosa nasale, le persone vaccinate e quelle che sono in contatto con loro devono continuare ad adottare le misure di protezione anti COVID-19.

[4] VACCINI COVID-19: FARMACI SPERIMENTALI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA LIMITATIVA (RRL)

Per avere una conferma del fatto, spesso negato spudoratamente dai principali mezzi di comunicazione nazionali, che i vaccini autorizzati contro il COVID-19 siano farmaci che sono stati immessi in commercio pur non avendo superato tutte le fasi di sperimentazione clinica previste e che si tratti di **farmaci sperimentali soggetti a prescrizione medica limitativa (RRL)**, si veda, per esempio per il

vaccino Pfizer-BioNTech, la decisione C(2020) 9598 (final)⁹, considerando 2:

Il “Comirnaty - Vaccino a mRNA contro COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)” rientra nel campo d’applicazione del regolamento (CE) n. 507/2006 [6], in particolare ad esso si applica l’articolo 2, paragrafo 1 del suddetto regolamento. Inoltre, come stabilito nell’allegato IV, il medicinale soddisfa le prescrizioni dell’articolo 4 del suddetto regolamento ai fini della concessione di un’autorizzazione all’immissione in commercio condizionata.

Si vedano anche: **Gazzetta Ufficiale – Elenco Atti dell’emittente AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO, Serie Generale**¹⁰ n. 328/20 - Determina del 23/12/20; n. 4/21 - Determina del 7/1/21; n. 26/21 - Determina del 30/1/21; n. 100/21 - Determina del 27/4/21; n. 284/21 - Determina del 7/1/21; n. 291/21 - Determina del 7/1/21, le quali specificano che i vaccini autorizzati in Italia (Comirnaty, Spikevax, Vaxzevria, Janssen) sono inseriti, come “*medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa (RRL) da utilizzare esclusivamente presso le strutture identificate sulla base dei piani vaccinali o di specifiche strategie messe a punto dalle regioni*” [5], “*nell’elenco dei farmaci di cui alla legge n. 648/1996*” [6] per le indicazioni [14] definite nelle varie determine.

Le determine di autorizzazione condizionata prevedono precise scadenze per l’esecuzione e il completamento degli studi clinici di sperimentazione, le quali sono riportate nelle schede tecniche⁷ dei vaccini in questione.

Di seguito si fornisce un elenco non esaustivo di studi clinici sia prospettici sia osservazionali relativi alla sperimentazione in corso, in aggiunta agli studi clinici menzionati sopra, i cui risultati, in base alle determine di autorizzazione, devono essere forniti entro precise scadenze; si rileva che dalla banca dati presente sul sito governativo **ClinicalTrials.gov**¹¹ non risultano, per esempio, avviati, neppure allo stato attuale, studi per la valutazione della cancerogenicità e della genotossicità.

NCT04368728

Studio randomizzato su sicurezza, tollerabilità, immunogenicità, efficacia di Pfizer/BioNtech BNT162b2 (Comirnaty) e altri due candidati vaccini Pfizer/BioNtech (BNT162b1 e BNT162b2SA, proposto per variante sudafricana – omicron), in individui sani di età maggiore di 12 anni.

Reclutamento: lo studio sta attualmente reclutando partecipanti.

Data stimata per il completamento dello studio: 15 maggio 2023

NCT04754594

Studio randomizzato su sicurezza, tollerabilità, immunogenicità, efficacia di Pfizer/BioNtech BNT162b2 in donne di età maggiore di 18 anni tra la 24-esima e la 34-esima settimana di gestazione. Lo studio prevede che anche alle partecipanti che ricevono placebo venga somministrato il vaccino in momenti predefiniti.

Reclutamento: la fase di reclutamento non è più attiva e lo studio è in corso su 343 partecipanti.

Data stimata per il completamento dello studio: 24 agosto 2022

NCT04816643

Studio randomizzato su sicurezza, tollerabilità, immunogenicità, efficacia di Pfizer/BioNtech BNT162b2 a diversi dosaggi in bambini e giovani adulti.

Reclutamento: lo studio sta attualmente reclutando partecipanti.

Data stimata per il completamento dello studio: 5 maggio 2026

NCT04283461

Studio randomizzato su sicurezza e immunogenicità vaccino Moderna mRNA-1273 a diversi dosaggi in donne (non in gravidanza) e uomini di età maggiore o uguale a 18 anni e in buona salute.

Reclutamento: la fase di reclutamento non è più attiva e lo studio è in corso.

Data stimata per il completamento dello studio: 22 novembre 2022

NCT04958304

Studio osservazionale sugli effetti sulla gravidanza in donne di età maggiore o uguale a 18 anni alle quali è stato somministrato il vaccino Moderna mRNA-1273 in qualunque momento durante la gravidanza.

Reclutamento: lo studio sta attualmente reclutando partecipanti.

Data stimata per il completamento dello studio: 6 gennaio 2024

NCT04516746

Studio randomizzato su sicurezza, tollerabilità, immunogenicità, efficacia del vaccino Oxford-AstraZeneca AZD1222

Reclutamento: la fase di reclutamento non è più attiva e lo studio è in corso.

Data stimata per il completamento dello studio: 14 febbraio 2023

Si veda anche l'articolo dell'ANSA del 20 gennaio 2022, ***Pfizer sceglie Genova per studio su effetti collaterali*** – *San Martino unico ospedale italiano*¹².

Si fa notare, per inciso, che il direttore del San Martino, il dr. Matteo Bassetti, un promotore d'assalto di vaccini anti COVID-19 a cui è costantemente garantita la massima visibilità su tutte le principali testate giornalistiche, in passato ha già ricevuto sovvenzioni da, e ha avuto rapporti di collaborazione con, svariati colossi farmaceutici, tra i quali Pfizer e Gilead. Nella sua clinica morì il 10 giugno 2021 la diciottenne **Camilla Canepa [31]**, per trombosi trombocitopenica in seguito riconosciuta ufficialmente come correlata al vaccino Vaxzevria di Oxford/AstraZeneca. All'indomani della morte, il dr. Matteo Bassetti confermava su Vanity Fair la sicurezza del vaccino, anche se proponeva l'idea di sospenderne la somministrazione per via della perdita di fiducia della popolazione e di sostituirlo con i vaccini a mRNA. Occorre ricordare che a marzo aveva scritto su Facebook un post che aveva avuto ampia eco mediatica su tutti i principali quotidiani (Figura 1).

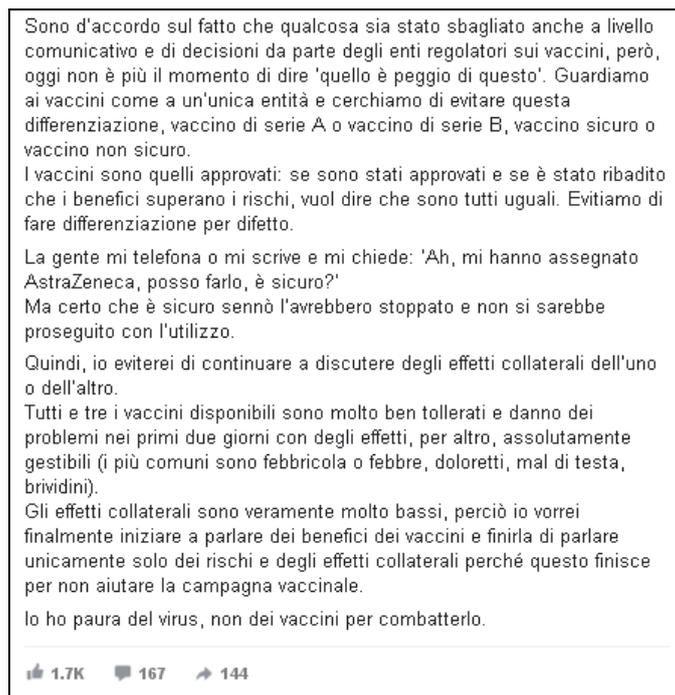


Figura 1 – Post di Matteo Bassetti su Facebook risalente al 22 marzo 2021.

[5] PRESCRIZIONE MEDICA LIMITATIVA (RRL)

Come visto in [4], i vaccini contro il COVID-19 sono stati autorizzati come “*medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa (RRL)*”. Il sito dell’AIFA (**Regime di fornitura dei farmaci**¹³) spiega:

Il regime di fornitura identifica la modalità con cui un farmaco può essere dispensato, con o senza ricetta del medico, in farmacia, in ospedale o in strutture ad esso assimilabili.

[...]

La Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) dell’AIFA stabilisce il regime di fornitura tenendo in considerazione le problematiche relative alla sicurezza d’uso (appropriatezza prescrittiva) del medicinale.

La classificazione dei medicinali ai fini della fornitura si può schematizzare nelle seguenti categorie:

a) medicinali soggetti a ricetta medica ripetibile (Ricetta Ripetibile - RR);

[...]

b) medicinali soggetti a ricetta medica da rinnovare volta per volta (Ricetta non Ripetibile - RNR);

[...]

c) medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (RMS) (T.U. in materia di stupefacenti D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e ss.mm.ii);

d) medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti:

- medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RRL; RNRL);

- medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (OSP);

- medicinali utilizzabili esclusivamente da specialisti individuati dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell’Aifa - (USPL) [...]

A proposito della rilevanza della classificazione dei vaccini contro il COVID-19 come medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, il Presidente della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri), Filippo Anelli, in una nota indirizzata al Presidente del Consiglio Mario

Draghi e al Ministro della Salute Roberto Speranza, allegata al **Comunicato N. 60/2021**¹⁴, si esprime nei seguenti termini (sottolineature aggiunte) riguardo all'opportunità della somministrazione in farmacia di questi vaccini secondo quanto previsto dal Decreto-legge n. 41/21:

*come è noto alle SS.VV., il decreto "Sostegni", approvato dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 19 marzo u.s., prevede che sia consentita in via sperimentale per l'anno 2021 la somministrazione di vaccini nelle farmacie aperte al pubblico direttamente dal farmacista, il quale provvede anche alla raccolta del consenso informato.
[...] si evidenzia che tale attività sanitaria, comportando un potenziale rischio per la sicurezza del paziente – tanto che il medicinale è soggetto a prescrizione medica limitativa (RRL) – dovrebbe essere necessariamente svolta sotto la supervisione e alla presenza del medico.*

[6] LEGISLAZIONE RELATIVA A FARMACI IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE

Sia il Regolamento CE 507/2006 che la Legge 648/1996 citati in **[4]** si applicano a farmaci per i quali la sperimentazione clinica non è stata completata, quindi farmaci **in corso di sperimentazione**.

Regolamento CE 507/2006¹⁵ (sottolineatura aggiunta)

Articolo 2, par. 1

Campo di applicazione

Il presente regolamento si applica ai medicinali per uso umano di cui all'articolo 3, paragrafi 1 e 2, del regolamento (CE) n. 726/2004 e appartenenti ad una delle seguenti categorie:

1) medicinali destinati al trattamento, alla prevenzione o alla diagnosi di malattie gravemente invalidanti o potenzialmente letali;

Articolo 4

Condizioni

1. Un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata può essere rilasciata quando il comitato ritiene che, malgrado non siano stati forniti dati clinici completi in merito alla sicurezza e all'efficacia del medicinale, siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

a) il rapporto rischio/beneficio del medicinale, quale definito all'articolo 1, paragrafo 28 bis, della direttiva 2001/83/CE, risulta positivo;

b) è probabile che il richiedente possa in seguito fornire dati clinici completi;

c) il medicinale risponde ad esigenze mediche insoddisfatte;

d) i benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione superano il rischio inerente al fatto che occorrano ancora dati supplementari.

AIFA, Legge n. 648/1996¹⁶

La Legge 648/1996 consente di erogare un farmaco a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), previo parere della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) di AIFA:

Quando non esiste un'alternativa terapeutica valida:

per medicinali innovativi autorizzati in altri Stati, ma non in Italia

per medicinali non ancora autorizzati, ma in corso di sperimentazione clinica

[...]

In tutti questi casi è necessaria l'esistenza di studi conclusi, almeno di fase II, che dimostrino un'efficacia adeguata con un profilo di rischio accettabile a supporto dell'indicazione richiesta.

MalattieRare Regione Veneto, **La legge 648/96**¹⁷

(sottolineatura aggiunta)

Il medico che utilizza un farmaco inserito nell'elenco della Legge 648/96 deve farlo nel rispetto delle condizioni e delle modalità d'uso per i singoli farmaci, indicate ed inserite in tale elenco, dichiarando l'assunzione di responsabilità del trattamento e acquisendo il consenso informato dal paziente.

[7] TERAPIE E FARMACI EFFICACI CONTRO IL COVID-19

Si fornisce qui a titolo esemplificativo una lista molto parziale di alcuni degli innumerevoli studi *peer-reviewed* retrospettivi o prospettici che mostrano come terapie, medicinali approvati del tutto ordinari (in classe A, C, e C-bis), e noti principi attivi naturali sono in grado di prevenire, ridurre notevolmente, se non azzerare, il rischio di progressione della malattia a forma grave o mortale e di curare la malattia anche in stadio avanzato e/o in pazienti con importanti comorbilità e ospedalizzati. Si tratta per lo più di terapie e principi attivi (alcuni dei quali con proprietà profilattiche) che sono efficaci in generale per sindromi influenzali e similinfluenzali.

Mag. 2020, ***Hyperbaric oxygen therapy in preventing mechanical ventilation in COVID-19 patients: a retrospective case series***¹⁸, Kerry Thibodeaux, *et al.*

25 giu. 2020, ***Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis***¹⁹, Jean-Christophe Lagier, *et al.*, and IHU COVID-19 Task force

26 ago. 2020, ***The importance of vitamin D metabolism as a potential prophylactic, immunoregulatory and neuroprotective treatment for COVID-19***²⁰, Yi Xu, *et al.*

19 gen. 2021, ***The effect of early treatment with ivermectin on viral load, symptoms and humoral response in patients with non-severe COVID-19: A pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial***²¹, Carlos Chaccour, *et al.*

Gen. 2021, ***Use of Ivermectin Is Associated With Lower Mortality in Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019: The Ivermectin in COVID Nineteen Study***²², Juliana Cepelowicz Rajter, *et al.*

25 nov. 2021, ***Therapies to Prevent Progression of COVID-19, Including Hydroxychloroquine, Azithromycin, Zinc, and Vitamin D3 With or Without Intravenous Vitamin C: An International, Multicenter, Randomized Trial***²³, Karin Ried, *et al.*

3 mag. 2021, ***Thymoquinone: A Promising Natural Compound with Potential Benefits for COVID-19 Prevention and Cure***²⁴, Osama A. Badary, *et al.*

Dic. 2021, ***The potential role of thymoquinone in preventing the cardiovascular complications of COVID-19***²⁵, Ajaz Ahmada, *et al.*

Relativamente al trattamento terapeutico dei malati COVID-19 con comorbilità si veda inoltre l'ultima parte dell'intervista al medico del 118 citata in **[25]**.

Col fine di mantenere in atto un'emergenza sanitaria, prerequisito fondamentale per l'autorizzazione condizionata di vaccini e altri farmaci sperimentali, le autorità sanitarie hanno deliberatamente posto

ostacoli di ogni natura alle terapie tradizionali, da un lato dissuadendo sistematicamente i medici generici dall'assistere a domicilio i propri pazienti malati di COVID-19 e dall'altro pretendendo, relativamente a tali terapie, studi prospettici che ne comprovassero l'efficacia per il COVID-19, studi prospettici la cui eticità è più che discutibile quando l'efficacia è evidente.

Tra l'altro un aspetto paradossale è che vengono pretesi studi prospettici per la dimostrazione del favorevole rapporto rischio/beneficio quando si parla di farmaci che presentano principi attivi e profili di sicurezza ben noti e che si sono nel tempo dimostrati efficaci contro molte sindromi influenzali e similinflenzali, mentre al contrario, per tecnologie del tutto innovative, quali sono quelle dei vaccini e dei farmaci sperimentali autorizzati in emergenza, ci si accontenta di studi clinici parziali e condotti in maniera frettolosa e grossolana [33], [34].

[8] LEGITTIMITÀ DELLE AUTORIZZAZIONI DI EMERGENZA E IN PARTICOLARE DELLA LORO ESTENSIONE A GIOVANI E BAMBINI

Già è altamente discutibile – data l'esistenza di terapie di ormai evidente e comprovata efficacia e tali da ridurre la mortalità a livelli ben inferiori a quelli di una comune sindrome influenzale o similinflenzale [5] – l'opportunità dell'autorizzazione condizionata [4] di farmaci e vaccini sperimentali per il COVID-19 destinati a quelle fasce della popolazione che hanno visto un incremento di mortalità (per lo meno in alcuni Paesi come l'Italia dove le terapie domiciliari sono state ostacolate).

A maggior ragione, dunque, è meritevole di indagine da parte della Magistratura l'estensione delle autorizzazioni degli stessi prodotti farmaceutici per l'utilizzo in bambini, ragazzi e giovani adulti, fasce della popolazione notoriamente colpite dal patogeno in forma lieve o lievissima [39], per le quali non sussistono nel modo più assoluto le condizioni di applicazione della legislazione afferente (Reg. CE 507/2006⁴⁵, Art. 2, par. 1 [6]). Non si può infatti addurre come motivazione valida dell'estensione neppure la riduzione del rischio di diffusione del patogeno, visto che è riconosciuto e ormai più che evidente che il vaccino non previene l'infezione; anzi, al contrario sembra in taluni casi addirittura favorirla [22].

[9] CODICE DI NORIMBERGA

Si trascrive di seguito il testo originale inglese del Codice di Norimberga e se ne fornisce una traduzione: non è infatti disponibile una versione ufficiale in italiano.

The Nuremberg Code²⁶

1. The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. This latter element requires that before the acceptance of an affirmative decision by the experimental subject there should be made known to him the nature, duration, and purpose of the experiment; the method and means by which it is to be conducted; all inconveniences and hazards reasonably to be expected; and the effects upon his health or person which may possibly come from his participation in the experiment. The duty and responsibility for ascertaining the quality of the consent rests upon each individual who initiates, directs, or engages in the experiment. It is a personal duty and responsibility which may not be delegated to another with impunity.

2. *The experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society, unprocureable by other methods or means of study, and not random and unnecessary in nature.*
3. *The experiment should be so designed and based on the results of animal experimentation and a knowledge of the natural history of the disease or other problem under study that the anticipated results will justify the performance of the experiment.*
4. *The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.*
5. *No experiment should be conducted where there is an a priori reason to believe that death or disabling injury will occur; except, perhaps, in those experiments where the experimental physicians also serve as subjects.*
6. *The degree of risk to be taken should never exceed that determined by the humanitarian importance of the problem to be solved by the experiment.*
7. *Proper preparations should be made and adequate facilities provided to protect the experimental subject against even remote possibilities of injury, disability, or death.*
8. *The experiment should be conducted only by scientifically qualified persons. The highest degree of skill and care should be required through all stages of the experiment of those who conduct or engage in the experiment.*
9. *During the course of the experiment the human subject should be at liberty to bring the experiment to an end if he has reached the physical or mental state where continuation of the experiment seems to him to be impossible.*
10. *During the course of the experiment the scientist in charge must be prepared to terminate the experiment at any stage, if he has probable cause to believe, in the exercise of the good faith, superior skill and careful judgment required of him that a continuation of the experiment is likely to result in injury, disability, or death to the experimental subject.*

Traduzione (non ufficiale)

1. *Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona interessata deve avere capacità legale di esprimere il consenso; deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, frode, inganno, costrizione, imbroglio, o altre forme di vincolo o coercizione; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi coinvolti nello studio, tale da permettere una decisione consapevole e ragionata. Quest'ultimo elemento richiede che prima che il soggetto che partecipa alla sperimentazione decida affermativamente sia informato circa la natura, la durata, lo scopo della sperimentazione, nonché i metodi e i mezzi con cui verrà condotta, qualsiasi disagio o pericolo potenziale, ed i possibili effetti sulla salute o sulla sua persona che potrebbero derivare dal partecipare alla sperimentazione. Il dovere e la responsabilità di accertare la qualità del consenso rimane in capo alla persona che avvia e dirige la sperimentazione o è coinvolta in essa. Questo è un dovere personale ed una responsabilità che non possono essere delegati ad altri impunemente.*
2. *L'esperimento dovrà essere tale da fornire risultati utili al bene della società e non ottenibili con altri metodi o mezzi di studio; la natura dell'esperimento non dovrà essere né casuale, né senza scopo.*
3. *L'esperimento dovrà essere pianificato, sulla base dei risultati della sperimentazione condotta sugli animali e la conoscenza della storia naturale della malattia o altro problema in studio, in maniera tale che i risultati preliminari giustifichino l'esecuzione dell'esperimento.*
4. *L'esperimento dovrà essere condotto in modo tale da evitare ogni sofferenza o lesione fisica o mentale che non sia necessaria.*
5. *Non si deve eseguire la sperimentazione se ci sono ragioni a priori per ritenere che possano derivare danni invalidanti o morte, tranne eventualmente in quegli esperimenti in cui gli stessi medici coinvolti nell'esperimento si offrono anche come soggetti della sperimentazione.*
6. *Il grado di rischio da correre non dovrà superare il beneficio determinato dalla rilevanza umanitaria del problema che l'esperimento si propone di risolvere.*

7. Si dovrà fare una preparazione appropriata e si dovranno predisporre strutture adeguate per scongiurare che il soggetto sottoposto all'esperimento incorra nel rischio anche remoto di lesioni, invalidità, o morte.

8. L'esperimento dovrà essere condotto solo da persone scientificamente qualificate; bisognerà garantire il massimo grado di perizia e attenzione a tutti gli stadi della sperimentazione da parte di coloro che conducono o sono coinvolti nell'esperimento.

9. Nel corso dell'esperimento il soggetto umano dovrà avere la libera facoltà di porre fine ad esso se ha raggiunto uno stato fisico o mentale per cui gli sembra impossibile continuarlo.

10. Durante l'esperimento lo scienziato responsabile deve essere pronto a porre fine all'esperimento a qualunque stadio se ha buona ragione di ritenere, nell'esercizio che gli è richiesto della buona fede, della massima competenza, e del giudizio prudente, che la prosecuzione dell'esperimento potrebbe comportare lesioni, invalidità o morte al soggetto sottoposto all'esperimento.

[10] CAMPAGNA DENIGRATORIA NEI CONFRONTI DEI NON VACCINATI

Non manca letteratura in merito alla campagna propagandistica denigratoria messa in atto nei confronti di coloro, spesso etichettati a scopo dispregiativo “no-vax”, che esercitano, per le più variegata ragioni, il proprio diritto di scelta, non sottoponendosi al trattamento sanitario in questione. Si riporta una carrellata di alcuni degli esempi più emblematici, che vanno da discorsi e dichiarazioni di rappresentanti delle istituzioni, ad articoli su quotidiani ad ampia diffusione, ad esternazioni di medici iscritti all'ordine professionale: infatti, questa campagna viene interpretata, sostenuta, e partecipata persino da una parte non indifferente del mondo medico e sanitario, che, calpestando il giuramento ippocratico e contravvenendo al Codice deontologico professionale, la concretizza con comportamenti (talvolta addirittura di rilevanza penale) che in condizioni normali determinerebbero il pubblico sdegno e, come minimo, la radiazione immediata dall'Ordine; al contrario, in Era Covidiana, anche laddove non sussistano dubbi interpretativi, i mezzi di comunicazione riescono ad addurre qualunque attenuante utile a far passare il messaggio che comunque si tratta di una risposta alla soverchiante arroganza dei “no-vax”. Talvolta gli autori di tali esternazioni e/o comportamenti vengono persino elevati a martiri innocenti delle “offese” ricevute di rimando, quasi che queste offese, laddove effettivamente esistessero, fossero completamente gratuite e non, al contrario, una reazione all'attacco e all'oppressione messi in atto. Soltanto i casi più eclatanti e passibili di provvedimenti di natura penale vengono valutati dall'Ordine per eventuali misure disciplinari, la cui esecuzione è tutt'altro che scontata.

DISCORSI DI RAPPRESENTANTI DELLE ISTITUZIONI

Sergio Mattarella (Presidente della Repubblica):

01/01/2022, Il Tempo, **Sergio Mattarella scatena la rabbia no-vax: “Sprecare i vaccini è un'offesa a chi non li ha avuti”**²⁷

Il riferimento è al discorso di fine anno del 31 dicembre 2021, in particolare al seguente stralcio (sottolineatura aggiunta):

«Dobbiamo ricordare, come patrimonio inestimabile di umanità, l'abnegazione dei medici, dei sanitari, dei volontari, di chi si è impegnato per contrastare il virus, di chi ha continuato a svolgere i suoi compiti nonostante il pericolo, i meriti di chi, fidandosi della scienza e delle istituzioni, ha adottato le precauzioni raccomandate e ha scelto di vaccinarsi, la quasi totalità degli italiani, che voglio ancora una volta ringraziare per la maturità e per il senso di responsabilità dimostrati. In queste ore in cui i contagi tornano a preoccupare e i livelli di guardia si alzano a causa

delle varianti del virus imprevedibili nelle mutevoli configurazioni, si avverte talvolta un senso di frustrazione. Non dobbiamo scoraggiarci, si è fatto molto. I vaccini sono stati e sono uno strumento prezioso, non perché garantiscano l'invulnerabilità, ma perché rappresentano la difesa che consente di ridurre in misura decisiva danni e rischi per sé e per gli altri. Ricordo la sensazione di impotenza e di disperazione che respiravamo nei primi mesi della pandemia di fronte alle scene drammatiche delle vittime del virus, alle bare trasportate dai medici militari, al lungo necessario confinamento di tutti in casa, alle scuole, agli uffici, ai negozi chiusi, agli ospedali al collasso. Cosa avremmo dato in quei giorni per avere il vaccino? La ricerca e la scienza ci hanno consegnato, molto prima di quanto si potesse sperare, questa opportunità. Sprecarla è anche un'offesa a chi non l'ha avuta e a chi non riesce oggi ad averla.»

Mario Draghi (Presidente del Consiglio dei ministri):

22/07/2021, Il Fatto Quotidiano, **Draghi: “L'appello a non vaccinarsi è l'appello a morire. Senza protezione si deve chiudere tutto di nuovo” – Video**²⁸

Nel video, alla domanda del giornalista, risponde:

«L'appello a non vaccinarsi è un appello a morire, sostanzialmente: non ti vaccini, ti ammali, muori, oppure fai morire. Non ti vaccini, ti ammali contagi, lui o lei muore. Questo è. Secondo: senza vaccinazione si deve chiudere tutto, di nuovo. Noi sappiamo ora che il vaccino [sic] si sta diffondendo. Sappiamo anche che, grazie alla vaccinazione, le conseguenze sui ricoverati in terapia intensiva e sui morti sono molto molto meno serie di quelle che abbiamo visto fino a quattro mesi fa.»

10/01/2022, Repubblica, **L'ennesimo invito di Draghi ai No Vax: “Vaccinatevi, i problemi sono causati da voi”**²⁹

Mario Draghi nell'aprire l'attesa conferenza stampa di Palazzo Chigi lancia una dura stoccata ai No Vax: «Gli ospedali sono in sofferenza per l'impatto che ha il virus sulla popolazione non vaccinata. Molti dei problemi che abbiamo adesso sono dovuti alla popolazione non vaccinata che occupa i due terzi dei posti letto nelle terapie intensive».

Peraltro, a dimostrare incontrovertibilmente che quanto da egli dichiarato è una **spudorata menzogna**, basti osservare che al 9 gennaio l'occupazione dei posti in terapia intensiva era del 15,9%³⁰: due terzi significa oltre il 66,6%.

Renato Brunetta (Ministro per la Pubblica Amministrazione):

10/09/2021, il Giornale, **Green Pass, Brunetta: “In futuro Green pass obbligatorio per pubblico e privato”**³¹

«Che decisione prenderemo nel prossimo futuro? Green Pass per tutti... Green Pass per tutti: lavoro pubblico, lavoro privato; servizi pubblici, servizi privati... [applausi] Mi conforta questo applauso, anche perché, se volete, vi spiego il modellino comportamentale perché io non demonizzo nessuno, né voglio ... Il modellino comportamentale è questo: più crescono i vaccini, più crescono i dubbi sui vaccini. Il vaccinarsi o il non vaccinarsi è un equilibrio dinamico tra costi e benefici: il costo del vaccinarsi, cioè il rischio – non il costo monetario ma il rischio –, col beneficio atteso. Se la stragrande maggioranza degli umani in un dato contesto territoriale si vaccina, è chiaro che il rischio diminuisce, e quindi il costo, anche se bassissimo in termini di rischio, diventa alto, e quindi non mi vaccino. Sembra quasi un circuito perverso, no? L'alta propensione alla vaccinazione aumenta, fa aumentare, rende irriducibile uno zoccolo di opportunisti. Se non ci fossero stati i vaccini, gli opportunisti non ci sarebbero stati. Allora adesso qual è il gioco da fare? È da aumentare agli opportunisti il costo della non vaccinazione. Come glielo aumenti agli opportunisti? Qual è la logica, devo dire geniale, del Green Pass? Dici “o ti vaccini” “no, non mi vaccino” “benissimo, o guarisci”, “va beh, se non l'ho preso...” “e allora ti fai fare i tamponi”. I tamponi sono un

costo psichico – fatevi infilare dentro il naso fino al cervello i cotton fioc lunghi, ecco – è un costo psichico e un costo monetario – 50 Euro due volte ... 60 Euro – più il costo organizzativo. Tu gli aumenti il costo. Aumentandogli il costo tu spingi a ridurre lo zoccolo. In questa maniera tu diminuisce la probabilità di circolazione del virus, e diminuendo la probabilità di circolazione del virus, diminuisce le varianti, perché le varianti si manifestano solo se c'è circolazione. Se non c'è circolazione non ci sono le varianti. Chiaro questo? Quindi il Green Pass – mi piacerebbe spiegarglielo a quelli che fanno ancora problemi – ha questo obiettivo: di schiacciare gli opportunisti ai minimi livelli di non influenza sulla velocità di circolazione del virus. Ci stiamo arrivando. Attenzione, non abbiamo tempo, perché? Perché arrivano autunno e inverno e, siccome la circolazione e la probabilità di varianti è più alta al diminuire della temperatura, tu devi arrivare ai livelli di saturazione nel più breve tempo possibile entro settembre, massimo entro la metà di ottobre.»

Dal chiarimento fornito, denso di malanimo e risentimento nei confronti di quelli che il Ministro definisce “opportunisti”, emerge che la *ratio* dietro l'imposizione dei test a cui egli fa riferimento non è tanto quella di diagnosticare la malattia, quanto quella di aumentare il costo psichico, pecuniario, organizzativo derivante dall'esecuzione dei test per convincere lo “zoccolo di opportunisti” a vaccinarsi. Relativamente al costo psichico, il Ministro scende nel dettaglio con le seguenti parole: “fatevi infilare dentro il naso fino al cervello i cotton fioc lunghi, ecco”. Una frase del genere è **gravissima**. Infatti, i casi sono due: o il Ministro è a conoscenza del fatto che effettivamente un'errata esecuzione del tampone può causare anche danni cerebrali (rischio assolutamente da non sottovalutare, specie quando il test è eseguito su bambini), oppure, ignorando gli aspetti tecnici, descrive con pericolosa superficialità una procedura estremamente delicata che, in quanto tale, dovrebbe essere eseguita solo in caso di effettiva necessità e da personale specialistico adeguatamente formato.

Che un ministro della Repubblica possa esprimersi pubblicamente in tal modo senza che il Presidente della Repubblica e il Governo prendano le minime distanze e senza che alcuna Procura adotti provvedimenti nei suoi confronti rende un'idea della situazione aberrante in cui versa il Paese.

Nel richiamare a questo proposito il testo degli articoli del codice penale 613-bis (*Tortura*) e 613-ter (*Istigazione del pubblico ufficiale a commettere tortura*) [48], si riporta anche una segnalazione inviata il 4 dicembre 2021, tramite e-mail, al Nucleo Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dei Carabinieri di Milano, segnalazione che alla data odierna non ha ancora ricevuto riscontro.

Da MeRispondi Inoltra Archivia Indesiderata Elimina Altro

Oggetto: Fwd: Segnalazione dott.ssa Anna Legnazzi
A nas.milano@sanita.it04/12/2021, 10:47

Alla Vs. cortese attenzione

La presente per richiamare alla Vostra attenzione su fatti riguardanti la dott.ssa Anna Legnazzi, farmacista iscritta all'Ordine dei Farmacisti di Pavia, la quale mi risulta essere membro del Consiglio direttivo dello stesso.

In attesa di un Vostro gentile riscontro, Vi invio cordiali saluti.

Carla Young

Il 28 ottobre 2021 ho inviato all'Ordine la seguente segnalazione tramite email all'indirizzo infocovid@ordinefarmacistipavia.it:

Buongiorno

La presente per richiamare la Vostra cortese attenzione su un messaggio che sta circolando in rete apparentemente scritto dalla farmacista dott.ssa Anna Legnazzi, in cui la stessa si vanta per il dolore che provoca nell'eseguire il "tampone", con riferimento al test rapido per la supposta diagnosi di COVID-19.

Vista la gravità di un tale modus operandi con la possibilità di provocare lesioni fisiche di vario grado in coloro che si sottopongono al test presso la sua farmacia, chiedo gentilmente di effettuare con la massima urgenza le opportune verifiche e adottare le opportune misure nei suoi confronti.

Resto in attesa di Vostro cortese riscontro e mi riservo di segnalare il caso alle autorità preposte.

Distinti saluti.
Carla Young
Via C. Barbero 14
Loc. Drusacco
10089 Valchiusa (TO)

Questa è una farmacista di Pavia che parla di chi si fa i tamponi. Faccio presente che ci sono farmacie che arrivano a farne 2000 alla settimana a 15 euro l'uno.



Il 3 novembre ho ricevuto la seguente email di risposta

-

Buongiorno

L'Ordine dei Farmacisti di Pavia prende atto della segnalazione nei confronti della dottoressa in oggetto. Si comunica che gli organi competenti procederanno, secondo norma, nel loro iter istituzionale. Ringraziando, porgiamo cordiali saluti.

18/11/2021, Dire, **Green Pass, Brunetta: “Precludere socialità extra lavoro ai ‘no vax’ irriducibili”**³²

«Certamente **per gli irriducibili dovremo precludere loro la socialità dei luoghi esterni al mondo del lavoro** [...] stadi, ristoranti, impianti di risalita, tempo libero e quant'altro. È una minaccia alla loro libertà? Assolutamente no, è una difesa alla libertà di tutti gli altri, della libertà di lavoro e di impresa, anche per i giovani.»

21/11/2021, Il Corriere, **Brunetta: «Serve un super green pass. No a nuove chiusure a causa dei non vaccinati»**³³

«Se ci saranno cambi di colore, perché devono pagare tutti gli italiani vaccinati, per colpa dello zoccolo duro dei no vax, estrema minoranza, sempre più invisa?»

21/12/2021, Il Corriere, **Brunetta (FI): «Con il super green pass boom di immunizzati. L'obbligo vaccinale? Adesso non serve»**³⁴

(sottolineatura aggiunta)

«Il green pass rafforzato è la nostra sicurezza. La stragrande maggioranza degli italiani ha scelto di vaccinarsi e gli ultimi giapponesi rimasti a manifestare in qualche angolo di piazza italiana, sono inseguiti dal vituperio delle genti, dal freddo e dalla solitudine.»

Francesco Paolo Figliuolo (Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19)

20/11/2021, Rainews, **Vaccini, Figliuolo: “Non c'è peggior sordo...”**³⁵

Il commissario all'emergenza: “Chi è causa del suo male ne paga le conseguenze”

“Noi salutiamo anche quelli che non riescono purtroppo a capire l'importanza della scienza, spero che piano piano si possano convincere. Chi è artefice del suo male ne paga le conseguenze”. Figliuolo che, da bambino, ai tempi della

scuola elementare, ha frequentato l'istituto che ha ospitato il convegno, ha risposto ad una domanda della dirigente che, sarcasticamente, le [sic] ha "riportato i saluti di un gruppo di no vax che lo attendevano all'ingresso della scuola". Davanti all'edificio un sit-in è stato fatto anche dal segretario dei Radicali Lucani, Maurizio Bolognetti, in sciopero della fame dallo scorso 5 novembre per protestare contro le "svolte autoritarie in materia di politiche sanitarie", contro "una scienza che si fa dogma e scienza di regime" e per denunciare "l'attentato contro i diritti politici del cittadino". "Ricordo che nell'800 - ha aggiunto il generale - quando c'era il vaiolo, a un certo punto arrivò il vaccino che debellò questa terribile malattia. Ricordo inoltre - ha continuato - che da bambino in ogni famiglia, o quasi, c'era purtroppo una persona con la poliomielite e i vaccini l'hanno sconfitta. Non c'è peggior sordo di hi [sic] non vuole sentire, noi andiamo avanti per la nostra strada. Fortunatamente in Italia - ha concluso - l'87 per cento degli italiani ha fatto almeno una dose, questi sono i fatti".

Roberto Occhiuto (Presidente della Regione Calabria)

20/01/2022, LameziaTerme.it, **Italexit: Occhiuto dovrà rendere conto delle sue parole e del suo operato**³⁶

Durante la partecipazione al programma "Oggi è un altro giorno" su RAI 1 il Governatore della Calabria [...] [d]ichiara testualmente: «Ho detto ai commissari delle Asp che li avrei giudicati in ragione delle performance che avrebbero avuto le loro aziende nel vaccinare i calabresi. Ho rifatto i contratti con i medici di medicina generale, ho messo wanted sui no-vax. Ho detto ai medici di medicina generale che avrebbero avuto 25 euro in più per ogni prima dose, e allora abbiamo fatto più di 120.000 prime dosi dal primo di dicembre in poi. Abbiamo rifatto il contratto con i pediatri, anche a loro ho dato un incentivo sui bambini che vaccinavano. Ho fatto anche gli Open Vax days nelle scuole. In Calabria la mattina si studia e nel pomeriggio ci si vaccina nelle scuole.» e ancora «I Novax restino a casa. Ho chiesto al governo di poter fare dei lockdown selettivi, tendendo [sic] a casa i non vaccinati, perché la pressione sulla rete ospedaliera e soprattutto sulle terapie intensive è causata essenzialmente dai novax. Il governo mi ha risposto che non posso farlo, e per evitare uno scontro tra livelli istituzionali, ho soprasseduto».

Gianni Rezza (Direttore Generale della Prevenzione sanitaria presso il Ministero della Salute)

13/11/21, Il Tempo, **No vaccino? No green pass. L'ultima idea del governo per cercare di "convincere" i no-vax**³⁷

(neretto aggiunto)

*«Molti hanno avanzato l'ipotesi di utilizzare solo il vaccino e non più il tampone per avere il green pass. Credo che questa sia una **decisione politica**, si sta valutando a livello governativo».*

Una conferma che si tratta di una decisione politica, **non di una misura sanitaria**.

Pierluigi Lopalco (Assessore alla Sanità Regione Puglia)

15/11/2021, Repubblica, **Lopalco: "Al cenone di Natale invitate solo vaccinati. Terza dose fondamentale per proteggere i più fragili"**³⁸

Sul tema l'epidemiologo è tornato anche come ospite a 'TimeLine' su SkyTg24. Per aumentare le vaccinazioni anti-Covid "esiste anche un altro modo a cui stiamo ricorrendo poco, ovvero quello del sentimento sociale: io a casa mia a cena un mio conoscente o un mio amico non vaccinato non lo invito. Se tutti quanti cominciassimo a dire che se non sei vaccinato al cenone di Natale non ci vieni, credo che qualche altra vaccinazione si recupererà".

Sulla possibilità di intervenire con una stretta sul Green pass, Lopalco suggerisce che "si potrebbe limitare la validità del certificato, ovvero: lo si rilascia solo se o si è avuta l'infezione naturale, quindi se si è guariti dal Covid, o

se si è vaccinati o se si ha una esenzione medica. Evitiamo quindi di fare un tampone per il Green pass ogni 3 giorni. Già questo significherebbe che nel mio luogo di lavoro mi ritrovo un collega non vaccinato. Io penso che questo sarebbe ancora una volta aumentare il livello di incentivo a vaccinarsi.»

Giovanni Toti (Presidente della Regione Liguria)

17/01/22, TG3³⁹

«Non è più il tempo dei colori; è il tempo dei vaccini. Occorre dividere sempre più il Paese tra i vaccinati e protetti e i non vaccinati, cosiccome bisogna dividere coloro che hanno i sintomi del COVID da coloro che non ce li hanno. Cambiamo le regole, altrimenti la pandemia si trasformerà in oppressione burocratica.»

Nell'estate del 2021 la Regione Liguria aveva anche speso risorse pubbliche in un'eloquente campagna di "sensibilizzazione" volta a stigmatizzare graficamente la mancanza di senno e di attributi di chi non si vaccina, come mostrano i manifesti di Figura 2, fotografati a Noli (SV).



Figura 2 – Campagna vaccinale della Regione Liguria (Noli – SV – estate 2021).

Pierpaolo Sileri (chirurgo, sottosegretario di Stato al Ministero della salute)

25/01/2022, La7, DiMartedì⁴⁰

«Vi renderemo la vita difficile, come stiamo facendo, perché il non vaccinato e chi non rispetta le regole è pericoloso, punto.»

Agostino Miozzo (ex coordinatore Comitato Tecnico-Scientifico – CTS)

08/01/2021, Fanpage, **Miozzo dice che ci vuole l'arresto per chi non rispetta l'obbligo vaccinale Covid**⁴¹ (neretto aggiunto)

Agostino Miozzo, ex coordinatore del Cts, sull'obbligo vaccinale per over 50: "Nell'emergenza in cui siamo non ci è permesso essere democratici, come sanzione metterei anche l'arresto".

"Io metterei l'obbligo assoluto totale" perché "nell'emergenza in cui siamo non ci è permesso essere democratici" e come sanzione "anche l'arresto", le parole di Miozzo rispetto alla possibile multa da 100 euro ai no-vax. E aggiunge: "Perché grazie a chi vuole correre pericoli, e li fa correre agli altri, ci sono morti. Molti finiscono nelle terapie intensive, dove un giorno di ricovero costa 1.500 euro. C'è chi ci rimane 20 giorni. Si può partire da lì" ossia "una sanzione equivalente a un giorno di terapia intensiva non sarebbe sbagliato".

28/07/2021, Il Fatto Quotidiano, Francesco Pastore (economista), **Io sono per l'obbligo vaccinale. E toglierei la parola ai ciarlatani no vax anche sui social**⁴²

Devo dire che i no-vax sono una piccola minoranza della popolazione, ma molto ciarlieria ed agguerrita. Sentono un bisogno pazzo di influenzare gli altri con le loro scelte campate in aria. E più le loro convinzioni sono campate in aria, più si sentono in diritto di convincere gli altri. Chissà perché la maggioranza resta invece piuttosto silenziosa. [...]

Chiedo allora: caro Presidente Draghi, cosa aspetta a porre fine a questo ciarpame senza costruito con un bell'obbligo vaccinale?

[...] Secondo un calcolo recente, il 99% dei nuovi infetti sono imbecilli che non si sono voluti vaccinare. Oltre che a salvaguardare la loro salute, va salvaguardata la salute dei loro minori, che non possono difendersi da soli, e quella di chi per qualunque motivo deve entrare in rapporto con loro, rischiando inconsapevolmente di conseguire il virus.

[...] Con l'obbligo vaccinale finiscono tutti i discorsi a vanvera di cui è pieno il web. Stupidaggini allo stato puro che infettano la vita sociale senza alcun costrutto.

Gli unici a trarre vantaggio dall'ignoranza dilagante e dall'approccio antiscientifico di alcune fasce della popolazione sono i partiti no-vax e no-green-pass del momento [...]. Allora, [questi] continuano a difendere la presunta e malintesa libertà di cura e di opinione. Come se la tutela della salute pubblica non fosse superiore alla libertà di essere imbecilli, non vaccinandosi.

E no, cari no-vax, vaccinarsi dovrebbe essere un obbligo come per altri vaccini per i bambini. Si fa per paternalismo (lo Stato sa che alcuni cittadini non sono in grado di giudicare quale sia il loro bene), ma anche per tutelare la salute di chi è intorno a questi cerebrolesi che sono i no-vax.

Non provo neppure a smontare le tante sciocchezze senza alcun senso che dicono. Non serve a niente. Mica loro ragionano con il cervello? Non so con cosa ragionino, ma certo non con il cervello. Per questo è inutile discutere con loro. Del resto, perché dovrei discutere di vaccini e virus con gente che non ha alcun titolo per parlarne?

[...] si scopre che molti no-vax e no-green pass non sono neppure laureati, del resto come i loro leader politici, che con la stessa sicumera sparano sentenze su vaccini e virus manco avessero un dottorato in medicina ad Harvard oppure all'MIT.

Un altro tema connesso è dunque quello di come queste stupidaggini che dicono i no-vax e no-green pass si diffondano nella popolazione. I social media hanno un ruolo fondamentale. Come si sa, i social media operano una disintermediazione fantastica delle notizie. Non c'è più il giornalista o chi per lui che seleziona chi ha i titoli per parlare come avveniva in TV fino a poco fa. Sui social più sei ignorante e più diffondi sciocchezze! Nessuno ti impedisce di continuare a dare fake news anche se ogni persona dotata di un minimo livello intellettuale capisce che si tratta di una sciocchezza.

Molti no-vax sono troppo ignoranti per capire la distinzione fra uno scienziato da Nobel e un ciarlatano che imbastisce benino in italiano le sue convinzioni da baraccone. Per molti no-vax, che, ripeto, sono anche no-brain e no-light, un ciarlatano vale uno come uno scienziato e basta che un ciarlatano imbecille dica una sciocchezza sui social che milioni di altri imbecilli la ripetano senza sapere perché. Allora, oltre all'obbligo vaccinale, io toglierei la parola a questi ciarlatani sui social. Che i loro profili siano bloccati quando diffondono fake news, quando parlano di argomenti sui quali non hanno alcun titolo di studio per esprimere le loro presunte opinioni. L'hanno fatto per un presidente degli Stati Uniti, come Donald Trump, perché non farlo per questi ciarlatani no-vax?

08/01/2021, La Repubblica, Michele Bocci, **L'identikit del No Vax: licenza di scuola media, disoccupato e con disagio abitativo**⁴³

La ricerca del Dipartimento di epidemiologia del Lazio. Ricchi e istruiti non seguono le teorie anti somministrazione. Tanti i migranti senza copertura. "Vaccinare vuol dire ridurre le disuguaglianze"

Quello di Djokovic è un caso isolato, che ovviamente ha enorme risonanza ma non è rappresentativo del popolo dei non vaccinati. Ci sono ben pochi ricchi tra coloro che non hanno la copertura e comunque sono molti meno delle persone che invece hanno problemi economici. Ma sono pochi anche i laureati che non hanno ricevuto nemmeno una somministrazione.

Per inciso, sembra emergere che tra “politici, imprenditori e nomi dello spettacolo” qualcuno ricorra a Green Pass falsi (23/09/2021, SkyTG24, **Green pass e certificati di esenzione falsi: indagati medici a Roma e Genova**⁴⁴).

04/12/2021, il Messaggero, **No vax, complottisti, terrapiattisti e sfiduciati: secondo il Censis lo stress da Covid ci ha reso più irrazionali**⁴⁵

Per il 6% il virus non esiste. Uno su dieci ritiene inutile la vaccinazione.

Che Italia è quella che sta uscendo (si spera) dalla pandemia? Molto sfiduciata, parecchio irrazionale con addirittura tre milioni di connazionali che credono che la terra sia piatta, impoverita, sempre più senza figli, terribilmente ingiusta verso le donne e i giovani che continuano a restare ai margini.

Anche ammesso che il campione a cui è stato somministrato il questionario sia effettivamente rappresentativo dell'intera popolazione (cosa per niente scontata), se è irrazionale la sfiducia – che peraltro, leggendo poi l'articolo, si scopre coinvolgere addirittura l'87% della popolazione – verrebbe da chiedere al giornalista se consideri “razionale” soltanto l'orgogliosa autoreferenzialità della *vulgata* ufficiale, quale emerge dall'*incipit* della fonte, il **55° Rapporto Censis - La società italiana al 2021**⁴⁶

LA SOCIETÀ IRRAZIONALE

Gli italiani e l'irrazionale

Vaccini efficaci disponibili in tempi rapidi, sussidi e ristori di Stato a tutti, un robusto rimbalzo dell'economia e un cospicuo piano di rilancio finanziato dall'Unione europea: sono notizie che, dopo la paura nera dello scorso anno, dovrebbero far tirare un sospiro di sollievo e far gioire d'orgoglio per la tenuta socio-economica del Paese. Si tratta di una vittoria della ragione, della umana facoltà razionale di risolvere i problemi. Eppure, all'allentarsi della pressione dell'emergenza, non si sentono soltanto sospiri di sollievo o echi di esultanza, ma anche mugugni, lamentele, accuse, risentimenti.

La razionalità che nell'ora più cupa palesa la sua potenza risolutrice lascia il posto in molti casi a una irragionevole disponibilità a credere alle più improbabili fantasticherie, a ipotesi surreali e a teorie infondate, a cantonate e strafalcioni, a svarioni complottisti, in un'onda di irrazionalità che risale dal profondo della società. Il 31,4% degli italiani oggi si dice convinto che il vaccino è un farmaco sperimentale e che quindi le persone che si vaccinano fanno da cavie, il 10,9% sostiene che il vaccino è inutile e inefficace, per il 5,9% (cioè circa 3 milioni di persone) il Covid-19 semplicemente non esiste. In definitiva, dalle vicende del periodo emergenziale il 12,7% degli italiani trae la conclusione che la scienza provoca più danni che benefici (tab. 1).

ESTERNAZIONI DI PERSONALE SANITARIO ISCRITTO ALL'ORDINE

Un promotore e interprete compulsivo della campagna di denigrazione è **Roberto BURIONI**, medico e professore di Microbiologia e Virologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, celebre per la quantità e qualità dei messaggi pubblicati su Twitter, alcuni dei quali sono riprodotti qui di seguito, nonché per l'onnipresenza sulle principali reti televisive.



Anche i giornali dedicano ampio spazio alla sua crociata.

23/07/21, il Messaggero, **Green pass, Burioni e i no vax: «Dal 5 agosto chiusi in casa come sorci...»**⁴⁷

Prosegue la battaglia contro i no vax di Roberto Burioni. Affidandosi a Twitter il virologo docente all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano lancia una nuova provocazione. «Propongo una colletta per pagare ai novax gli abbonamenti Netflix per quando dal 5 agosto saranno agli arresti domiciliari chiusi in casa come dei sorci», così ha twittato ieri sera dopo l'annuncio da parte del governo delle limitazioni imposte per chi non sarà in possesso del Green pass, quindi di coloro che non avranno fatto il vaccino.



Un tweet che ha scatenato la rete con 782 retweet e addirittura oltre mille citazioni. Tra questi ovviamente molti no vax, che non hanno perso occasione per insultare il virologo, da sempre preso di mira per le sue posizioni intransigenti nei confronti dei contrari alla vaccinazione.

I giornali forniscono esempi anche di altri sanitari:

03/12/2021, Huffington Post, **“No Vax, vi curo ma non parlatemi: vi disprezzo”**: lo sfogo del **primario di Pesaro**⁴⁸

“Sono medico di Pronto Soccorso e 118 da vent’anni e in questi anni ho imparato che l’empatia, la buona parola, la compassione sono esse stesse cura, spesso altrettanto efficace dei farmaci. Ma non posso provare empatia per un atteggiamento distruttivo ed egoista quale è il rifiuto ideologico del vaccino”. Con un altro post su facebook il primario del Pronto Soccorso dell’Ospedale di Pesaro Umberto Gnudi prova a spiegare lo stato d’animo che lo ha spinto a postare un messaggio choc contro i no vax (“vi disprezzo”), suscitando una tempesta di reazioni sui social.



21/12/2021, Il Corriere, **Val Seriana, Mara Maffei, la dottoressa che non vuole curare i no vax: «Sono stanca di perdere tempo»**⁴⁹

«Si “ringrazia” tutti i pazienti non vaccinati per la nuova ondata pandemica [17], [22] che ci troviamo ad affrontare!!! Chiederò ad Ats la possibilità di revocare tutti i pazienti non vaccinati!!!». E lo ha fatto, la dottoressa Mara Maffei, 48 anni, di Parre e con ambulatori a Ponte Nossa e Premolo. Si è confrontata con il suo referente all’Agenzia di tutela della salute per valutare l’opzione: depennare dall’elenco dei suoi 1.500 mutuatati chi non si è sottoposto al vaccino contro il Covid. «Ma mi è stato risposto che non è possibile farlo, che allora dovrei revocare anche obesi e fumatori. Dunque, continuerò a curare tutti come ho sempre fatto».

[...] «Io ogni tanto faccio le mie sparate, i pazienti lo sanno. Ieri (lunedì, ndr) ero esasperata quando ho pubblicato sul mio stato WhatsApp quel messaggio. **La cosa brutta sono state le minacce che ho ricevuto subito dopo.** Una persona anonima mi ha scritto che mi avrebbe denunciato ai carabinieri e che si sarebbe rivolta a un avvocato. Un tale Locatelli mi ha telefonato insultandomi, dicendo che avrebbe promosso una raccolta firme per farmi rimuovere, che sarebbe passato in studio e che avrebbe chiamato Striscia la Notizia. Ben venga, se così posso fare passare il messaggio che bisogna vaccinarsi. Io non temo nessuno»

20/01/2022, EspansioneTV, **No vax, il consigliere Lissi all'attacco**⁵⁰

No vax, il consigliere Lissi all'attacco. “Siamo noi sanitari a dover scendere in piazza contro i no vax e urlare contro lo sfacelo che si sta compiendo”. È lo sfogo che Patrizia Lissi, consigliere comunale comasco del Pd – nonché infermiera all'ospedale Sant'Anna – ha affidato ai social.

“Lavorare, curare i no vax è veramente molto dura. Sentire le loro frasi, le loro motivazioni è intollerabile”, continua Lissi. Il consigliere usa parole dure contro coloro che non si sono sottoposti alla vaccinazione anti Covid.

27/07/2021, Nurse 24, **Infermiere attaccano no vax sui social. L'Asl si dissocia**⁵¹

(sottolineatura aggiunta)

Le parole incriminate? Tra poco – aveva scritto una delle infermiere – ce li troveremo in reparto e qualche sassolino dalla scarpa me lo voglio togliere. Sai bucare una decina di volte la vena facendo finta di non prenderla? Ecco e poi mi verrà in mente altro, vedrai che le corse per montare i macchinari la sottoscritta non le farà più. Io non faccio le corse per nessuno. Si arrangiassero pure, mi sono rotta e tanto pure, la replica della collega.

[...]

La presa di posizione dell'Usl (dove la carenza di infermieri e Oss e nelle Rsa è un problema reale) non si è fatta attendere, diramando un comunicato: In merito alle frasi pubblicate sui social da due operatrici, che lavorano entrambe nell'ambito territoriale della Versilia, l'Azienda Usl Toscana nord ovest sottolinea che la segnalazione è già arrivata alla direzione dell'Asl che sta valutando il caso per gli eventuali provvedimenti da assumere nei confronti di entrambe le dipendenti.

[...]

I vaccini anti-Covid nelle discussioni sui social network. Discussioni che sempre più spesso sfociano in vere e proprie aggressioni verbali. Sempre nel lucchese, a Viareggio, alcune settimane fa il sindaco della città Giorgio Del Ghingaro ha ricevuto sulla sua pagina Facebook migliaia di notifiche in meno di un'ora. Notifiche nelle quali si inneggiava alla libera scelta di vaccinarsi, evidenziando una (presunta) violazione del diritto al consenso alle terapie mediante costrizione per ciò che viene definito dai no vax nazismo sanitario.

La “colpa” di Del Ghingaro? Avere pubblicato sulla sua pagina una foto che lo ritraeva dopo avere ricevuto la prima dose di vaccino contro il Covid-19. L'accaduto era stato segnalato alla polizia postale. Sul tema è intervenuta la senatrice Liliana Segre, superstita dell'Olocausto e testimone della Shoah italiana: Follie, gesti in cui il cattivo gusto si incrocia con l'ignoranza. L'uso distorto della memoria è una vergogna che dura da tempo.

31/07/2021, AssoCareNews, **Infermiere sui social: “cari no-vax non vedo l'ora di intubarvi tutti”. Ed è polemica.**⁵² (sottolineatura aggiunta)

Un Infermiere operante nel Bolognese ora rischia la sospensione dal lavoro e dalla professione per aver offeso i no-vax sui social. La sua situazione è stata posta all'attenzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche a cui è iscritto.

“Disagiati No-vax, quando vi metterò le sonde necessarie lo farò con più piacere”, sono queste le parole usate da questo collega che di fatto ha minacciato intubare con piacere i futuri pazienti no-vax.

Le sue, seppur comprensibili, sono state definite “terrificanti parole”. Le ha riservate ai no-vax utilizzando il web per scagliarsi contro una donna contraria al vaccino anti-Covid.

Le sue parole hanno fatto il giro dei social e hanno fatto scattare un primo provvedimento disciplinare nei suoi confronti.

È quanto riferiscono i colleghi di Libero. Uno sfogo, quello dell'uomo, sul proprio account Facebook indirizzato ai più recalcitranti su vaccini e green pass. Una frustrazione che emerge in modo dirompente tra le righe dell'invettiva dopo un anno di lavoro a ritmi frenetici e convulsi ma che, come detto in premessa, non giustifica le parole dure utilizzate sul social network.

“Lei non si preoccupi – ha scritto l'operatore sanitario rispondendo a una donna – che quando apriremo di nuovo la terapia intensiva Covid con i tutti i disagiati ‘No vax’ (e purtroppo qualche persona innocente che per seri motivi non poteva vaccinarsi), io sarò lì a mettervi le sonde necessarie alla vostra sopravvivenza. Lo farò in modo professionale come sempre, ma forse con un pizzico di sottile piacere in più. Questo perché so che è comunque stata una vostra scelta libera e consapevole. Questo allevierà il mio carico emotivo... e saremo tutti più felici”. Parole, comunque, inaccettabili.

[11] AZIONI SOVERSIVE E ISTIGAZIONE

Si considerino, in relazione alle ipotesi di reato di cui agli articoli 270, 270-bis, 286 c.p. [48], anche gli avvenimenti relativi a infiltrati della Polizia dello Stato nelle manifestazioni contro il Green Pass svoltesi ad ottobre 2021, a cui fece seguito l'informativa del ministro Luciana Lamorgese alla Camera il 19 ottobre 2021⁵³. In tale informativa, in relazione alla partecipazione di un agente di polizia in borghese all'assalto di una camionetta da parte di “alcuni esagitati?” nella manifestazione di Roma del 9 ottobre 2021, ella adduceva la seguente inverosimile spiegazione:

«Si è poi anche adombrata l'ipotesi della possibile presenza in piazza di agenti di polizia infiltratisi tra i manifestanti. Sento di dover escludere anche questo inquietante retroscena. Nel dispositivo era prevista, come è normale, la presenza di agenti in borghese appartenenti alla Digos con compiti di osservazione e monitoraggio e anche di mediazione con i manifestanti. Agli stessi compiti era addetto anche l'operatore di polizia che in abiti civili compare in alcune immagini diffuse dai Social, presente all'azione di alcuni esagitati che intendevano provocare il ribaltamento di un furgone della polizia. In realtà quell'operatore stava verificando anche la forza ondulatoria scaricata sul mezzo e che non riuscisse ad essere effettivamente concluso. Si tratta dello stesso agente che più tardi, aggredito da un manifestante da lui arrestato e tuttora in stato di detenzione, ha reagito in modo scomposto. Per questo motivo si è autosegnalato, e ora la sua posizione è al vaglio dell'Autorità Giudiziaria.»

Si veda anche in proposito, l'articolo del Secolo d'Italia dell'11 ottobre 2021, ***Giallo sugli infiltrati no Green Pass, pressing sulla Lamorgese: fuori i nomi di quelli ripresi nei video***⁵⁴, dal quale si evince che gli infiltrati erano ben più dell'agente ufficialmente impegnato a verificare la forza ondulatoria.

[12] LEGISLAZIONE DISCRIMINATORIA

Si citano qui di seguito i decreti-legge e le leggi più recenti che istituiscono una disparità di trattamento tra cittadini possessori di certificazione verde e cittadini sprovvisti di tale certificazione, e/o che sono compressivi di diritti fondamentali nei confronti in particolare dei cittadini sprovvisti.

D.L. 44/21 convertito con modificazioni con **L. 76/21**⁵⁸

D.L. 105/21 convertito con modificazioni con **L. 126/21**⁵⁹

D.L. 111/21 convertito con modificazioni con **L. 133/21**⁶⁰

D.L. 127/21 convertito con modificazioni con **L. 165/21**⁶¹

D.L. 172/21⁶²

D.L. 221/21⁶³

D.L. 229/21⁶⁴

D.L. 1/22⁶⁵

Le continue variazioni di regole introdotte da questi provvedimenti, eventuali decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, e ordinanze, con l'introduzione via via di nuove e variegate limitazioni, spesso senza una benché minima giustificazione logica o base scientifica (si pensi alla limitazione nelle spese o al divieto di frequentazione di musei, bar e ristoranti e di utilizzo dei mezzi pubblici per i non vaccinati, alla limitazione delle pratiche possibili negli uffici pubblici per chi non possiede la certificazione verde⁵⁵; oppure si consideri la durata del Green Pass – continuamente soggetta a variazioni – che addirittura inizialmente era maggiore per i vaccinati che per i guariti nonostante la letteratura scientifica⁵⁶ indichi una migliore qualità e copertura anticorpale nei guariti rispetto ai vaccinati; oppure si pensi alla previsione, oltretutto a pagamento, del test antigenico o molecolare per i soli non vaccinati per potersi recare al lavoro, senza alcuna evidenza scientifica né dell'affidabilità dello stesso né del maggior rischio di infezione dei non vaccinati rispetto ai vaccinati; oppure ancora si consideri la differenza nelle misure di quarantena tra vaccinati e non vaccinati o vaccinati con ciclo non completo⁵⁷ – vedere anche da [15] a [22]), offrono una ghiotta occasione a chi è più zelante per arrogarsi il diritto di escogitarne di nuove ancora più discriminanti e potenzialmente con effetti ancora più deleteri. Siano sufficienti il caso dell'ospedale di Monopoli, dove addirittura era negato l'accesso ai pazienti senza terza dose, il caso analogo dell'ospedale Galeazzi di Milano diretto da Fabrizio Pregliasco, che prevedeva il rinvio delle operazioni non urgenti per pazienti fragili e pazienti non vaccinati, e il caso del Policlinico Gemelli di Roma, dove una paziente oncologica si è sentita rispondere che, non essendo vaccinata, non poteva accedere alla prestazione.

[13] LEGISLAZIONE SOVRANAZIONALE E NAZIONALE RELATIVA ALLA NON DISCRIMINAZIONE

Dichiarazione Universale Diritti Umani⁶⁶

Articolo 1

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza.

Articolo 2

Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità.

Articolo 12

Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesione del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni.

Articolo 13

1. Ogni individuo ha diritto alla libertà di movimento e di residenza entro i confini di ogni Stato.

Articolo 19

Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione incluso il diritto di non essere molestato per la propria opinione e quello di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee attraverso ogni mezzo e senza riguardo a frontiere.

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea⁶⁷

Articolo 6

Diritto alla libertà e alla sicurezza

Ogni individuo ha diritto alla libertà e alla sicurezza.

Articolo 10

Libertà di pensiero, di coscienza e di religione

1. *Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione. Tale diritto include la libertà di cambiare religione o convinzione, così come la libertà di manifestare la propria religione o la propria convinzione individualmente o collettivamente, in pubblico o in privato, mediante il culto, l'insegnamento, le pratiche e l'osservanza dei riti.*

2. *Il diritto all'obiezione di coscienza è riconosciuto secondo le leggi nazionali che ne disciplinano l'esercizio.*

Articolo 20

Uguaglianza davanti alla legge

Tutte le persone sono uguali davanti alla legge.

Articolo 21

Non discriminazione

1. *È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.*

2. *Nell'ambito d'applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull'Unione europea è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.*

Costituzione della Repubblica italiana⁶⁸

Articolo 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Articolo 117

La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

[...]

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

[14] MUTEVOLEZZA DEL PROGRAMMA VACCINALE

Poiché mancano dati preclinici e clinici della sperimentazione che sarebbero fondamentali per stabilire univocamente un programma vaccinale, le indicazioni, in termini di dosaggio, cadenza, e modalità di conservazione e somministrazione, sono soggette a continue variazioni su archi temporali brevissimi con l'emissione di determini¹⁰ [4] di autorizzazione da parte dell'AIFA, o talvolta anche solo sulla base di circolari ministeriali, spesso in totale assenza di evidenze in merito agli effetti derivanti dalle varie modalità via via previste e con la conseguente impossibilità di stabilire a quale prodotto o modalità di conservazione/somministrazione ascrivere eventuali effetti avversi.

In tempi brevissimi sono variate le fasce di età a cui destinare le varie tipologie di vaccino e le modalità di conservazione dei vaccini (per il vaccino Pfizer è anche stato esteso il periodo di validità da sei mesi a nove mesi [45]); si è passati dal non prevedere somministrazioni eterologhe, al prevederle; dal prevedere unicamente il ciclo primario al prevedere dosi di richiamo; dal prevedere la dose di richiamo (necessariamente con tecnologia a mRNA anche nel caso in cui il ciclo primario sia stato effettuato con vaccini di altro tipo) dopo un minimo di 6 mesi dal ciclo primario, al prevederla dopo un minimo di 5 mesi, ridotti infine a 4 mesi da un'ordinanza ministeriale: sia sufficiente confrontare l'Ordinanza del Ministero della Salute n. 0059207-24/12/2021 - **Aggiornamento delle indicazioni sull'intervallo temporale relativo alla somministrazione della dose "booster" (di richiamo) nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19**⁶⁹ con la Determina dell'AIFA¹⁰ del 07/01/2022. A questo riguardo è bene ricordare che, in base all'Articolo 6 del **D.lgs. 219 del 24/4/2006**⁷⁰, riportato sotto (neretto aggiunto), **qualunque variazione** nelle modalità di somministrazione (quindi anche cadenza) **dovrebbe essere soggetta ad autorizzazione**.

Estensione ed effetti dell'autorizzazione

- 1. Nessun medicinale può essere immesso in commercio sul territorio nazionale senza aver ottenuto un'autorizzazione dell'AIFA o un'autorizzazione comunitaria a norma del regolamento (CE) n. 726/2004.*
- 2. Quando per un medicinale è stata rilasciata una AIC [autorizzazione all'immissione in commercio] ai sensi del comma 1, **ogni ulteriore dosaggio, forma farmaceutica, via di somministrazione e presentazione, nonché le variazioni ed estensioni sono ugualmente soggetti ad autorizzazione ai sensi dello stesso comma 1**; le AIC successive sono considerate, unitamente a quella iniziale, come facenti parte della stessa autorizzazione complessiva, in particolare ai fini dell'applicazione dell'articolo 10, comma 1.*

Al contrario, come appare evidente, ci sono circolari ministeriali che introducono modalità di somministrazione **non conformi** rispetto a quelle previste nelle determini dell'AIFA.

[15] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: DATI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Innanzitutto si evidenzia che gli studi in base ai quali è stata rilasciata l'autorizzazione condizionata avrebbero valutato l'efficacia in base alla riduzione del rischio di contrarre la malattia in forma lieve o moderata; non hanno valutato quindi l'efficacia nel prevenire o ridurre il rischio di evoluzione a forme gravi.

Fatta questa opportuna e importante premessa, dai vari bollettini dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sulla sorveglianza integrata del COVID-19 emergono nella popolazione vaccinata una letalità e un tasso di ricovero rilevanti in rapporto alla popolazione non vaccinata, nonostante la discutibile e non rigorosa

definizione di tale popolazione, la quale ricomprende anche parte dei soggetti con ciclo vaccinale incompleto: questo potrebbe falsare a favore del vaccino i risultati dei calcoli di efficacia. Soprattutto si osserva tra la popolazione vaccinata e quella cosiddetta “*non vaccinata*” un rischio comparabile di **reinfezione**, e un rischio comparabile, se non inferiore per la popolazione “*non vaccinata*”, di **evoluzione in forma grave** della malattia una volta contratta. Quello che emerge è che il vaccino non salva assolutamente dall’ospedalizzazione e dal decesso, come vorrebbe la narrazione ufficiale.

Purtroppo non è possibile valutare, in base ai dati forniti, l’efficacia effettiva della campagna vaccinale appunto per il fatto che, come accennato sopra, i dati della popolazione non vaccinata sono stati accorpati ai dati relativi a parte della popolazione vaccinata con una dose. Possono esserci ulteriori fattori confondenti nei dati riportati dai bollettini, per esempio determinati dalla definizione dello stato vaccinale adottata anche in ambito ospedaliero. I bollettini più recenti comunque mostrano nelle fasce giovani un rischio di ospedalizzazione tendenzialmente maggiore nella popolazione vaccinata con ciclo completo e dose *booster* rispetto a quella vaccinata con doppia dose.

Nell’analisi che segue si è preso in considerazione, laddove non diversamente specificato, il bollettino ISS ***Epidemia COVID-19***⁷¹ del 5 gennaio 2022. Analoghe valutazioni si possono fare sui bollettini successivi.

RISCHIO DI REINFEZIONE

Relativamente al **rischio di reinfezione**, si osservi, con riferimento al bollettino in questione, l’ultima riga della Tabella 3, riportata in Figura 3.

Nel caso dei **non vaccinati** (sulla cui definizione, tutt’altro che trasparente, si veda la noticina in calce alla tabella stessa) il tasso di reinfezione risulta $7591/971.964 = 0,78\%$.

Nel caso di soggetti **vaccinati che avevano contratto il COVID-19 prima della prima dose** il tasso di reinfezione risulta $23.001/3.147.315 = 0,73\%$; questo già dovrebbe mettere in dubbio l’opportunità di sottoporre al trattamento sperimentale coloro che hanno già contratto il COVID-19, col rischio di effetti avversi importanti, primo fra tutti il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE), già riconosciuto come ufficialmente responsabile del decesso di **Stefano Paternò [31]**. Su questo fenomeno e su un confronto tra immunità naturale e immunità da vaccino si tornerà più avanti.

Nel caso dei **vaccinati che avevano contratto il COVID-19 dopo la prima dose**, il tasso risulta $1122/771.094 = 0,15\%$; questo risultato non è necessariamente indicativo dell’efficacia del vaccino nel prevenire reinfezioni: infatti il periodo di osservazione tra prima infezione e reinfezione è più limitato rispetto ai due casi precedenti.

TABELLA 3 – DISTRIBUZIONE ASSOLUTA E PERCENTUALE DELLE PRIME DIAGNOSI E DEI CASI DI REINFEZIONE DA SARS-COV-2 PER FASCIA DI ETÀ, SESSO, NAZIONALITÀ, MACROAREA GEOGRAFICA, OPERATORI SANITARI E STATO VACCINALE (PERIODO 24/08/2021-26/12/2021).

		Prime diagnosi	Reinfezione
Fascia di età	0-19	428.714 (23,7%)	6.756 (18,7%)
	20-39	524.688 (29,0%)	14.478 (40,1%)
	40-59	553.680 (30,6%)	11.125 (30,8%)
	60-79	245.252 (13,6%)	2.857 (7,9%)
	80+	56.858 (3,1%)	866 (2,4%)
Sesso	F	927.649 (51,3%)	19.079 (52,9%)
	M	881.572 (48,7%)	17.003 (47,1%)
Nazionalità	Italiano	1.678.831 (92,8%)	33.499 (92,8%)
	Straniero	130.390 (7,2%)	2.583 (7,2%)
Macroarea geografica	Nord	1.055.007 (58,3%)	26.784 (74,2%)
	Centro	315.638 (17,4%)	2.972 (8,2%)
	Sud	438.576 (24,2%)	6.326 (17,5%)
Operatori sanitari*	Sì	23.206 (2,0%)	1.846 (6,8%)
	No (o non noto)	1.156.115 (98,0%)	25.192 (93,2%)
Stato vaccinale**	Non vaccinato	971.964 (19,9%)	7.591 (23,9%)
	≥ 1 dose dopo prima diagnosi	3.147.315 (64,4%)	23.001 (72,5%)
	≥ 1 dose prima della prima diagnosi	771.094 (15,8%)	1.122 (3,5%)

* È stata considerata solo la popolazione con età tra i 20 e i 65 anni per un confronto più omogeneo degli operatori sanitari con il resto della popolazione.

** È stata considerata solo la popolazione con età maggiore e uguale a 16 anni per un confronto più omogeneo fra i vaccinati e non vaccinati

NOTA: Per quanto riguarda lo stato vaccinale sono state definite tre categorie differenti:

- Non vaccinati, ovvero i soggetti che non hanno ricevuto alcuna dose o hanno ricevuto la prima dose o una dose di vaccino mono dose meno di 14 giorni prima della reinfezione o che hanno ricevuto la prima dose dopo la reinfezione.
- Almeno una dose prima della prima diagnosi ovvero i soggetti che risultavano vaccinati da almeno 14 giorni con ciclo incompleto o con ciclo completo al momento della prima diagnosi
- Almeno una dose dopo la prima diagnosi ovvero i soggetti che risultavano non vaccinati al momento della prima diagnosi ma che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino successivamente alla prima diagnosi

Figura 3 – Tabella 3 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

RISCHIO DI EVOLUZIONE IN FORMA GRAVE E MORTALE

Relativamente al **rischio di evoluzione in forma grave**, da un'analisi della Tabella 5 dello stesso bollettino, riportata in Figura 4, emerge per la popolazione vaccinata, rispetto alla popolazione definita come “*non vaccinata*” (su questa definizione si tornerà anche più avanti), **un rischio confrontabile di evoluzione del COVID-19 in forma moderata/grave e un rischio tendenzialmente maggiore di decesso una volta che la malattia si sia evoluta in forma moderata/grave.**

Si premette che i periodi di osservazione non sono congruenti nelle varie righe della tabella (per esempio le diagnosi vanno dal 3 dicembre 2021 al 2 gennaio 2022, mentre ospedalizzazioni e ricoveri vanno dal 19 novembre al 19 dicembre 2021), e la giustificazione fornita in nota alla tabella stessa non è molto chiarificatrice in merito. Tuttavia, poiché la finestra di osservazione è comunque sempre di un mese, per una valutazione di insieme i dati possono essere messi ugualmente a confronto.

TABELLA 5 – POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ ≥ 12 ANNI E NUMERO DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI, OSPEDALIZZATI, RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA E DECEDUTI PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ VEDI GLOSSARIO PER DEFINIZIONI

GRUPPO	FASCIA DI ETÀ	NON VACCINATI	VACCINATI CON CICLO INCOMPLETO	VACCINATI CON CICLO COMPLETO DA < 120 GIORNI	VACCINATI CON CICLO COMPLETO DA >120 GIORNI	VACCINATI CON CICLO COMPLETO + DOSE AGGIUNTIVA/BOOSTER
Popolazione (18/12/2021)	12-39	2.765.891	777.996	7.068.764	6.157.614	666.000
	40-59	2.553.007	493.603	3.396.844	10.069.702	1.918.446
	60-79	1.136.914	224.964	1.066.673	8.153.620	2.989.837
	80+	204.451	82.201	116.336	1.638.547	2.528.535
	Totale	6.660.263	1.578.764	11.648.617	26.019.483	8.102.818
Diagnosi di Sars-CoV-2 (03/12/2021-02/01/2022)	12-39	121.905	20.010	143.987	232.231	19.912
	40-59	94.879	10.544	42.561	207.317	29.717
	60-79	28.894	3.492	8.377	95.035	19.504
	80+	5.734	571	635	12.935	10.127
	Totale	251.412	34.617	195.560	547.518	79.260
Ospedalizzazioni (19/11/2021-19/12/2021)	12-39	808	43	222	185	17
	40-59	2.691	81	185	719	46
	60-79	3.262	167	388	3.159	162
	80+	1.517	119	110	2.549	321
	Totale	8.278	410	905	6.612	546
Ricoveri in Terapia Intensiva (19/11/2021-19/12/2021)	12-39	48	1	6	5	1
	40-59	403	10	14	51	4
	60-79	669	15	48	353	26
	80+	82	5	4	87	15
	Totale	1.202	31	72	496	46
Decessi (12/11/2021-12/12/2021)	12-39	8	0	1	1	0
	40-59	88	4	4	32	3
	60-79	497	28	57	396	25
	80+	577	57	45	869	56
	Totale	1.170	89	107	1.298	84

NOTE:

-La copertura vaccinale qui indicata fa riferimento al 18 dicembre 2021 perché corrisponde ad una media di copertura vaccinale nel periodo. Il numero di eventi riportati in questa tabella potrebbe non essere allineato con il numero di eventi riportato nel bollettino quotidiano COVID-19 prodotto da Ministero della Salute/Protezione Civile (Mds/PC). Le differenze si devono, principalmente, a due fattori: a) gli eventi riportati da Mds/PC sono per data di notifica, mentre questa tabella usa la data di prelievo/diagnosi e b) ritardi di notifica nel flusso ISS più complesso ed articolato.

-Ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi qui riportati riferiscono al periodo della diagnosi per tener conto del tempo necessario all'aggravamento dopo la diagnosi e del ritardo di notifica. I dati sono aggiornati al 5 gennaio 2022 e il numero di eventi riportati potrebbe differire, nel tempo, a causa del continuo consolidamento dei dati.

Figura 4 – Tabella 5 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

Non si riporta l'incidenza di diagnosi di SARS-CoV-2 per ciascuna delle popolazioni considerate, in quanto tale dato può essere falsato enormemente dalle politiche adottate dal governo per il cosiddetto contenimento dei contagi: per esempio, la necessità per la popolazione non vaccinata di sottoporsi a frequenti test diagnostici per potersi recare al lavoro, cosa che non si applica a chi è in regola col programma vaccinale, può alzare fittiziamente il tasso di casi diagnosticati nella popolazione non vaccinata.

Se si calcola il tasso di ospedalizzazione sul numero di casi diagnosticati, indicativo del **rischio di contrarre la malattia con sintomatologia da moderata a grave**, si rilevano valori confrontabili, lievemente a favore della popolazione vaccinata (intesa come quella relativa alle quattro colonne di destra della Tabella 5 riportata in Figura 4), rispetto alla popolazione cosiddetta “*non vaccinata*”, come mostra la Tabella 1 seguente.

Ospedalizzazioni / Diagnosi di SARS-CoV-2	Età	“Non vaccinati”	Ciclo incompleto	Ciclo completo da <120 giorni	Ciclo completo da >120 giorni	Ciclo completo + booster
	12-39	0,66%	0,21%	0,15%	0,08%	0,09%
40-59	2,84%	0,77%	0,43%	0,35%	0,15%	
60-79	11,29%	4,78%	4,63%	3,32%	0,83%	
80+	26,46%	20,84%	17,32%	19,71%	3,17%	

Tabella 1 – Rapporto tra numero di ospedalizzazioni e numero di casi COVID-19 ottenuto a partire dai dati della Tabella 5 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

Analogo discorso se si calcola il rischio di ricovero in terapia intensiva per i pazienti COVID-19 ospedalizzati, come mostra la Tabella 2 seguente.

Ricoveri in TI / Ospedalizzazioni	Età	“Non vaccinati”	Ciclo incompleto	Ciclo completo da <120 giorni	Ciclo completo da >120 giorni	Ciclo completo + booster
	12-39	5,94%	2,33%	2,70%	2,70%	5,88%
	40-59	14,97%	12,35%	7,57%	7,09%	8,70%
	60-79	20,50%	8,98%	12,37%	11,17%	16,05%
	80+	5,40%	3,36%	3,64%	3,41%	4,67%

Tabella 2 – Rapporto tra numero di ricoveri in terapia intensiva e numero di ospedalizzazioni ottenuto a partire dai dati della Tabella 5 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

Se si calcola, però, il tasso di decessi sul numero di ospedalizzazioni, si rileva, per tutte le fasce di età, un tasso generalmente inferiore nella popolazione “non vaccinata”, il che suggerisce che semmai la popolazione vaccinata è a maggior rischio (valori in rosso in Tabella 3) di evoluzione della malattia in forma mortale.

Decessi / Ospedalizzazioni	Età	“Non vaccinati”	Ciclo incompleto	Ciclo completo da <120 giorni	Ciclo completo da >120 giorni	Ciclo completo + booster
	12-39	0,99%	0%	0,45%	0,54%	0%
	40-59	3,27%	4,94%	2,16%	4,45%	6,52%
	60-79	15,24%	16,77%	14,69%	12,54%	15,43%
	80+	38,04%	47,90%	40,91%	34,09%	17,45%

Tabella 3 – Rapporto tra numero di decessi e numero di ospedalizzazioni ottenuto a partire dai dati della Tabella 5 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

E lo stesso dicasi per il tasso di decessi sul numero di ricoveri in terapia intensiva, come mostra la Tabella 4.

Decessi* / Ricoveri in TI*	Età	“Non vaccinati”	Ciclo incompleto	Ciclo completo da <120 giorni	Ciclo completo da >120 giorni	Ciclo completo + booster
	12-39	16,7%	0%	16,7%	20,0%	0%
	40-59	21,8%	40,0%	28,6%	62,8%	75,0%
	60-79	74,3%	186,7%	118,8%	112,2%	96,2%
	80+	703,7%	1425%	1125%	999%	373%

* Il fatto che vi possa essere un numero di decessi maggiore del numero di ricoveri in terapia intensiva può essere dovuto ai periodi di osservazione non congruenti e/o al fatto che non tutti i decessi siano avvenuti in ambito ospedaliero o in seguito a ricovero in Terapia Intensiva.

Tabella 4 – Rapporto tra numero di decessi e numero di ricoveri in terapia intensiva ottenuto dai dati della Tabella 5 del bollettino ISS *Epidemia COVID-19*⁷¹ del 5 gennaio 2022.

Quindi risulta tutt’altro che chiaro ed evidente il beneficio del vaccino nel ridurre la probabilità di evoluzione della malattia in forma grave o mortale; anzi **tendenzialmente i dati forniti sembrano indicare che la popolazione vaccinata sia soggetta a un maggior rischio che il COVID-19, contratto in forma moderata/grave, evolva a forme mortali.**

DEFINIZIONE DI CASI “NON VACCINATI” E POSSIBILI FONTI DI ERRORE NEI DATI

Tra gli artifici a cui si ricorre nei bollettini emessi dall’ISS per fare risultare un’efficacia del vaccino maggiore di quanto i vari segnali e le varie evidenze non facciano intuire, è la **disonesta inclusione, tra i casi “non vaccinati”, anche di coloro che hanno ricevuto una dose di vaccino** ma per i quali la

positività al SARS-CoV-2 è stata rilevata a meno di 15 giorni di distanza dalla somministrazione. Addirittura, in molti bollettini, dopo che tale definizione è stata introdotta, si fa riferimento a “*coloro che non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino*” per indicare proprio quei casi cosiddetti “*non vaccinati*”.

Si veda per esempio il bollettino del 24 novembre 2021⁷² (sottolineatura aggiunta)

- ***casì non vaccinati***: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 che
 - non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino, oppure
 - sono stati vaccinati con prima o mono dose nei 14 giorni precedenti la diagnosi stessa, ovvero prima del tempo necessario per sviluppare una risposta immunitaria almeno parziale al vaccino

[...]

La **Tabella 3** riporta il numero assoluto e la percentuale di persone vaccinate nella popolazione generale e di casi di infezione da SARS-CoV2, di casi ospedalizzati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti per stato vaccinale negli ultimi 30 giorni. Negli ultimi 30 giorni, sono stati notificati 61.908 casi (37,7%) fra i non vaccinati, 4.260 casi (2,6%) fra i vaccinati con ciclo incompleto, 81.740 casi (49,7%) fra i vaccinati con ciclo completo entro sei mesi, 15.519 (9,4%) fra i vaccinati con ciclo completo da oltre sei mesi e 969 casi (0,6%) fra i vaccinati con ciclo completo con dose aggiuntiva/booster. Il 49,1% delle ospedalizzazioni, il 64,2% dei ricoveri in terapia intensiva e il 44% dei decessi sono avvenuti tra coloro che non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino [sic: qui si tratta dei “*casì non vaccinati*” come definiti sopra].

I dati che vengono forniti nei bollettini potrebbero essere ulteriormente viziati almeno dai seguenti fattori:

- 1) dalle modalità di diagnosi della patologia: è risaputo che la diagnosi effettuata unicamente tramite test antigenici o molecolari ha scarso significato; quindi, la corretta diagnosi non dovrebbe prescindere dal quadro clinico;
- 2) dalle modalità con cui vengono classificati i soggetti vaccinati e i soggetti non vaccinati in ambito ospedaliero; a questo proposito si consideri quanto affermato in un TG regionale da Carlo Torti, primario del reparto di malattie infettive del Policlinico “Mater Domini” dell’Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro, in risposta a una domanda non mandata in onda ma facilmente immaginabile:

«Se consideriamo come vaccinazione completa quella con la terza dose, è così: in effetti si può considerare un paziente vaccinato – questo lo abbiamo capito – se ha ricevuto anche la terza dose. Noi abbiamo nel nostro reparto il 7% dei pazienti che hanno ricevuto anche la terza dose, e in rianimazione, dove 6 su 6 posti letto sono occupati, tutti i pazienti non sono assolutamente vaccinati.»

Anche i giornali stanno abituando il pubblico a questa nuova definizione di “*soggetto non vaccinato*”: 06/12/2021, La Stampa **Malato di Covid rifiuta le cure e muore in casa a Padova. I vicini: era No Vax**⁷³

Questo il titolo, ma nel corpo dell'articolo si legge (sottolineatura aggiunta):

Un uomo di 47 anni positivo al Covid-19 è morto ieri nella sua abitazione nella periferia di Padova dopo aver rifiutato ricovero e cure. La vittima, Marco Grosso, era dipendente del Comune, ed era a casa dal lavoro da qualche giorno; venerdì un'amica aveva chiesto per lui l'intervento del 118, perché era preoccupata per le sue condizioni, ma lui non aveva voluto farsi ricoverare. Sono stati i vicini a chiamare i soccorsi, perché non lo sentivano da molte ore. Stando a fonti ospedaliere, l'uomo era vaccinato, ad agosto aveva fatto la seconda dose.

- 3) dalle modalità con cui vengono classificati i pazienti come pazienti COVID-19 in ambito ospedaliero: non sono infatti rari i casi in cui all'ingresso i pazienti risultano negativi ai test per il presunto rilevamento del SARS-CoV-2, mentre nel corso della degenza o addirittura dopo il decesso viene "rilevata" la positività.

Si consideri a questo proposito anche quanto dichiarato dal dr. Matteo Bassetti, direttore del San Martino di Genova, a L'aria che tira su La7 del 21 gennaio 2022 ⁷⁴, in risposta a Myrta Merlino che osservava che, nonostante la variante Omicron abbia una sintomatologia veramente blanda, «*il numero dei morti continua ad essere alto, ed è un dato allarmante, molto italiano*»:

«Intanto [...] abbiamo tante persone che soffrono anche di polmonite da COVID, però poi c'è da dire una cosa, che Lei sa come avviene oggi il modulo con cui si referta la morte di un paziente. Ci sono delle cause primarie e poi ci sono delle cause accessorie. Se in quel modulo, il medico che lo compila scrive 'POSITIVO AL TAMPONE' automaticamente purtroppo viene classificato come un decesso avvenuto per il COVID. Allora questo è un altro argomento che dovrebbe essere affrontato magari analizzando 1000, 100 cartelle, in qualche modo evidenziare quanti di questi decessi sono legati alla polmonite da COVID e quanti invece sono legati ad altre problematiche».

- 4) dalle terapie somministrate: dovrebbe essere superfluo rimarcare che, con buone terapie ai primi sintomi (si veda anche [7]), come si è sempre fatto nel caso di sindromi similinfluenzali e influenzali e come si stava facendo prima del cosiddetto "paziente 1" di Codogno (che è ormai riconosciuto non essere il primo) – a partire dal quale tali terapie sono state volutamente ostacolate anche ai fini di creare un'emergenza che potesse costituire la base per l'autorizzazione di farmaci e vaccini sperimentali – in rarissimi casi si ha aggravamento della patologia e in casi ancora più rari il decesso, persino in pazienti anziani e con pluripatologie.

Una suddivisione più logica e razionale tra soggetti vaccinati e non vaccinati è operata nei rapporti emessi dal Servizio Sanitario britannico; per un'analisi di tali dati si veda [21].

IMMUNITÀ NATURALE E DOSE BOOSTER

La Tabella 6 del bollettino **Report esteso ISS**⁷⁵ del 2 febbraio 2022, evidenzia che, nella fascia di età 12-39 anni: su 100.000 vaccinati con doppia dose da oltre 120 giorni, **24,3** sono ospedalizzati; su 100.000 vaccinati con doppia dose da meno di 120 giorni, **23** sono ospedalizzati; mentre, su 100.000 vaccinati con ciclo completo e dose *booster*, **28** sono ospedalizzati. Quindi, stando a questi dati, risulta un maggior rischio di ospedalizzazione per chi ha ricevuto la dose *booster* rispetto a chi ha ricevuto solo due dosi, indipendentemente dal numero di giorni trascorsi dalla seconda dose. Per confronto, il tasso di ospedalizzazione nei “*non vaccinati*” secondo la definizione fornita in precedenza è **68** su 100.000.

Vediamo come è stato presentato (peraltro in maniera distorta, parti in neretto) il fenomeno nella puntata di **DiMartedì**⁷⁶ dell'8 febbraio 2022 sul La7 e commentato da **Francesco Broccolo**, Professore Associato di microbiologia all'Università di Milano Bicocca.

Giovanni Floris – *Dal punto di vista dello scienziato guarigione e vaccino sono la stessa cosa?*

Francesco Broccolo – *La guarigione è molto più potente di un vaccino, e spiego il motivo. Perché l'infezione naturale dà una protezione molto più potente per due motivi: il primo è che espone più proteine e quindi ci sono più anticorpi protettivi, non solo contro la spike, ma anche contro il nucleocapside. E poi c'è un altro motivo. L'immunità è plastica: cioè, con un'infezione naturale si creano anticorpi che poi maturano e si modellano continuamente anche verso le nuove varianti. Questa immunità plastica il vaccino non la dà. Quindi l'immunità naturale è molto più potente e molto più forte. La letteratura dimostra questo.*

GF – *Quindi torniamo al nostro cartello [...] In alcuni casi chi ha tre dosi sembra meno protetto di chi ne ha due, guardate: “**Ogni 100mila persone tra i 12 e i 39 anni in ospedale ci sono 23 con due dosi da meno di 120 giorni e 28 con booster**” [non si parla del dato relativo ai vaccinati con ciclo completo da oltre 120 giorni, che hanno visto un tasso di ospedalizzazione pari a 24,3, sempre minore di 28]*

FB – *Eh, mi fa piacere che abbiate notato questo dato, che è passato inosservato, direi. Negli ultimi tre report dell'ISS (l'Istituto Superiore di Sanità) emerge questo dato, in effetti piuttosto bizzarro. Nella fascia 12-39 anni chi ha tre dosi, cioè **chi è boosterizzato, addirittura ha un rischio maggiore di essere ospedalizzato rispetto a chi ne ha due entro i 120 giorni, quindi comunque con un'ottima protezione**. Mah... la spiegazione potrebbe essere che chi è boosterizzato si sente assicurato, è più sicuro. Poi c'è anche una spiegazione biologica, il cosiddetto fenomeno ADE. È un'ipotesi, e cioè che quando il titolo anticorpale è molto alto e c'è una quota non neutralizzante, questo potrebbe essere il caso perché il vaccino evoca degli anticorpi che non neutralizzano completamente il virus perché Omicron è molto diverso rispetto al virus nativo naturale, e quindi si producono degli anticorpi non neutralizzanti che anziché bloccare il virus lo traggono all'interno delle cellule.*

A stretto giro si è messa in moto la macchina della Santissima Inquisizione, dietro la premurosa spinta di Matteo Banfi, giornalista della Fondazione Veronesi, il quale ha ottenuto dall'Università Milano-Bicocca una presa di distanze dalle dichiarazioni di cui sopra, espressa in due messaggi riportati, a nome dell'istituzione, sulla piattaforma un po' meno istituzionale Twitter⁷⁷:

 **Daniele Banfi** @danielebanfi83 · 9 feb 2022
In risposta a @RobiVil, @diMartedi e @giovannifloris3
eh ma l'ha detto Broccolo dell'Università Bicocca. L'ascoltatore medio ha tutto il diritto di credere che sia vero. Il problema è questo giornalismo spazzatura che prendere il Broccolo di turno utile alla propria narrazione. @unimib, se ci sei batti un colpo.

 **Milano-Bicocca** @unimib

L'Ateneo si è sempre impegnato nel contrasto alla pandemia, credendo e investendo nelle vaccinazioni come principale strumento per debellare il virus. Abbiamo recentemente intervistato il professor Bonfanti, le cui posizioni ci sentiamo di sostenere.

 **Daniele Banfi** @danielebanfi83 · 9 feb 2022
In risposta a @unimib, @RobiVil e altri 2
Un contenuto valido che indirettamente fa riferimento a "inesattezze anche da chi si occupa della malattia per professione". Credo però che una presa di posizione netta contro Broccolo sia doverosa. C'è di mezzo la vita delle persone.

 **Milano-Bicocca** @unimib

Le opinioni espresse dal dottor Broccolo non rappresentano il pensiero dell'istituzione. Nostre ulteriori azioni e considerazioni a riguardo saranno tenute al di fuori del contesto social. Grazie della comprensione.

3:04 PM · 9 feb 2022



[16] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: ALCUNI CASI DI CRONACA

A proposito del fatto che il vaccino sia ben lungi dallo scongiurare la possibilità di contrarre il COVID-19 anche in forma grave o letale, si vedano gli ormai numerosi casi emersi all'onore della cronaca di focolai insorti per esempio nel contesto di eventi organizzati per soli soggetti vaccinati o comunque originati da soggetti vaccinati.

13/02/2021, L'Unione Sarda, **Focolaio nella Rsa durante la vaccinazione, contagiati 8 operatori e 36 ospiti**⁷⁸

Avevano appena ricevuto la seconda dose di vaccino, ma sono risultati positivi al Covid. È successo in una casa di riposo nel Parmense, a Tabiano.

14/08/2021, OMCeO di Latina, **Focolaio tra anziani, 1 morto e 3 ricoverati: erano tutti vaccinati con Pfizer**⁷⁹

La variante Delta del Covid-19 continua a tenere tutti sulla corda e senza risparmiare alcuna zona del territorio provinciale. L'attenzione dell'Azienda sanitaria locale pontina si è dovuta spostare ad Aprilia: qui, infatti, si è registrato l'unico decesso della giornata (era da nove giorni che non si contavano vittime) legato a un focolaio che, anche in questo frangente, risulta di natura familiare. L'82enne che è venuto a mancare, sulla cui salute hanno pesato pure complicazioni cardiache e diabetiche, era parente di tre anziani che sono stati ricoverati per Covid al Pronto soccorso dell'ospedale Goretti di Latina.

28/10/2021, Il Resto del Carlino, **Padova, focolaio a festa per le nozze d'oro: 4 anziani vaccinati in terapia intensiva**⁸⁰

Quattro anziani, tre uomini e una donna, sono rimasti contagiati dal Covid durante una festa per il 50esimo di un matrimonio. Dopo essere giunti all'ospedale di Padova sono stati trasferiti quasi subito in terapia intensiva dove ora versano in gravi condizioni. Hanno un'età tra i 70 e gli 80 anni, e sono gravi, rende noto l'Azienda Ospedaliera di Padova.

17/12/2021, Newsprima, **Maxi focolaio di 92 persone dopo il viaggio ad Assisi: in Terapia intensiva un 78enne vaccinato**⁸¹

Novantadue persone hanno preso il virus e il più grave – il presunto caso da cui si è originato il cluster – è un 78enne vaccinato che si trova ricoverato in Terapia intensiva.

24/12/2021, Il Messaggero, **Focolaio sulla nave da crociera: 55 positivi e nave bloccata. United Airlines cancella 100 voli di Natale**⁸²

Originariamente, nel titolo, dopo “**55 positivi**” si leggeva “**(tutti vaccinati)**”, parentesi in seguito eliminata; in ogni caso la conferma che i positivi erano tutti vaccinati la si ha dai giornali americani, per esempio il seguente:

24/12/2021, Spectrum News 1, ***Kentucky man shares experience onboard Royal Caribbean cruise with 55 passengers positive for COVID-19, all vaccinated***⁸³

Da questo articolo si apprende, infatti, che i 55 passeggeri erano tutti completamente vaccinati; 52 dei positivi erano membri dell'equipaggio, 3 facevano parte degli ospiti, e tutti, sia adulti vaccinati che bambini non vaccinati, potevano imbarcarsi soltanto previa esibizione di test antigenico o molecolare negativo eseguito non più di due giorni prima dell'imbarco.

04/01/2022, il Fatto Quotidiano, ***Focolaio su Msc Crociere: a bordo son tutti vaccinati***⁸⁴.

[17] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: TESTIMONIANZE DI PERSONALE SANITARIO

Di seguito le testimonianze di direttori sanitari che descrivono la situazione in Olanda a novembre 2021⁸⁵:

Dr. Jo Leysen, direttore di AZ Turnhout: «I pazienti che stiamo ricoverando sono sempre più pazienti vaccinati. So che la gente alle volte sente voci differenti, ma la stragrande maggioranza dei pazienti che stiamo attualmente ricoverando sono persone vaccinate.»

[...]

Dr. Kristiaan Deckers, direttore medico GZA Antwerp: «Al momento vediamo una grande maggioranza di cosiddette infezioni post-vaccino. È diverso rispetto a qualche settimana fa, quando in effetti avevamo la maggior parte dei pazienti non vaccinati in terapia intensiva. Al momento non è più così. I pazienti che abbiamo in terapia intensiva adesso, l'ho calcolato ieri, sono praticamente tutti vaccinati.»

Si riportano qui di seguito⁸⁶ anche la testimonianza di un infermiere, sospeso, Raffaele Varvara, e la testimonianza anonima di un medico che ha prestato servizio presso centri vaccinali.

Raffaele Varvara:

«Ho assistito alcuni pazienti in età geriatrica, ma neanche tanto, anche sessantenni, che erano ricoverati con i sintomi da infezione da COVID dopo essersi sottoposti alla prima dose di trattamento sperimentale, quindi proprio con il casco CPAP, anche alcuni. Mi chiedevano i miei pazienti “Come mai?”. E io onestamente mi sono sentito molto in difficoltà perché non sapevo rispondere. Poi ovviamente la seconda dose saltava perché era una controindicazione somministrare la seconda dose quando c'è già una risposta anticorpale elevata a seguito della malattia.»

Testimone anonimo:

«Sono un sanitario e ho prestato servizio presso dei centri vaccinali. [...] Chi ha studiato medicina sa che in presenza di un titolo anticorpale rilevante, quando tu vai a inoculare un vaccino che stimola ulteriormente la risposta anticorpale, si possono creare immunocomplessi che possono provocare vasculiti, che sono eventi morbosi importanti. Tutt'oggi alle persone che ricevono indicazione a sottoporsi alla vaccinazione sperimentale non viene fornita loro indicazione ad effettuare né un tampone diagnostico preventivo, né la sierodiagnosi preventiva. Lo fanno di loro iniziativa quelli che si sono documentati e hanno ricevuto in modo del tutto casuale e occasionale questa informazione. [...] Per quanto riguarda i colleghi vaccinati di questo sono testimone di quanti, malgrado abbiano continuato ad adottare le stesse misure igienico-sanitarie di prevenzione, a circa una settimana dalla prima dose si sono positivizzati al COVID dopo che per un anno avevamo lavorato a contatto con i pazienti in sicurezza, tutti casi dichiarati in assenza di correlazione. Alcuni si sono positivizzati dopo la seconda dose, alcuni hanno contagiato

i loro parenti: la mamma di un mio collega è morta dopo che lui ha portato in casa il COVID positivizzandosi dopo la prima dose. La mamma viveva isolata dall'inizio di questa storia proprio per non entrarci in contatto. Noi dobbiamo arrivare al 2023 negando tutto quello che è successo in campagna vaccinale per poter dire: è andato tutto bene, il vaccino è sicuro, non ha prodotto reazioni avverse né danni a breve e a lungo termine, quindi può essere dichiarato obbligatorio per tutti. Questo non sarà vero. Perché l'indagine epidemiologica – imprescindibile in fase di osservazione di una campagna vaccinale sperimentale, che per la prima volta nella storia dell'umanità viene resa lecita da uno Stato – l'indagine epidemiologica non è stata condotta in modo trasparente. Quindi sarà un falso.»

[18] VACCINO E FORME GRAVI O LETALI DI COVID-19: DATI DAI SISTEMI DI VACCINOVIGILANZA

Il 9 giugno 2021 la D.ssa Tess Lawrie, direttrice di Evidence-based Medicine Consultancy Ltd e EbMC Squared CIC (enti che informano anche l'OMS), ha inviato all'Agenzia Regolatoria dei Medicinali britannica (MHRA – *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency*) una lettera⁸⁷ in cui esprimeva la necessità di interrompere la vaccinazione e avviare indagini accurate, dopo che al sistema di segnalazione degli eventi avversi britannico **Yellow Card** erano già pervenute **1253** segnalazioni di **decessi** e **888.196** segnalazioni di **eventi avversi** conseguenti al vaccino su **39 milioni di vaccinati** con almeno una dose, di cui **24 milioni** avevano completato il ciclo vaccinale. Questo corrisponde a un tasso di **3,2 segnalazioni di decessi su 100.000 vaccinati** e **2,3 segnalazioni di eventi avversi su 100 vaccinati**. L'autrice ha raccolto gli eventi avversi in sei categorie. Nella categoria B (che comprende affezioni del sistema immunitario – infezione, infiammazione, patologie autoimmuni, allergie) ricadevano 54.870 eventi avversi di cui 171 decessi: si registravano **infezione COVID-19 post-vaccino, con 72 decessi, riattivazione** (in alcuni casi associata a paralisi di Bell) **di virus latenti, inclusi herpes zoster (1827 casi), herpes simplex (943 casi, 1 decesso), rabbia (1 decesso)**. Tale riattivazione è suggestiva di **compromissione del sistema immunitario indotta dal vaccino**, cosiccome lo sono i casi segnalati di sindrome di Guillain-Barré (280 casi, 6 decessi), morbo di Crohn e colite non infettiva (231 casi, 2 decessi), sclerosi multipla (113 casi). Inoltre 27.270 segnalazioni riguardano allergie, con 4 decessi e 1001 reazioni anafilattiche.

Alla data del **28 gennaio 2022**, nella banca dati del sistema di segnalazione degli eventi avversi **VAERS**⁸⁸ (*Vaccine Adverse Events Reporting System*) dei CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) statunitensi, su un totale di **757.760 segnalazioni di eventi avversi**, comprendenti 241.022 segnalazioni di eventi avversi gravi, di cui 10.527 segnalazioni di decessi, **36.010 segnalazioni** (il 5% circa della totalità degli eventi avversi) includevano “**COVID-19**”, e 6253 di queste (il 17%) erano classificate come gravi, con esito **decesso in 2566 casi** (il 7% della totalità dei casi; il 41% dei casi gravi), di cui **2346 con età inferiore ai 65 anni**. Le segnalazioni di decesso che comprendevano “**COVID-19**” rappresentavano quindi il **24% dei decessi totali segnalati**.

Da un'analisi preliminare emerge quindi immediatamente che il vaccino non previene l'evoluzione del COVID-19 in forma grave o mortale persino in persone relativamente giovani: i decessi segnalati riguardano in nettissima prevalenza (91,4%) la popolazione di età inferiore ai 65 anni. Questo peraltro non significa che tale categoria di decessi nella fascia di età più anziana abbia effettivamente un tasso inferiore rispetto alla popolazione più giovane: il fenomeno può infatti spiegarsi con il tasso di sottosegnalazione **[40]** inerente ai sistemi di farmacovigilanza passiva, che verosimilmente aumenta all'aumentare dell'anzianità dei destinatari del vaccino e in funzione della presenza di patologie

concomitanti che potrebbero offuscare il quadro di insieme.

È interessante osservare che, di queste segnalazioni, un numero non trascurabile ha avuto insorgenza dei sintomi entro i 14 giorni dalla somministrazione di una qualunque dose, il che è suggestivo del fatto che il vaccino somministrato possa essere stato la causa dell'infezione, e un numero anch'esso cospicuo ha avuto insorgenza tra i 15 giorni e i tre mesi dopo la seconda dose, quindi nel periodo in cui teoricamente il vaccino dovrebbe essere massimamente immunizzante.

Nel dettaglio, nel periodo tra 0 e 14 giorni dalla somministrazione di una qualunque dose, ci sono state 6255 segnalazioni, di cui 1362 classificate come gravi, includenti 243 decessi (9,4%). Entro il mese dalla somministrazione sono stati registrati 412 decessi (16%).

Nel periodo tra 15 giorni e tre mesi dalla somministrazione della seconda dose, ci sono state 4141 segnalazioni, di cui 857 classificate come gravi, includenti 369 decessi (15,7%); di questi il 70% (299) è avvenuto dal mese ai tre mesi dalla somministrazione.

Un articolo di Scenarieconomici.it dell'8 febbraio 2022 titola ***Le liste dell'orrore: 38.983 morti e 3.530.362 danneggiati dai vaccini COVID nel database di EudraVigilance***⁸⁹; per i quattro vaccini autorizzati in Europa si elencano le varie tipologie di reazioni avverse registrate nella banca dati EudraVigilance con relativa incidenza.

[19] DECESSI PER FORME LETALI DI COVID-19 UFFICIALMENTE “CORRELABILI” AL VACCINO IN ITALIA

Le seguenti citazioni sono, rispettivamente, dal sesto, ottavo e nono rapporto dell'AIFA sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19⁹⁰ (neretto aggiunto); su un totale di 16 segnalazioni di decessi valutate come “*correlabili*” (si veda anche [31]):

Due [...] si riferiscono a possibili fallimenti vaccinali in 2 pazienti con sintomi respiratori e tampone positivo dopo rispettivamente 45 e 35 giorni dal completamento del ciclo vaccinale, decedute per complicanze della polmonite interstiziale.

[...] 7 segnalazioni si riferiscono a 3 pazienti ultraottantenni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver completato il ciclo vaccinale (in due casi 3 settimane prima e in un caso 39 giorni prima dell'evento fatale).

[...] 2 segnalazioni si riferiscono a 2 pazienti di 76 e 80 anni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver completato il ciclo vaccinale.

Inoltre, sia per Vaxzevria di AstraZeneca che per i vaccini a mRNA Comirnaty di Pfizer e Spikevax di Moderna, i vari rapporti scrivono (neretto aggiunto):

I sintomi più frequentemente associati fra loro nelle schede di segnalazione gravi correlabili sono febbre alta, astenia, dolori articolari e muscolari in un quadro di sindrome simil-influenzale.

A proposito del fatto che il vaccino non scongiura l'evoluzione della malattia in forma grave o mortale, si veda anche il documento Pfizer desecretato citato in [35].

[20] DIFFERENZA DI CARICA VIRALE TRA SOGGETTI VACCINATI E NON VACCINATI

I CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), nel documento del 30 luglio 2021 intitolato **Statement from CDC Director Rochelle P. Walensky**⁹¹, hanno riconosciuto una carica virale confrontabile tra soggetti vaccinati e non vaccinati nel caso della variante Delta.

[...] l'infezione dovuta alla variante Delta ha provocato cariche virali del SARS-CoV-2 altrettanto elevate nelle persone vaccinate quanto nelle persone non vaccinate. Elevate cariche virali suggeriscono un aumentato rischio di trasmissione e hanno sollevato preoccupazioni sul fatto che, a differenza di altre varianti, le persone vaccinate infette da Delta possano trasmettere il virus.

La dichiarazione di Rochelle Walensky si basa sui risultati raccolti nello studio finanziato dai CDC intitolato **Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination**⁹² e pubblicato in *preprint* il 31 luglio 2021 su medRxiv (sottolineature aggiunte):

La variante Delta del SARS-CoV-2 è altamente trasmissibile e contiene mutazioni che conferiscono una fuga immunitaria parziale. Abbiamo confrontato i dati della soglia di ciclo RT-PCR (Ct) da 699 campioni di tampone nasale anteriore positivi al test provenienti da individui completamente vaccinati (n = 310) e non vaccinati (n = 389). Abbiamo osservato bassi valori di Ct (<25) [il risultato è tanto meno attendibile quanto maggiore è il numero di cicli di amplificazione necessario per rilevare la positività] in 212 su 310 soggetti completamente vaccinati (68%) e 246 su 389 (63%) non vaccinati. Il test di un sottogruppo di questi campioni a basso Ct ha rivelato SARS-CoV-2 infettivo in 15 su 17 campioni (88%) provenienti da persone non vaccinate e in 37 su 39 campioni (95%) provenienti da persone vaccinate. Per determinare se i titoli del virus infettivo differissero tra le persone vaccinate e quelle non vaccinate, abbiamo eseguito saggi delle placche su un set aggiuntivo di 48 campioni con Ct <25, non trovando differenze nel titolo del virus infettivo tra i gruppi.

Per quanto riguarda la variante Omicron, il 20 dicembre 2021 i CDC scrivevano⁹³ (sottolineatura aggiunta)

La variante Omicron probabilmente si diffonderà più facilmente del virus SARS-CoV-2 originale, e la facilità con cui la variante Omicron si diffonde rispetto alla variante Delta resta sconosciuta. I CDC valutano che chiunque abbia l'infezione dovuta alla variante Omicron possa diffondere il virus ad altri, anche se vaccinato o asintomatico.

[21] INCIDENZA DEL COVID-19 IN VACCINATI E NON VACCINATI: VALORI DI EFFICACIA NEL REGNO UNITO

Per avere una percezione numerica più corretta, rispetto ai dati forniti dall'ISS [15], degli effetti del vaccino su riduzione/aumento del rischio di contrarre il COVID-19, sono di interesse i dati provenienti dalla Gran Bretagna, dove la popolazione “non vaccinata” è definita – come sarebbe ragionevole e sensato – come quella che non ha ricevuto alcuna dose di vaccino.

Dalla Tabella 14 del rapporto del Public Health Scotland del 2 febbraio 2022, **COVID-19 & Winter Statistical Report As at 31 January 2022**⁹⁴, si evince che durante tutto il mese di gennaio c'è stato un incremento statisticamente significativo nel numero di casi tra la popolazione che ha ricevuto 1, 2 o 3 dosi di vaccino rispetto alla popolazione non vaccinata (le barre di errore mostrano l'intervallo di confidenza al 95%). Questo è indicativo del fatto che le persone vaccinate con almeno una dose hanno una maggiore probabilità di contrarre la patologia rispetto alle persone non vaccinate. Nel rapporto c'è

l'avvertenza di non utilizzare i dati come misura dell'efficacia vaccinale perché potrebbero essere falsati per via, per esempio, di differenze tra fattori di rischio non considerati nelle diverse popolazioni.

PHS – Tasso di diagnosi di COVID-19 standardizzato per età su 100.000 soggetti con medesimo stato vaccinale

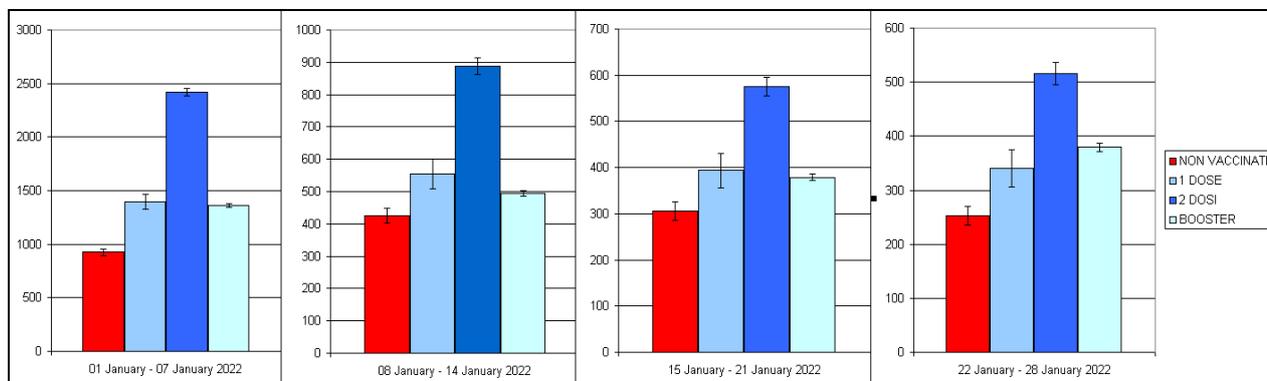


Figura 6 – Numero di casi COVID-19 per 100.000 abitanti, nella popolazione non vaccinata e in quella vaccinata con 1 dose, 2 dosi, ciclo completo + dose *booster* nelle quattro settimane dall'1 al 28 gennaio 2022. Grafici ottenuti in base ai dati del rapporto del Public Health Scotland del 2 febbraio 2022, *COVID-19 & Winter Statistical Report As at 31 January 2022*⁹⁴.

Inoltre, dalle Tabelle 15 e 16 dello stesso rapporto si evince che tra la popolazione con ciclo completo (due dosi) c'è stata una maggiore incidenza (non statisticamente significativa) di ricoveri e decessi rispetto alla popolazione non vaccinata, come evidenziato dai grafici che seguono.

PHS – Tasso di ricoveri per COVID-19 standardizzato per età su 100.000 soggetti con medesimo stato vaccinale

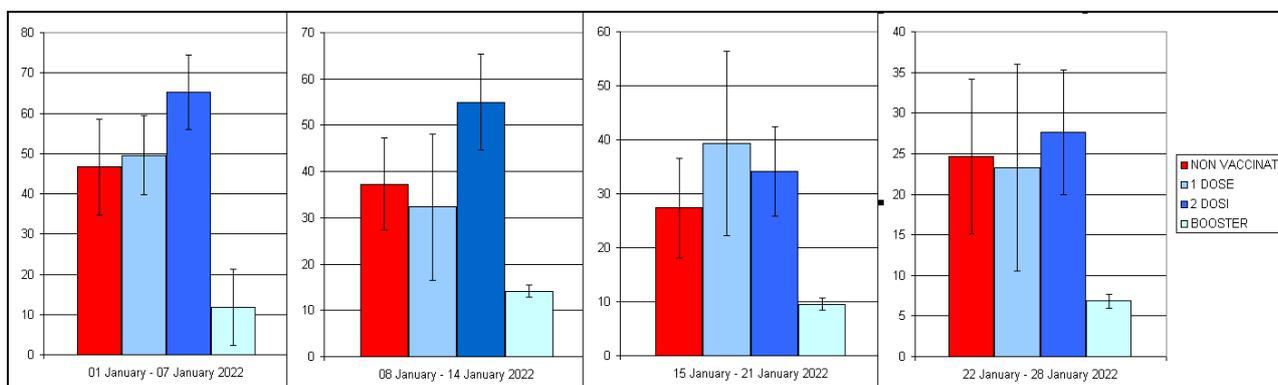


Figura 7 – Numero di ricoveri COVID-19 per 100.000 abitanti, nella popolazione non vaccinata e in quella vaccinata con 1 dose, 2 dosi, ciclo completo + dose *booster* nelle quattro settimane dall'1 al 28 gennaio 2022. Grafici ottenuti in base ai dati del rapporto del Public Health Scotland del 2 febbraio 2022, *COVID-19 & Winter Statistical Report As at 31 January 2022*⁹⁴.

PHS – Tasso di decessi per COVID-19 standardizzato per età su 100.000 soggetti con medesimo stato vaccinale

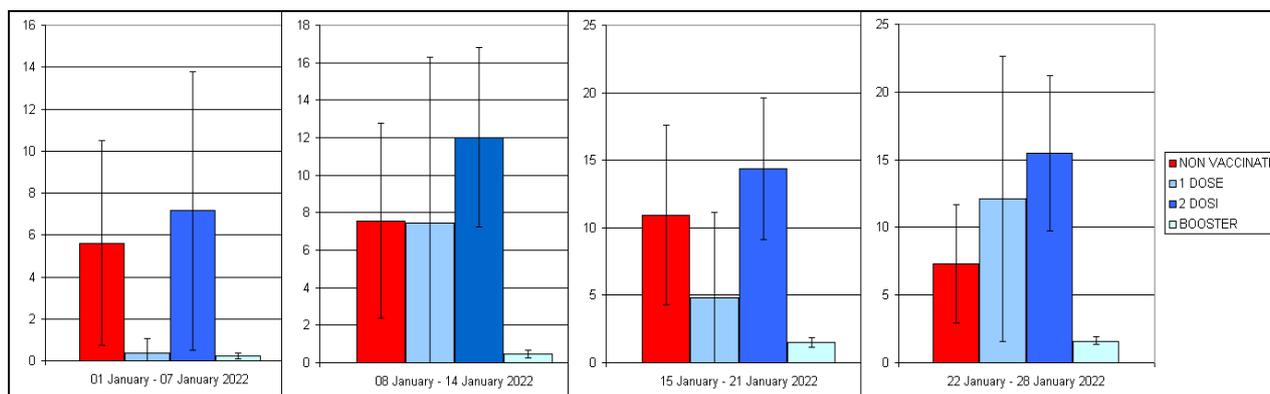


Figura 8 – Numero di decessi COVID-19 per 100.000 abitanti, nella popolazione non vaccinata e in quella vaccinata con 1 dose, 2 dosi, ciclo completo + dose *booster* nelle quattro settimane dall'1 al 28 gennaio 2022. Grafici ottenuti in base ai dati del rapporto del Public Health Scotland del 2 febbraio 2022, *COVID-19 & Winter Statistical Report As at 31 January 2022*⁹⁴.

Per quanto riguarda l'Inghilterra, si cita (neretto aggiunto) dal rapporto *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 5*⁹⁵ del 3 febbraio 2022:

Efficacia contro la malattia sintomatica

L'efficacia del vaccino nel prevenire il COVID-19 sintomatico è stata valutata in Inghilterra sulla base dei dati dei test sulla comunità combinati coi dati delle vaccinazioni del National Immunization Management System (NIMS), con studi di coorte come il COVID Infection Survey, e coi dati delle cartelle cliniche elettroniche dei medici generici. Dopo 2 dosi di vaccino AstraZeneca, l'efficacia del vaccino contro la variante Omicron parte dal 45-50%, per poi scendere quasi a zero a partire da 20 settimane dalla seconda dose. Con 2 dosi di Pfizer o Moderna l'efficacia scende da circa il 65-70% fino a circa il 10% entro 25 settimane [dopo meno di 6 mesi] dalla seconda dose. Da 2 a 4 settimane dopo una dose booster del vaccino Pfizer o Moderna, l'efficacia varia dal 60 al 75% circa, scendendo al 25-40% a partire da oltre 15 settimane [3 mesi e mezzo] dopo il booster. Le stime dell'efficacia del vaccino per la dose booster sono molto simili, indipendentemente dal ciclo primario ricevuto. L'efficacia del vaccino è generalmente leggermente superiore nei gruppi di età più giovani rispetto a quelli più anziani.

Dati di efficacia non certo incoraggianti e ben lungi dalle percentuali siderali dichiarate dalle aziende farmaceutiche per ottenere l'autorizzazione condizionata all'immissione in commercio. Si fa presente che per l'approvazione dei vaccini l'Agenzia europea dei medicinali (EMA – *European Medicines Agency*) contempla un limite minimo di efficacia del 50%⁹⁶. Sarebbe inoltre molto utile conoscere l'efficacia distinta per fasce di età, visto che le fasce più colpite dalla malattia sono quelle anziane e si asserisce che l'efficacia del vaccino è invece leggermente superiore nelle fasce più giovani.

A pagina 5 l'efficacia del vaccino in relazione alla malattia sintomatica è rappresentata in funzione del tempo misurato in settimane dalla somministrazione, con la distinzione tra le due varianti, la Delta e la Omicron (quella che sarebbe attualmente prevalente).

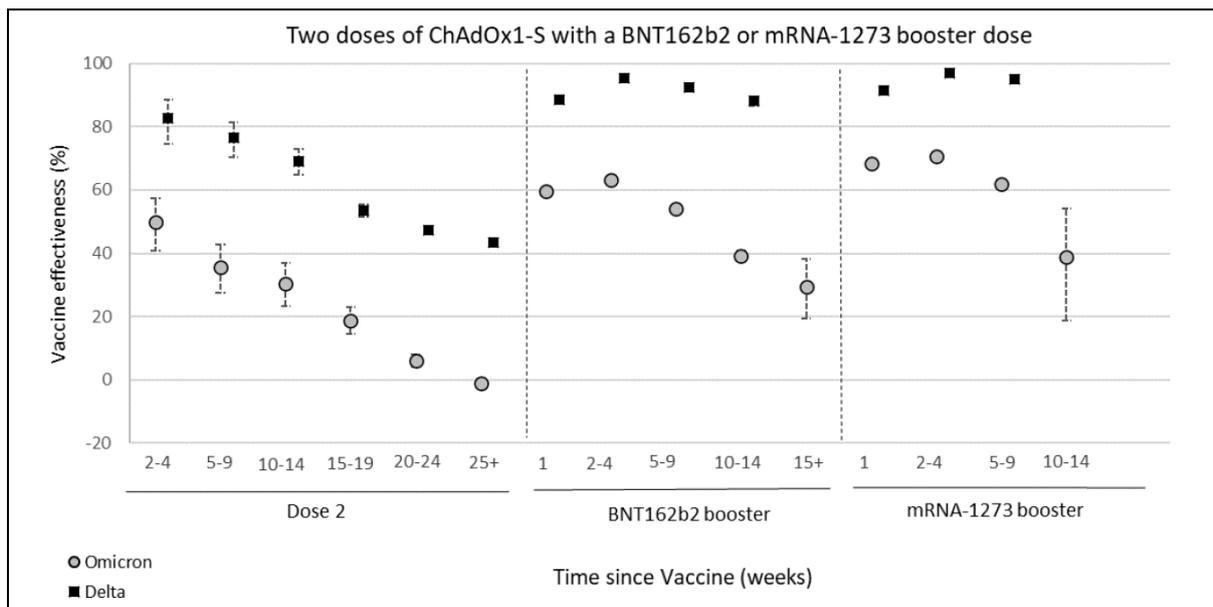


Figura 9 – Andamento dell’efficacia valutata in termini di riduzione del rischio di infezione sintomatica nella popolazione vaccinata con sole due dosi di vaccino AstraZeneca (a sinistra) e con dose *booster* di vaccino Pfizer (al centro) o Moderna (a destra), al variare del numero di settimane dalla somministrazione. Fonte: *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 5*⁹⁵ del 3 febbraio 2022.

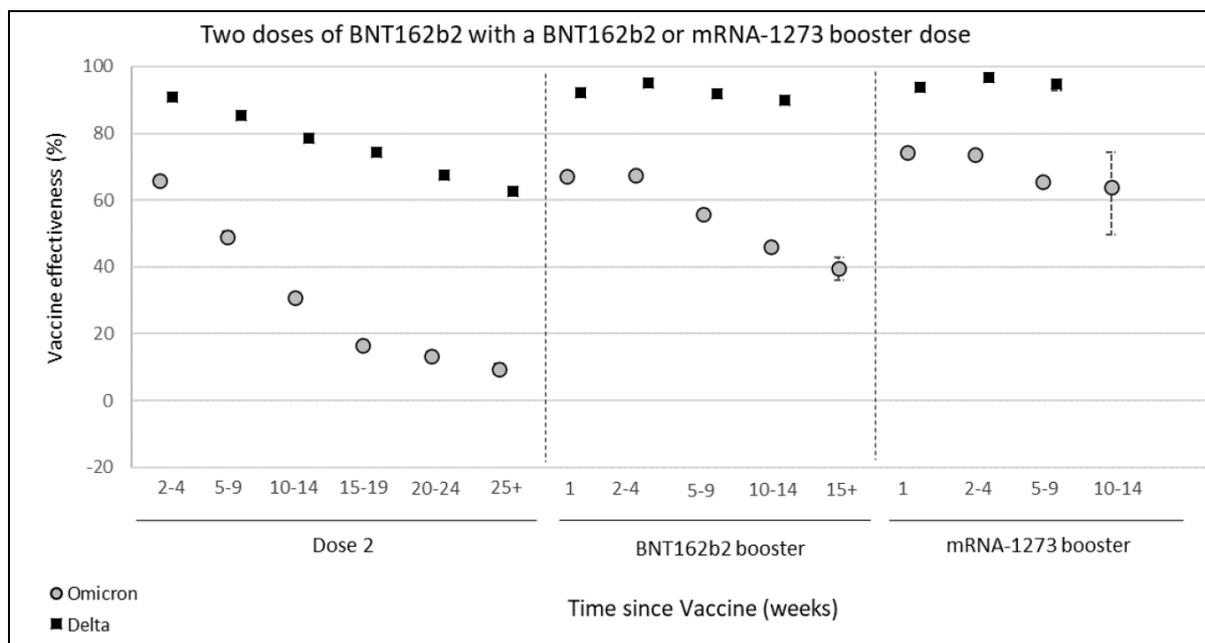


Figura 10 – Andamento dell’efficacia valutata in termini di riduzione del rischio di infezione sintomatica nella popolazione vaccinata con sole due dosi di vaccino Pfizer (a sinistra) e con dose *booster* di vaccino Pfizer (al centro) o Moderna (a destra), al variare del numero di settimane dalla somministrazione. Fonte: *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 5*⁹⁵ del 3 febbraio 2022.

Si osserva che nel caso di ciclo vaccinale primario AstraZeneca l’efficacia nei confronti della variante Omicron parte dal 50% per portarsi fin sotto allo zero dopo circa cinque mesi e mezzo. Ma anche nei confronti della variante Delta, già dopo tre mesi e mezzo scende sotto il 50%. La dose di richiamo (con

vaccino a mRNA Pfizer o Moderna) non sembra apportare un beneficio sostanziale nei confronti della variante Omicron attualmente considerata prevalente, se, dopo due mesi e mezzo dalla somministrazione, l'efficacia può scendere fino al 50% o addirittura al 20%.

Anche nel caso di ciclo vaccinale primario Pfizer l'efficacia nei confronti della variante Omicron si porta al di sotto del 50% dopo poco più di un mese dalla seconda dose. E neppure in questo caso la dose di richiamo (con vaccino a mRNA Pfizer o Moderna) pare apportare un beneficio sostanziale, se, dopo due mesi e mezzo dalla somministrazione, l'efficacia scende intorno al 40-50%.

In realtà, se si va al rapporto relativo alla 51-esima settimana⁹⁷ del 2021, nei grafici corrispondenti, l'efficacia del vaccino AstraZeneca nei confronti della variante Omicron scendeva visibilmente ben al di sotto dello zero già dopo 15 settimane (tre mesi e mezzo) dalla somministrazione della seconda dose, e quella del vaccino Pfizer toccava lo zero alla 20-esima settimana (quattro mesi e mezzo). **Efficacia negativa significa che i vaccinati hanno più probabilità di ammalarsi dei non vaccinati.** Quale sarà l'efficacia più veritiera? Quella rappresentata nei grafici di fine 2021 o quella rappresentata nei grafici di inizio 2022?

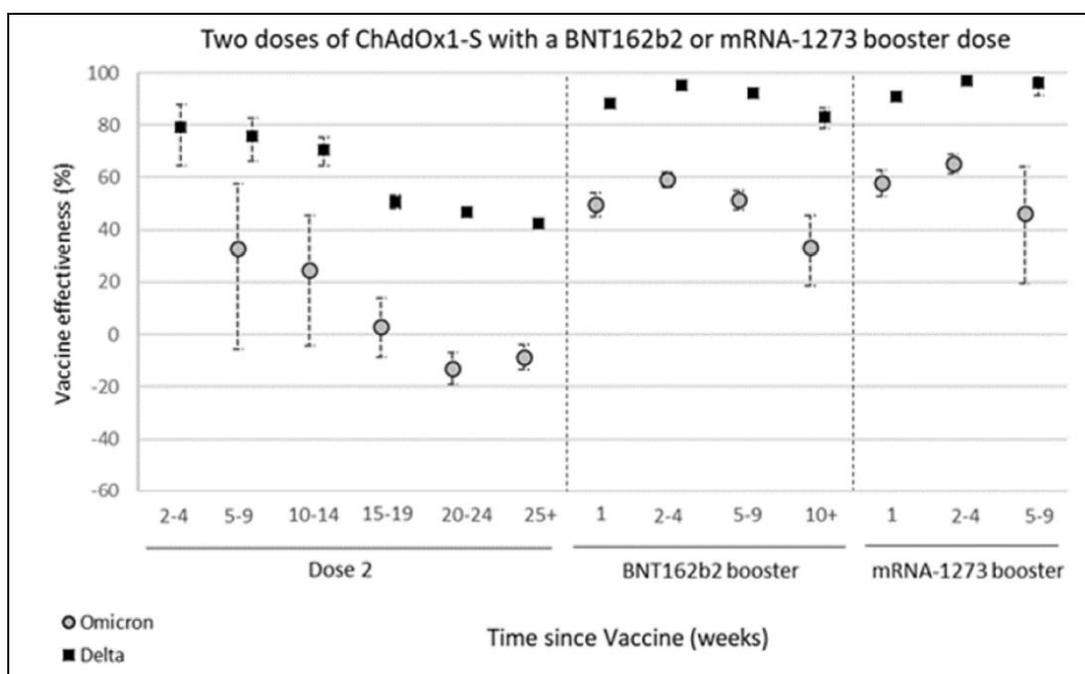


Figura 11 – Andamento dell'efficacia valutata in termini di riduzione del rischio di infezione sintomatica nella popolazione vaccinata con sole due dosi di vaccino AstraZeneca (a sinistra) e con dose *booster* di vaccino Pfizer (al centro) o Moderna (a destra), al variare del numero di settimane dalla somministrazione. Fonte: **COVID-19 vaccine surveillance report – Week 51**⁹⁷ del 2021.

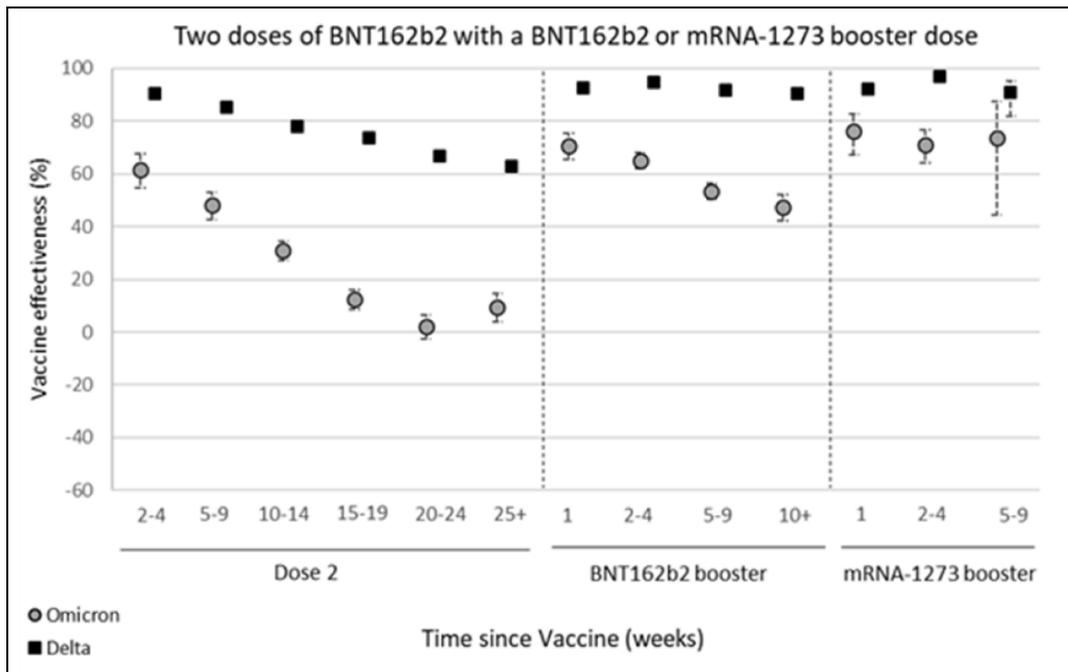


Figura 12 – Andamento dell'efficacia valutata in termini di riduzione del rischio di infezione sintomatica nella popolazione vaccinata con sole due dosi di vaccino Pfizer (a sinistra) e con dose *booster* di vaccino Pfizer (al centro) o Moderna (a destra), al variare del numero di settimane dalla somministrazione. Fonte: **COVID-19 vaccine surveillance report – Week 51**⁹⁷ del 2021.

Tornando al rapporto della quinta settimana del 2022, può essere utile riprodurre anche la Tabella 2 di pagina 14 (Figura 13), che riassume i valori di efficacia come riduzione del rischio di infezione, ricovero, decesso senza distinzione tra le fasce di età e considerando tutti i vaccini combinati.

Nelle caselle bianche sono inseriti intervalli di valori per i quali si dichiara un livello di confidenza scarso; nelle caselle grigio scuro sono inseriti intervalli di valori per i quali si dichiara un livello di confidenza medio; nelle caselle grigio chiaro sono inseriti intervalli di valori per i quali si dichiara un livello di confidenza elevato. Normalmente in campo statistico si riporta l'intervallo di confidenza, generalmente al 95%, della variabile casuale in studio (in questo caso l'efficacia), ossia l'intervallo che contiene il 95% dei valori che la variabile può assumere: in altre parole, è possibile affermare con un livello di confidenza del 95% che il valore della variabile cade all'interno di quell'intervallo. Ciò che invece è quantomeno singolare in questa tabella è che agli intervalli di valori riportati, invece di essere associato un livello di confidenza fisso, è associato un livello variabile e non definito, descritto in maniera estremamente vaga:

confidenza elevata: evidenze da molteplici studi coerenti e completi

confidenza media: le evidenze stanno emergendo da un numero di studi limitato o con un livello di incertezza moderatamente [sic]

confidenza bassa: attualmente sono disponibili poche evidenze e i risultati non sono conclusivi.

Table 2. Summary of evidence on vaccine effectiveness against different outcomes (a) Omicron (b) Delta (all vaccines combined)

a)

	Dose 2			Dose 3		
	0-3 months	4-6 months	6+ months	0-3 months	4-6 months	6+ months
Infection	Insufficient data					
Symptomatic disease	25-70%	5-30%	0-10%	50-75%	40-50%	Insufficient data
Hospitalisation	65-85%	55-65%	30-35%	80-95%	75-85%	Insufficient data
Mortality	Insufficient data	Insufficient data	40-70%	85-99%	Insufficient data	Insufficient data

b)

	Dose 2			Dose 3		
	0-3 months	4-6 months	6+ months	0-3 months	4-6 months	6+ months
Infection	65-80%	50-65%	Insufficient data	Insufficient data	Insufficient data	Insufficient data
Symptomatic disease	65-90%	45-65%	40-60%	90-99%	90-95%	Insufficient data
Hospitalisation	95-99%	80-90%	70-85%	95-99%	Insufficient data	Insufficient data
Mortality	95-99%	90-95%	80-99%	95-99%	Insufficient data	Insufficient data

High Confidence	Evidence from multiple studies which is consistent and comprehensive
Medium Confidence	Evidence is emerging from a limited number of studies or with a moderately level of uncertainty
Low Confidence	Little evidence is available at present and results are inconclusive

Figura 13 – Tabella 2 del rapporto *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 5*⁹⁵ del 3 febbraio 2022, che fornisce l’efficacia nei confronti dell’infezione, della malattia sintomatica, dell’ospedalizzazione, e del decesso nella popolazione vaccinata con due o tre dosi al variare del tempo in mesi dalla somministrazione.

Ma l’aspetto più preoccupante che evidenzia questa tabella è che, **a distanza di un anno dall’inizio della somministrazione di massa, la scienza ufficiale è ancora quasi totalmente all’oscuro di un dato fondamentale quale è l’efficacia, e nonostante questo e nonostante tutti i chiari segnali di rischio che pervengono tramite i sistemi di vaccinovigilanza, le istituzioni sanitarie e governative perseverano nell’imposizione di tale trattamento.**

Alcune caselle della tabella, per esempio quelle relative all’infezione, contengono la dicitura “*Dati insufficienti?*”. Per dare un’idea sommaria di cosa possa significare questa dicitura, relativamente all’efficacia in termini di riduzione del rischio di infezione sintomatica, si riporta parte della Tabella 13 a pagina 47 del rapporto, dove si mette a confronto il tasso di infezioni dal 9 al 30 gennaio 2022 distinto per fasce di età e per stato vaccinale: soggetti non vaccinati e soggetti vaccinati con dose *booster*. **Si osserva che nel periodo considerato l’incidenza dell’infezione nella popolazione vaccinata con ciclo completo + dose *booster* per diverse delle fasce di età considerate è risultata ben più che doppia rispetto a quella nella popolazione non vaccinata: questo sembra suggerire valori di efficacia negativi, il che significherebbe che la vaccinazione sta contribuendo attivamente alla diffusione del patogeno. Si ricorda ancora che il limite minimo di efficacia contemplato dall’EMA per l’autorizzazione dei vaccini è del 50%⁹⁶.**

	Unadjusted rates among persons vaccinated with at least 3 doses (per 100,000)	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000) ^{1,2}
Under 18	2,299.0	5,985.1
18-29	3,898.4	3,003.3
30-39	5,236.0	2,810.8
40-49	5,019.8	2,278.8
50-59	3,430.4	1,661.7
60-69	2,398.2	1,116.5
70-79	1,536.1	847.9
≥80	1,705.0	1,205.7

The case rates in the vaccinated and unvaccinated populations are unadjusted crude rates that do not take into account underlying statistical biases in the data and there are likely to be systematic differences between these 2 population groups. For example:

- testing behaviour is likely to be different between people with different vaccination status, resulting in differences in the chances of being identified as a case
- many of those who were at the head of the queue for vaccination are those at higher risk from COVID-19 due to their age, their occupation, their family circumstances or because of underlying health issues
- people who are fully vaccinated and people who are unvaccinated may behave differently, particularly with regard to social interactions and therefore may have differing levels of exposure to COVID-19
- people who have never been vaccinated are more likely to have caught COVID-19 in the weeks or months before the period of the cases covered in the report. This gives them some natural immunity to the virus which may have contributed to a lower case rate in the past few weeks

Figura 14 – Porzione della Tabella 13 del rapporto *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 5*⁹⁵ del 3 febbraio 2022, che mette a confronto i tassi di infezione della popolazione vaccinata con tre dosi con quelli della popolazione non vaccinata per le varie fasce di età.

La nota sotto la tabella spiega che i tassi di infezione possono essere falsati per differenze tra i due gruppi considerati (quello vaccinato e quello non vaccinato), in quanto:

- 1) la propensione a sottoporsi al test può differire tra le due popolazioni: non è spiegato in che senso, ma un chiarimento si trovava nei precedenti rapporti (ad esempio *COVID-19 vaccine surveillance report – Week 51*⁹⁷), dove era scritto che la popolazione vaccinata potrebbe essere più attenta alla salute e quindi essere più propensa a sottoporsi ai test;
- 2) la popolazione vaccinata può appartenere ai gruppi considerati a più alto rischio di COVID-19, per via della professione o per via delle condizioni di salute: questa osservazione si può tuttavia applicare solo alle fasce di popolazione più giovani, non certo a quelle ormai coperte al 90-95%;
- 3) la popolazione non vaccinata può comportarsi in maniera diversa quanto a interazioni sociali rispetto a quella vaccinata: in che senso non è precisato, ma semmai la popolazione non vaccinata tende ad assumere comportamenti considerati (non interessa, in questa sede, approfondire se a torto o a ragione) più a rischio per l'esposizione al patogeno;
- 4) la popolazione non vaccinata può aver contratto il COVID-19 in precedenza, il che fornisce immunità naturale nei confronti del virus: questa è una implicita ammissione che nemmeno con la terza dose il vaccino fornisce un'immunità remotamente avvicinabile a quella naturale, persino se si volesse ipotizzare che anche tutti coloro che, tra i non vaccinati, sono risultati infetti nel periodo di osservazione avessero già contratto il COVID-19 in precedenza.

La tabella riprodotta è parte di una tabella che contiene anche i tassi relativi a ospedalizzazioni e decessi. È interessante osservare che non fornisce i dati relativi ai vaccinati con una o due dosi: è possibile che siano ancora più imbarazzanti.

[22] AMMISSIONI UFFICIALI DELLA MAGGIORE PROBABILITÀ DI INFEZIONE TRA I SOGGETTI VACCINATI

Il 13 gennaio 2022 al TG5 **Anna Teresa Palamara**, Direttrice del Dipartimento di Malattie Infettive all'ISS, alla domanda: «*Molti malati positivi sono asintomatici: hanno al massimo i sintomi di un raffreddore o di una piccola influenza. Che significa? Che sta accadendo?*» ha risposto:

«Ecco, questo può essere dovuto fondamentalmente a due motivi. Il primo motivo è che soprattutto in Italia e in altri Paesi europei, la variante [Omicron] sta colpendo soprattutto persone vaccinate e soprattutto persone vaccinate con la terza dose, e questo costituisce di fatto una barriera alla malattia grave e dobbiamo ricordarcelo. Il secondo motivo è che questa variante sembra prediligere le vie aeree superiori, quindi ha più facilità di diffondersi nelle vie aeree superiori e meno facilità di arrivare nell'apparato respiratorio profondo.»

Sempre a proposito delle varianti diffuse attualmente, e in particolare della variante Omicron, **Matteo Bassetti**, direttore del San Martino di Genova e già nominato in [4], alla trasmissione di Rete 4 **Controcorrente** del 3 gennaio 2021 si è espresso così:

«Ma guardi, noi stiamo vedendo due fenomeni insieme. Uno è la Delta che nel vaccinato ha i quadri come quello che ci ha raccontato Minzolini, ma ve ne potrei raccontare altri mille o diecimila. Cioè fondamentalmente chi è vaccinato doppia dose o tripla dose fa una forma influenzale, un raffreddore rinforzato. E la Omicron addirittura sembra fare lo stesso anche nel non vaccinato.»

Quindi, già queste due dichiarazioni messe insieme stanno a significare che il vaccino aumenta la probabilità di diffusione di un patogeno che determina una sintomatologia che è del tutto sovrapponibile nei soggetti vaccinati e nei soggetti non vaccinati e che corrisponde a quella di un raffreddore “*rinforzato*”. In altre parole, **non solo il vaccino è del tutto inefficace contro questa variante, ma i soggetti vaccinati hanno maggiore probabilità di contrarla** (e quindi di contagiare altri, in prevalenza, per quanto detto sopra, altri soggetti vaccinati): se non altro **per la variante in questione, il vaccino – e soprattutto la terza dose – ne amplifica la diffusione**. È lecito chiedersi se il vaccino stesso sia la causa della comparsa di questa variante (e/o di altre varianti): queste osservazioni, infatti, sembrano suggestive del fenomeno del VAERD (*Vaccine-Associated Enhanced Respiratory Disease*), il potenziamento della malattia respiratoria associata al vaccino [18], [25].

E soprattutto è doveroso pretendere di conoscere le motivazioni medico-scientifiche in base alle quali, tramite decreti e ordinanze, si rendono leciti esclusivamente per i non vaccinati la limitazione della libertà di movimento (addirittura impedendo l'utilizzo di mezzi pubblici) e degli acquisti, e il divieto di frequentare bar e ristoranti, luoghi di cultura e di socialità.

A proposito della precedente variante Delta, si veda anche [21] e la seguente intervista di aprile 2021 al Prof. **Massimo Galli**⁹⁸, ex direttore del Reparto di Malattie Infettive all'ospedale Sacco di Milano alla trasmissione **Otto e mezzo** del canale La7:

***Massimo Galli** – Per quanto vi posso dire – meno male – essendoci i vaccini e avendo corretto una serie di palesi difetti organizzativi, la faccenda vaccini sta andando avanti, e sta andando avanti nettamente meglio. Bisogna che i vaccini ci possano essere davvero, poi... Ancora non siamo arrivati al punto di potere dire con serenità: “Bene, abbiamo messo in sicurezza tutti quelli che, nel momento in cui si infettassero, possono andare a finire in ospedale, possono andare a finire anche all'altro mondo”. Questo è il primo grande obiettivo. Attenzione,*

ricordiamoci che bisogna fare in fretta anche per un motivo molto importante: stiamo vaccinando con vaccini basati sul virus che circolava un anno fa e non quadra l'altro. Attualmente abbiamo, ahimé, purtroppo, delle reinfezioni negli stessi vaccinati dati da variante inglese. Le segnalazioni ormai sono parecchie. Niente di grave perché sono quasi tutte infezioni blande...

Lilli Gruber – *E quindi non funzionano questi vaccini contro la variante inglese, professore, non funzionano?*

MG – *No, funzionano... eh, allora, se dovessi dire dalle numerose segnalazioni recenti, "funzionicchiano", nel senso che comunque fanno quello che è fondamentale: non ti portano più né in ospedale, né in rianimazione, né in cimitero. Ti fai un'infezione, che è un'infezione di modesta entità; questo è quello che ho visto, anche i colleghi, attenzione, cioè persone relativamente giovani e ben portanti. [...]*

Riguardo al "funzionicchiano" e al fatto di "non portare in ospedale, né in rianimazione, né in cimitero" si vedano anche le testimonianze dell'infermiere Raffaele Varvara e del medico vaccinatore anonimo in [17], oltre ai dati forniti dall'ISS nei bollettini periodici [15].

[23] ATTI UFFICIALI EUROPEI CONCERNENTI IL GREEN PASS

La **Risoluzione 2361/2021 del Consiglio d'Europa**⁹⁹ definisce linee guida relativamente ai certificati vaccinali per il vaccino COVID-19.

L'utilizzo del certificato vaccinale ai fini della Certificazione Verde (Green Pass) esula dalle condizioni previste da tale risoluzione, in quanto essa, al punto 7.5.2, dice espressamente (traduzione dal testo inglese; sottolineatura aggiunta):

7.5.2 utilizzare i certificati di vaccinazione solo per lo scopo designato di monitorare l'efficacia del vaccino, i potenziali effetti collaterali e gli eventi avversi;

Non è cioè previsto che il certificato di vaccinazione sia utilizzato allo scopo di ottenere una certificazione verde.

Al punto 7 la stessa risoluzione prevede che gli Stati membri dell'UE garantiscano, *inter alia*, che i vaccini siano correttamente sperimentati secondo i protocolli etici vigenti, che gli standard minimi di sicurezza, efficacia e qualità siano rispettati, che siano implementati sistemi efficaci di monitoraggio della sicurezza e siano distribuite informazioni trasparenti in merito alla stessa, e che gli organismi di regolamentazione incaricati di verificare e autorizzare i vaccini siano indipendenti e non sottoposti a pressioni politiche.

In particolare ai punti 7.3.1 e 7.3.2 essa sollecita gli Stati membri a:

7.3.1 garantire che la cittadinanza sia informata del fatto che la vaccinazione NON è obbligatoria e che nessuno sia soggetto a pressione politica, sociale, o di altra natura affinché si sottoponga al vaccino se non lo desidera;

7.3.2 garantire che nessuno sia discriminato per non essersi sottoposto a vaccino a causa di possibili rischi per la salute o per il fatto di non volere sottoporvisi;

Il **Regolamento (UE) 2021/953 del Parlamento europeo**¹⁰⁰, benché sia costellato di contraddizioni interne e vada esso stesso in contrasto con quanto previsto al punto 7.5.2 della Risoluzione 2361/2021 di cui sopra, in quanto implica l'utilizzo del certificato di vaccinazione per scopi diversi da quelli ivi specificati, al considerando 36 dice chiaramente (sottolineatura aggiunta; testo coordinato con rettifica):

(36) È necessario evitare la discriminazione diretta o indiretta di persone che non sono vaccinate, per esempio per motivi medici, perché non rientrano nel gruppo di destinatari per cui il vaccino anti COVID-19 è attualmente somministrato o consentito, come i bambini, o perché non hanno ancora avuto l'opportunità di essere vaccinate o

hanno scelto di non essere vaccinate. Pertanto il possesso di un certificato di vaccinazione, o di un certificato di vaccinazione che attesti l'uso di uno specifico vaccino anti COVID-19, non dovrebbe costituire una condizione preliminare per l'esercizio del diritto di libera circolazione o per l'utilizzo di servizi di trasporto passeggeri transfrontalieri quali linee aeree, treni, pullman, traghetti o qualsiasi altro mezzo di trasporto. Inoltre, il presente regolamento non può essere interpretato nel senso che istituisce un diritto o un obbligo a essere vaccinati.

Si consideri, per inciso, a proposito della compressione del diritto di libera circolazione, l'attuale previsione del cosiddetto Green Pass rafforzato o Super Green Pass per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici e di conseguenza per i viaggi dalle/alle isole (Sicilia, Sardegna, isole minori) su traghetti pubblici.

[24] CONSENSO “INFORMATO”

Riguardo all'omissività delle note cosiddette informative che accompagnano i moduli per la firma del consenso informato, non vi è alcuna menzione relativamente all'**assenza di dati su genotossicità, cancerogenicità, su possibili effetti sulla fertilità e sulla gravidanza** (si veda anche [47]). Le informazioni fornite, inoltre, non corrispondono neppure con le informazioni (già omissive o incomplete per insufficienza di dati clinici) presenti nelle schede tecniche⁷, le quali di norma non vengono sottoposte al ricevente.

Salvo ove diversamente specificato, si fa riferimento qui al vaccino Pfizer¹⁰¹, il più utilizzato attualmente, ma analogo discorso si applica anche agli altri vaccini autorizzati.

Nella lista dei possibili effetti collaterali (moltissimi dei quali già osservati nei vari vaccini prima che l'FDA accordasse l'autorizzazione di emergenza e non resi noti al pubblico [36]), nessun accenno al rischio di COVID-19 [19], di problemi cardiovascolari importanti, di coagulazione intravasale disseminata, trombocitopenia, tromboembolia (tale rischio è citato solo in relazione alla scheda tecnica di Vaxzevria, tra gli “*Effetti indesiderati molto rari (possono interessare fino a 1 persona su 10.000)*”, come “*coaguli di sangue spesso in siti insoliti (ad es. cervello, intestino, fegato, milza), associati a bassi livelli di piastrine nel sangue*”, senza alcuna menzione dell'elevata probabilità di decesso in tale evenienza), di artrite, o di disturbi neurologici di varia natura, incluse malattie demielinizzanti (tutti effetti avversi già osservati fin da febbraio 2021 anche in relazione al vaccino Pfizer [35]); di tutto ciò è citata, con riferimento alla paralisi di Bell, la “*paresi temporanea di un lato del viso*”, nella versione iniziale¹⁰¹ definita, in maniera ancora più eufemistica, come “*asimmetria temporanea di un lato del viso*”. Nessuna menzione del rischio di decesso o di malattie invalidanti, nonostante casi di questo tipo siano stati riconosciuti anche in Italia come correlabili all'assunzione del vaccino, come emerge dai periodici rapporti sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19 emessi dall'AIFA [31].

Ancora, nessuna menzione al rischio di malattia respiratoria potenziata associata al vaccino (VAERD – *Vaccine-Associated Enhanced Respiratory Disease* [36]) o di potenziamento anticorpo-dipendente (ADE – *Antibody-Dependent Enhancement*), che è maggiore nel caso in cui si sia contratto in precedenza il COVID-19, evenienza che è già stata associata ufficialmente a un decesso, quello di **Stefano Paternò** dopo la prima dose di vaccino AstraZeneca [31].

Nessuna menzione neppure ad eventuali effetti di interazione con altri farmaci, anche perché non sono stati ancora studiati e, se mai verranno studiati, presumibilmente si tratterà di studi osservazionali condotti sulla popolazione generale.

Si lascia alla completa discrezione del medico vaccinatore il compito di stabilire l'opportunità di eseguire la vaccinazione in caso di gravidanza o allattamento, di utilizzo di altri medicinali, di pregresse gravi

reazioni allergiche o problemi respiratori dopo l'iniezione di un altro vaccino o dopo l'iniezione dello stesso vaccino, di svenimento dopo un'iniezione, di malattia o infezione grave in corso con febbre alta ("Tuttavia, se ha una febbre lieve o un'infezione delle vie respiratorie superiori (come un raffreddore) potrà comunque ricevere la vaccinazione"), di problemi di sanguinamento e/o tendenza a formazione di lividi, o di utilizzo di anticoagulanti, di immunodepressione, o di assunzione di medicinali (come corticosteroidi) che influenzano il sistema immunitario. Spesso il medico vaccinatore non ha competenze, formazione, e professionalità adeguate per svolgere una mansione di tale responsabilità (come dimostrano in maniera lampante i messaggi riportati in [32]), ma comunque, laddove il produttore stesso ammette la propria ignoranza per assenza o insufficienza di studi inerenti alla specifica problematica, certamente il medico vaccinatore non può vantare alcuna conoscenza aggiuntiva che possa giustificare l'attribuzione della facoltà di deliberare sulla pelle altrui. Forte dello "scudo penale" istituito dal D.L. 44/2021 [32], e pressato dalle circolari ministeriali [25], più spesso che no opta con spensierata superficialità per la somministrazione del vaccino.

Nella versione di ottobre 2021¹⁰¹ della nota informativa, si elencano tra i possibili effetti avversi anche la miocardite e la pericardite (effetti già osservati prima dell'autorizzazione da parte della FDA e non resi noti al pubblico [36]) (sottolineatura aggiunta):

Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili):

[...]

• infiammazione del cuore (miocardite) o infiammazione del rivestimento esterno del cuore (pericardite) che possono causare respiro corto, palpitazioni o dolore toracico.

A questo proposito si osservi anche quanto compare in una informativa¹⁰² del 19 luglio 2021 indirizzata agli operatori sanitari (sottolineatura aggiunta):

Riepilogo

- Dopo la vaccinazione con i Vaccini mRNA anti COVID-19 Comirnaty e Spikevax sono stati osservati casi molto rari di miocardite e pericardite.***
- I casi si sono verificati principalmente nei 14 giorni successivi alla vaccinazione, più spesso dopo la seconda dose e nei giovani di sesso maschile.***
- I dati a disposizione suggeriscono che il decorso della miocardite e pericardite dopo la vaccinazione non è diverso da quello della miocardite o della pericardite in generale.***
- Gli operatori sanitari devono prestare attenzione ai segni e ai sintomi di miocardite e pericardite.***
- Gli operatori sanitari devono istruire i soggetti vaccinati a rivolgersi immediatamente al medico qualora dopo la vaccinazione sviluppino sintomi indicativi di miocardite o pericardite, quali dolore toracico, respiro affannoso o palpitazioni.***

Il Comitato per la valutazione dei rischi in farmacovigilanza (PRAC) dell'EMA ha valutato tutti i dati disponibili e ha concluso che una correlazione causale tra i vaccini a mRNA anti-COVID-19 e miocardite e pericardite sia almeno una ragionevole possibilità. Pertanto, i paragrafi 4.4 ("Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso") e 4.8 ("Effetti indesiderati") del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto sono stati aggiornati.

I benefici della vaccinazione continuano a essere superiori a qualsiasi rischio.

Quest'ultima frase citata costituisce il dogma della "scienza medica" dell'Era Covidiana, ma rievoca anche un famoso *refrain* del monologo di Marco Antonio in Giulio Cesare di W. Shakespeare: "Eppure Bruto è uomo d'onore".

Tornando alla nota allegata al modulo di consenso informato, l'ultima proposizione sottolineata contiene una pericolosa ambiguità che può indurre a sottovalutare un problema tutt'altro che di poco conto: si osservi infatti che non sono rare manifestazioni gravi della miocardite/pericardite, e non è escluso che miocardite e pericardite possano causare decessi improvvisi, come dimostrano i casi a cui si fa riferimento nel seguito.

27/06/2021, Open, **Ragazzo americano muore di miocardite dopo il vaccino Pfizer? Il nesso non è dimostrato. Ecco cosa bisogna sapere**¹⁰³

Così Open titolava a giugno: “Il nesso non è dimostrato”, né può essere dimostrato se non si indaga sulle cause. Così, siccome non è dimostrato, in barba ad una sana applicazione del principio di precauzione, la campagna propagandistica procede dispensando pericolose rassicurazioni.

20/12/2021, USA Today, **New Zealand man dies from myocarditis linked to Pfizer vaccine**¹⁰⁴

18/10/2021, NCBI, **Myocarditis-induced Sudden Death after BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination in Korea: Case Report Focusing on Histopathological Findings**¹⁰⁵, Sangjoon Choi, et al.

Questo studio descrive i rilievi autoptici di un ventiduenne morto improvvisamente per via di miocardite cinque giorni dopo l'assunzione del vaccino Pfizer: si rileva necrosi delle cellule del miocardio anche in zone non interessate dal processo infiammatorio.

18/01/2022, EventiAvversi News, **Viterbo. Irene Di Berardino ricoverata per una grave miopericardite post vaccino. La risposta dei medici: “È stata sfortunata!”**¹⁰⁶

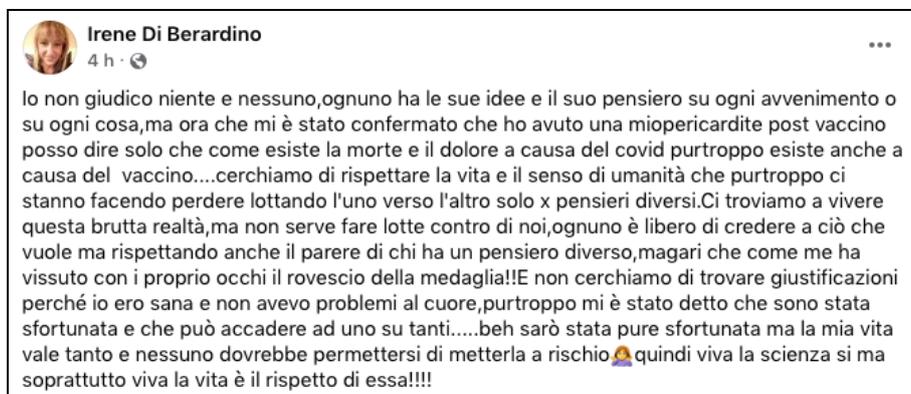


Figura 15 – Messaggio Facebook di Irene di Berardino, ricoverata per “miopericardite post vaccino”.

[25] ESENZIONI NEGATE

Si cita qualche stralcio dall'articolo comparso sul quotidiano il Giorno del 4 agosto 2021, intitolato **Green pass, arriva la circolare per le esenzioni al vaccino: quello che c'è da sapere**¹⁰⁷:

*le certificazioni [di esenzione, temporanee o permanenti] potranno essere rilasciate **direttamente dai medici vaccinatori dei Servizi vaccinali delle Aziende ed Enti dei Servizi Sanitari Regionali o dai Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta** [...]*

*La vaccinazione “**non è controindicata in gravidanza**” ribadisce la circolare. “Qualora dopo valutazione medica si opti per rimandare la vaccinazione, alla donna in gravidanza potrà essere rilasciato un certificato di*

esenzione temporanea alla vaccinazione” precisa il ministero, sottolineando che anche “l’allattamento non è una controindicazione alla vaccinazione anti-SarsCoV2”.

Diverso il discorso che riguarda la **sindrome di Guillain-Barré**, “segnalata molto raramente in seguito alla vaccinazione con Vaxzevria. In caso di sindrome di Guillain-Barré insorta entro 6 settimane dalla somministrazione del vaccino, senza altra causa riconducibile, è prudente **non eseguire ulteriori somministrazioni dello stesso tipo di vaccino**. In tali situazioni va considerato l’utilizzo di un vaccino di tipo diverso per completare l’immunizzazione”. Dopo la vaccinazione con i vaccini a mRNA (Pfizer e Moderna) sono stati osservati poi casi molto rari di miocardite e pericardite. “La decisione di somministrare la seconda dose di vaccino Pfizer o Moderna in persone che **hanno sviluppato una miocardite/pericardite** dopo la prima dose deve tenere conto delle condizioni cliniche dell’individuo e deve essere presa **dopo consulenza cardiologica e un’attenta valutazione del rischio/beneficio**. In tale situazione, laddove sia stato valutato di non procedere con la seconda dose di vaccino a mRNA, va considerato l’utilizzo di un vaccino di tipo diverso per completare l’immunizzazione”.

“Si ribadisce che **l’esecuzione di test sierologici**, volti a **individuare la risposta anticorpale** nei confronti del virus, non è raccomandata ai fini del processo decisionale vaccinale; per tale motivo la presenza di un titolo anticorpale non può di per sé essere considerata, al momento, alternativa al completamento del ciclo vaccinale”, conclude la circolare.

Pare superfluo aggiungere altro, ma a proposito della somministrazione del vaccino a donne in gravidanza e in allattamento si rimanda a [44], a proposito della miocardite/pericardite si rimanda a [24], e a proposito dell’ultimo punto si ricorda ancora che un decesso (quello di **Stefano Paternò [31]**) è stato definitivamente attribuito al fenomeno del potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) scatenato dal vaccino, un fenomeno che non dipende dalla specifica tecnologia vaccinale: stando a quanto rilevato, lui aveva già contratto in precedenza la malattia, quindi non si capisce in base a quale scienza e coscienza il titolo anticorpale non debba essere preso in considerazione.

La cronaca pullula di casi in cui è stata negata l’esenzione, addirittura dopo evidenti effetti avversi non risolti. Si cita qualche caso:

26/10/2021, ImolaOggi, **Grave reazione allergica dopo il vaccino: negata esenzione dal Green pass**¹⁰⁸

*Vittima di una grave reazione allergica dopo la prima dose del vaccino, chiede un’esenzione temporanea dalla seconda per poter continuare a lavorare ma le viene negata. Trentuno anni, parrucchiera, per non restare senza stipendio Stefania – il nome è di fantasia perché la ragazza vuole mantenere l’anonimato – **sarà ora costretta a farsi inoculare il richiamo del vaccino Pfizer in una struttura protetta**, l’ospedale di Belcolle, alla presenza di un anestesista e di un allergologo. E con la paura matta di rivivere l’esperienza traumatica di venti giorni fa, della quale sta ancora portando i segni: grosse vesciche rosse su tutto il corpo, oltre a un dolore forte al petto.*

11/01/2022, Casteddu Ondine, **Jessica, 30enne sarda: “Orticaria e tachicardia dopo il vaccino, ho allergie ma non mi danno l’esenzione” (VIDEO)**¹⁰⁹

08/10/2021, il Resto del Carlino, **“Negato il Green pass: denuncio il medico”**¹¹⁰

Non può ancora vaccinarsi contro il Covid, a causa delle terapie che sta seguendo per curare il tumore. Ha diritto all’esenzione al vaccino, “ma all’ufficio vaccinale dell’Ausl mi hanno negato il certificato”.

Nel caso di soggetti cosiddetti fragili (rappresentativi, stando ai rapporti ufficiali, del maggior numero di decessi riconosciuti come correlabili al vaccino [31]), addirittura a questi si è sempre data la precedenza nella campagna vaccinale, nonostante gli studi preliminari per ottenere l'autorizzazione condizionata non comprendessero, o comprendessero in misura estremamente limitata, soggetti fragili. Si propone qui un'intervista di Marco di Mauro, Raffaele Varvara, e Lucien Bôle-Richard a un medico del 118¹¹¹:

MD – Dottore, quali sono gli eventi più preoccupanti a cui hai assistito nel corso del tuo servizio al 118 da gennaio 2021 ad oggi?

Hanno iniziato cambiando le parole. Prima, chi aveva patologie pregresse veniva definito “persona a rischio”, il che denotava chiaramente il fatto che tutta una serie di farmaci o trattamenti che andavano bene per una persona sana, mettevano a rischio di gravi reazioni avverse questi soggetti. In base alla storia clinica del singolo soggetto, si stabiliva il grado di rischio rispetto all'assunzione di una determinata sostanza. Oggi non esistono più le persone a rischio: hanno creato una categoria molto vasta che comprende tutti, e include diverse patologie, i “fragili”, come i bicchieri e i piatti. Questo cambio di termini ha capovolto completamente la situazione: i fragili vanno via con un soffio di vento, vanno protetti e immunizzati al più presto e prima di tutti gli altri, e per loro va bene qualunque farmaco, anche sperimentale e pericoloso. Del gruppo dei “fragili” fanno parte tutti quelli che avevano patologie pregresse, come diabetici, ipertesi, malati cardiaci, renali, epatici. Nella mia esperienza di medico di emergenza ho riscontrato con certezza che i soggetti “fragili”, che hanno un organismo già intossicato, quando ricevono i vaccini Covid vanno subito all'altro mondo. O almeno, è difficile che non ci vadano.

MD – Nella tua esperienza, quanti?

Nella mia esperienza di medico di ambulanza nella mia ASL di appartenenza, per le persone fragili la mortalità è circa del 70%.

MD – Stai dicendo che 7 persone “fragili” su 10 che subiscono gli effetti avversi dei cosiddetti vaccini anti-Covid, ne muoiono?

Esattamente. Possiamo dire che questi vaccini stanno facendo piazza pulita di tutti i fragili. Adesso vi porto un esempio dall'ultimo ricovero che ho fatto. Siamo andati a casa di una persona, che aveva già i suoi acciacchi: cardiopatica, bronchite cronica ostruttiva già da anni, e ciononostante vaccinata con doppia dose. Quest'ultima patologia, in gergo BPCO, si è riacutizzata dopo la somministrazione del vaccino. La paziente presentava una saturazione dell'ossigeno all'88% accompagnata a delle strane scosse tonico-cloniche. Dal momento che non si trattava di un soggetto epilettico, ho pensato che doveva essere un'acidosi dovuta al fatto che la bombola d'ossigeno a cui era attaccata era ad un livello molto basso; pertanto l'ho portata in ospedale, in quanto ritenevo la paziente fosse scompensata a livello metabolico. Questo finché non l'abbiamo condotta al Pronto Soccorso. Il resto della storia l'ho saputo da un collega che lavora al P.O. [Presidio Ospedaliero] ma che viene a fare le sostituzioni da noi in ambulanza. La paziente aveva un versamento pleurico, un versamento pericardico, sindrome da perdita capillare (CLS), praticamente la paziente perdeva sierosità da tutti i distretti capillari. Dunque ritengo che a tutt'oggi sia già passata a miglior vita, anche se lo scoprirò domani, quando sarò di turno. Ma posso dire già adesso che le scosse tonico-cloniche, che io pensavo dovute all'acidosi metabolica, avevano cause del tutto diverse, perché l'acidosi è stata immediatamente compensata in Pronto Soccorso con bicarbonato, ossigeno etc. ma, nonostante l'ossigenazione iniziasse a salire, le scosse persistevano. Quindi è mia opinione che si trattasse di una tossicità dovuta alla neurotossina del vaccino Covid, che i colleghi non riconoscono, perché nessuno di loro si è andato a informare. Del resto anche noi medici d'ambulanza, io se mi permetto di azzardare un sospetto di diagnosi, mi prendono per pazzo. Per i colleghi, il vaccino non può dare controindicazioni, c'è proprio un gap, un vuoto. Non lo vanno proprio a cercare il sintomo. Come ci dicevano all'università, una malattia che non conosci è una malattia che non esiste, intendendo dire che se tu non vai a cercare i sintomi, non puoi fare la diagnosi.

RV – È per questo che nel Lazio abbiamo fatto l'accesso agli atti degli effetti collaterali da vaccino, e da gennaio ad oggi si assiste proprio a un calo esponenziale delle segnalazioni, perché gli ospedali decidono a priori che non c'è correlazione. Dalla clinica non parte la segnalazione.

No, capisci? Il dato ufficiale che ne esce è che non ci sono effetti collaterali, ce n'è uno su otto milioni. Posso dire senza esitazione che non è vero, perché in ogni singolo turno che faccio in ambulanza ne alzo almeno uno in queste condizioni.

MD – I sintomi sono sempre gli stessi?

Più o meno sì: mi viene in mente una strana correlazione con un episodio precedente, che mi è rimasto impresso. Uomo, 44 anni, faceva le pulizie nell'ASL. Quando ricevo la chiamata, sul tablet mi esce "Neurologico", arrivo là e lo trovo disteso per terra, teneva gli occhi aperti ma era privo di conoscenza. Ora, un ictus in un uomo di 44 anni ti deve insospettire, se sei un medico. Non puoi dire «aveva la pressione alta»... so com'è andata a finire, perché un parente del paziente, che fa il suo stesso lavoro, sta da noi. Una cisti al tronco encefalico che dopo il vaccino si era riattivata. Anzi si era attivata, perché l'uomo ce l'aveva da sempre, ma adesso si era formata attorno un'area edematosa, che è quella che ce l'ha fatto trovare sul pavimento in quelle condizioni. Proprio ultimamente ho chiesto aggiornamenti sul caso: ora è in lenta ripresa, ma ha una vistoso rigonfiamento sulla nuca a cui è stato applicato un drenaggio.

MD – Prima ci hai riportato una percentuale allarmante di casi fatali nel numero di quelli classificati come "neurologici", tutti avvenuti in seguito alla somministrazione dei farmaci Comirnaty (Pfizer), SpikeVax (Moderna), VaxZeviria (AstraZeneca) o Janssen (J&J). Nella tua esperienza al 118, quand'è che questo tipo di casi è iniziato ad aumentare?

Guarda, posso dirti che prima noi intervenivamo per diversi tipi di situazione, adesso sono tutti neurologici. Un aumento graduale e inesorabile, iniziato a gennaio 2021.

LB – Queste morti di cui parli, in che lasso di tempo avvengono rispetto alla somministrazione del vaccino, della prima o seconda dose? Può essere individuata una coerenza?

[Riflette] Diciamo che di solito succede a medio termine, due o tre mesi dopo. [si rivolge al dott. Varvara] Ti risulta?

RV – Sì, risulta anche a me, nella mia esperienza di infermiere. E questo rende anche difficile ipotizzare prima e prevedere poi una correlazione.

Il nesso causa-effetto è difficile da stabilire. Perché poi sembra studiato a tavolino: ognuno di questi muore per la riattivazione di cose che già aveva. Pertanto, questi farmaci uccidono in modo subdolo, perché la punta dell'iceberg, quella che si vede al di sopra del mare, sono le patologie pregresse; la parte più grande, quella che non si vede, consiste nella somministrazione di questi farmaci sperimentali, che ha causato la rivitalizzazione e recrudescenza di tali patologie.

MD – È come se con la somministrazione dei sieri sperimentali Covid il sistema immunitario abbassasse le difese, smettendo di contrastare queste patologie che in precedenza aveva stabilizzato?

Proprio stamattina leggevo, nel gruppo della regione Sardegna di una chat di medici di cui faccio parte, che due colleghi hanno perso la madre per lo stesso problema: un linfoma, in entrambi i casi guarito, che si è ripresentato dopo il vaccino. «Le hanno uccise», stanno dicendo.

[...]

MD – Rispetto alla questione degli effetti avversi a cui hai assistito, hai notato qualche tratto in comune che te li facesse ricondurre alla somministrazione dei farmaci

sperimentali denominati “vaccini Covid”? Come sapevi che erano vaccinati?

Quando arrivo sul luogo dell'intervento, la prima cosa che chiedo è se siano vaccinati o meno. Perché i vaccinati mi spaventano, gli possono succedere cose che non mi aspetto, di tutto. Pensa che conosco alcuni agopunturisti che dichiarano di non voler trattare i vaccinati Covid, perché, testuali parole di uno di loro, «gli può venire un coccolone durante la seduta, e io ne pago le conseguenze». Ma noi medici d'emergenza non possiamo fare distinzioni, il nostro è un servizio rivolto a tutti i cittadini. Il tratto comune di cui mi chiedevi, io l'ho individuato in questa sindrome da CLS, cioè di perdita di liquidi dai capillari. Una malattia classificata come rara, ma la cui incidenza, almeno nella mia esperienza, è aumentata tantissimo da quando è iniziata la somministrazione a tappeto di questi farmaci. I capillari vengono in qualche maniera rovinati da questi farmaci, e quindi perdono sierosità. Mi è capitato addirittura in pazienti che non avevano mai avuto problemi di questo tipo, di ritrovarmeli con l'ascite [accumulo di liquido nella cavità addominale NdR]. Ma quello che tu chiedi si può avere solo con autopsie accurate, e nel caso dei sospetti morti da vaccino, per preservare la proteina spike, dovrebbero farsi entro 72 ore dal decesso.

MD – Come state vivendo, tu e i tuoi colleghi, il ricatto del lasciapassare verde, considerato che voi siete stati gli apripista, col DL 44, delle attuali politiche coercitive del DL 111?

Non c'è stata resistenza alcuna, sono tutti vaccinati. E chi, medico o no, ritiene che può normalmente andare avanti coi tamponi, credendo che facciano meno male, si sbaglia. Io i tamponi li vedo fare quasi ogni giorno, e si tratta di uno stupro vero e proprio. Quando li vedo fare ai bambini, me ne devo andare, non ce la faccio. E sono impotente di fronte alla volontà dei genitori.

RV – È mai successo che tuoi colleghi abbiano omesso assistenza oppure fatto commenti negativi nei confronti di pazienti ricoverati che non avevano fatto il vaccino?

Be', vedo spesso gli infermieri in accettazione andare avanti e indietro su tutte le furie urlando «Mammamia! Questo non è vaccinato!» e sbandierando la certezza che l'esito del tampone sarà positivo, ma non ti so dire cosa succede dopo, perché io non vado oltre quel reparto.

[...]

RV – Come curavate i pazienti affetti da Covid durante la prima ondata?

Io ne ho trattati poco più di cento. Sono guariti tutti. Li curavamo con Azitromicina e Ivermectina, e se li prendevamo in cura all'inizio della malattia, si alzavano dal letto in tre giorni, mentre quando li prendevamo già in fase avanzata, ci voleva più tempo. Molti li ho curati anche con l'omeopatia, accompagnata a vitamine C e D ad alto dosaggio. Una cosa è certa: non ho ospedalizzato nessuno, i pazienti Covid possono essere curati benissimo a casa.

MD – Quindi nella tua esperienza, su 10 pazienti Covid, 10 guariti; su 10 effetti avversi da vaccino Covid, 7 morti. Possiamo dire che la mortalità dei vaccini Covid è stata superiore a quella della malattia stessa?

Sì, purtroppo. Ma voglio specificare una cosa: se a vaccinarsi è una persona sana, senza malattie pregresse o fragilità di sorta, è molto probabile che non le succeda niente, o che abbia effetti avversi non letali. Ovviamente, ho assistito anche al caso di un'insegnante, sanissima, che dopo l'inoculazione si sentiva bruciare in tutto il corpo; alla fine le è stata fatta diagnosi di polineurite.

MD – L'inghippo sta qui: sull'informativa dell'AIFA c'è l'obbligo di segnalazione. Ma se il medico fa una diagnosi dove non c'è nulla da segnalare, ha già aggirato l'obbligo. Di tutti gli effetti avversi a cui assistito, quanti sono stati segnalati?

Nemmeno uno. Non sono io a dover segnalare, non posso. Deve farlo il medico dell'ospedale. Ma quest'ultimo non sa che si potrebbe trattare di un effetto avverso da vaccino Covid, e seppure si prendesse la briga di indagare (cosa che non fanno nel modo più assoluto) non lo ascrive al vaccino.

[...]

RV – L’obbligo di segnalazione qui, sull’informativa AIFA, è un pro forma, sta su tutte le informative.

LB – Una parola interessante a questo proposito l’ha usata il sindacalista FIMMG, quando ha detto «noi ci crediamo nei vaccini» è diventato un fatto psicologico, una credenza e per questo non può essere messo in discussione sul piano razionale. È un credo.

Ti spiego una cosa. Io faccio la guardia notturna in una clinica per disagiati psichici. Ieri, un infermiere anziano mi parlava di come anni addietro i pazzi erano seguiti e curati, facevano un percorso che comprendeva tutta una serie di terapie e attività; adesso, si tengono a vegetare come in carcere e quando, com’è ovvio in condizioni del genere, si agitano o hanno qualche problema, vengono imbottiti di psicofarmaci. Lì ci sono tante persone in forma coatta, agli arresti insomma, e in qualche caso gente che è riuscita a passare per pazza ed evitare la galera. Mi è rimasto impresso un ragazzo: l’ho visto quando è entrato nella struttura, bello, presente a se stesso, in carne, pieno di vita; se tu lo vedessi adesso: magrissimo, a deambulare per la struttura con un’aria smarrita, che aspetta solo di morire, da queste strutture oggi chi entra non esce più. Ecco, dico questo perché il problema della disumanizzazione della medicina non è un problema di oggi, ma ormai ben radicato nella cultura e nella prassi quotidiana di molti colleghi che sono stati abituati sin dal praticantato a somministrare farmaci acriticamente, al di là di qualunque osservazione razionale, ed è da questa acriticità irrazionale, ormai comune a moltissimi colleghi, che nasce la fede nei farmaci, secondo me.

[...]

MD – Qual è l’età media dei casi fatali o eventi avversi gravi correlati ai cosiddetti “vaccini Covid” a cui hai assistito?

Tra i 40 e i 70 anni, un ventaglio molto ampio, come vedi.

[26] DICHIARAZIONE DI HELSINKI: IL MEDICO DEVE OPERARE PER LA SALUTE E NELL’INTERESSE DEL PAZIENTE

Dichiarazione di Helsinki¹¹²

Punto 3

La Dichiarazione di Ginevra dell’Associazione Medica Mondiale vincola il medico con queste parole: “La salute del mio paziente sarà la mia preoccupazione principale”, e il Codice internazionale di Etica Medica dichiara che “Il medico dovrà agire solo nell’interesse del paziente quando fornisce una cura medica”.

[27] CIRCOLARE MINISTERIALE DEL 9 FEBBRAIO 2021 PROT. N. 0005079-09/02/2021

Circolare del 9 febbraio 2021, **Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato** (Prot. N. 0005079-09/02/2021)¹¹³

Relativamente alla scheda anamnestica, la verifica dello stato di salute e/o di patologia anche in occasione della seconda somministrazione si pone quale elemento imprescindibile per la decisione di procedere alla vaccinazione da parte del personale sanitario. In ragione di ciò, è necessaria una verifica da parte del personale sanitario preposto alla vaccinazione in merito ad eventuali modificazioni dello stato di salute e/o di patologia intercorse dopo la somministrazione della prima dose, ivi compresi eventuali reazioni avverse e/o effetti collaterali, da annotarsi nella scheda anamnestica.

[28] LEGGE N. 219 DEL 22 DICEMBRE 2017 E CONSENSO INFORMATO

Si riporta ancora uno stralcio del Comunicato N. 60/21 della FNOMCeO¹⁴ già citato in [6]:

Si rileva, infatti, che l'art. 1 (consenso informato) della legge 22 dicembre 2017, n. 219, dispone al comma 1 che: "La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge".

Il comma 2 prevede che è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Il comma 3 stabilisce che: "Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico". Il comma 6 dispone che: "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. [...]

L'art. 35 del Codice di deontologia medica (Consenso e dissenso informato) dispone che: "L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano". Va precisato che il dovere di informare da parte del medico e il diritto di essere informato da parte del paziente è previsto anche dall'articolo 33 del Codice di deontologia medica (Informazione e comunicazione con la persona assistita) che al comma 1 stabilisce che: "Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. [...]

Pertanto l'acquisizione del consenso informato è per legge un atto di esclusiva competenza del medico. La ratio di tale previsione legislativa deve ritenersi finalizzata ad attribuire al medico, in quanto unico soggetto deputato all'anamnesi e alla valutazione dello stato di salute del paziente, la trasmissione di una corretta informazione finalizzata alla raccolta del consenso riguardo ai benefici e ai rischi di tale trattamento sanitario, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze di un rifiuto dello stesso.

[29] LEGISLAZIONE NAZIONALE E SOVRANAZIONALE RELATIVA AL DIRITTO AL LAVORO

Costituzione della Repubblica italiana⁶⁸

Articolo 1

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

Articolo 4

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.

Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

Articolo 35

La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni.

Cura la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori.

Promuove e favorisce gli accordi e le organizzazioni internazionali intesi ad affermare e regolare i diritti del lavoro.

Riconosce la libertà di emigrazione, salvo gli obblighi stabiliti dalla legge nell'interesse generale, e tutela il lavoro italiano all'estero.

Articolo 36

Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa.

La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge.

Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi.

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani⁶⁶

Articolo 23

Ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro ed alla protezione contro la disoccupazione.

Ogni individuo, senza discriminazione, ha diritto ad eguale retribuzione per eguale lavoro.

Ogni individuo che lavora ha diritto ad una remunerazione equa e soddisfacente che assicuri a lui stesso e alla sua famiglia una esistenza conforme alla dignità umana ed integrata, se necessario, da altri mezzi di protezione sociale.

Ogni individuo ha diritto di fondare dei sindacati e di aderirvi per la difesa dei propri interessi.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea⁶⁷

Articolo 15

Libertà professionale e diritto di lavorare

1. Ogni individuo ha il diritto di lavorare e di esercitare una professione liberamente scelta o accettata.

2. Ogni cittadino dell'Unione ha la libertà di cercare un lavoro, di lavorare, di stabilirsi o di prestare servizi in qualunque Stato membro.

3. I cittadini dei paesi terzi che sono autorizzati a lavorare nel territorio degli Stati membri hanno diritto a condizioni di lavoro equivalenti a quelle di cui godono i cittadini dell'Unione.

[30] LEGISLAZIONE NAZIONALE E SOVRANAZIONALE RELATIVA ALLA DIGNITÀ E AL DIRITTO ALLA VITA

Costituzione della Repubblica italiana⁶⁸

Articolo 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Articolo 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea⁶⁷

Articolo 1

Dignità umana

La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.

Articolo 2

Diritto alla vita

- 1. Ogni individuo ha diritto alla vita.*
- 2. Nessuno può essere condannato alla pena di morte, né giustiziato.*

Articolo 4

Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti

Nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani⁶⁶

Articolo 1

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza.

Articolo 3

Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.

Convenzione internazionale sui diritti civili e politici¹¹⁴

Preambolo

Gli Stati Parti del presente Patto,

Considerato che, in conformità ai principi enunciati nello Statuto delle Nazioni Unite, il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo; [...]

Articolo 6

- 1. Il diritto alla vita è inerente alla persona umana. Questo diritto deve essere protetto dalla legge. Nessuno può essere arbitrariamente privato della vita.*

[...]

[31] RAPPORTI AIFA: DECESSI ED EVENTI AVVERSI GRAVI “CORRELABILI” AL VACCINO

Periodicamente l’AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) redige *Rapporti sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19*¹¹⁵. Fino a ottobre li ha pubblicati con cadenza mensile, ma in quello del 26 ottobre ha stabilito che:

Considerata la stabilità dell’andamento delle segnalazioni per i diversi vaccini COVID-19, il Rapporto di sorveglianza non sarà più pubblicato con cadenza mensile bensì trimestrale.

Soltanto il 9 febbraio 2022 è stato emesso il rapporto successivo, un rapporto annuale con i dati di sorveglianza che arrivano quindi solo fino al 26 dicembre 2021.

Considerato che nel frattempo sono stati inclusi nella campagna vaccinale anche i bambini sotto i 12 anni (oltretutto con vaccino Pfizer avente una formulazione diversa rispetto al vaccino per adulti, in quanto contiene Trometamolo⁷, principio attivo indicato per le infezioni delle basse vie urinarie), che sono anche cambiate le modalità di somministrazione, con l’introduzione delle terze dosi a distanza variabile dal ciclo primario e con la somministrazione su larga scala della vaccinazione eterologa, e che dai bollettini finora pubblicati non emergeva una situazione così rosea quanto a eventi avversi segnalati, la diradazione della pubblicazione mostra quanto meno negligenza. A maggior ragione quando si considera che i vaccini in questione sarebbero farmaci soggetti a “monitoraggio addizionale”, il che significa, come si spiega sul sito dell’EMA¹¹⁶ che dovrebbero essere “sottoposti a un monitoraggio ancora più attento rispetto agli altri medicinali”. Per essi, ancor più che per gli altri, sarebbe “importante segnalare eventuali effetti indesiderati sospetti”. Infatti, “*La segnalazione di un effetto indesiderato aiuta le autorità competenti a stabilire se i benefici di un medicinale continuano a essere superiori ai loro rischi*”. Quanto sopra vale a maggior ragione quando si considera che, nel caso di questi vaccini, si tratta di farmaci in corso di sperimentazione per i quali gran parte della sperimentazione clinica fondamentale (inclusa la sperimentazione su soggetti fragili e immunocompromessi) non è stata condotta.

Nei rapporti in questione vengono pubblicati i dati provenienti dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Occorre innanzitutto precisare che si tratta di una farmacovigilanza passiva, e pertanto affetta da una sottosegnalazione non quantificabile: si stima che soltanto l’1-2% degli eventi gravi venga effettivamente segnalato [40]. Ma c’è di più. Infatti, non solo **non** è stata attuata una farmacovigilanza attiva, ciò che ci si aspetterebbe per un farmaco sperimentale sottoposto a monitoraggio addizionale, ma oltretutto **larghissima parte del personale sanitario non ottempera al proprio obbligo, come normato dal Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2015¹¹⁷, art. 22, co. 2 e 3, di segnalare qualunque evento avverso anche sospetto:**

2. I medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare tempestivamente, e comunque entro due giorni, le sospette reazioni avverse da medicinali di cui vengono a conoscenza nell’ambito della propria attività, in modo completo e secondo le modalità individuate nel modello di segnalazione avversa predisposto dall’AIFA.

3. I medici e gli altri operatori sanitari, nell’ambito della propria attività, sono tenuti a segnalare, non oltre le 36 ore, le sospette reazioni avverse di medicinali di origine biologica, in modo completo e secondo le modalità individuate nel modello di segnalazione avversa predisposto dalla Agenzia italiana del farmaco.

Le poche segnalazioni che vengono effettuate passano poi attraverso il vaglio del Responsabile per la Farmacovigilanza dell’ASL di competenza, il quale, se ritiene, provvede ad inserirle nella banca dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). Vista questa procedura, si riesce ad intuire come la

segnalazione degli eventi avversi dipenda dall'arbitrarietà della valutazione dei vari soggetti coinvolti. Alle segnalazioni degli eventi avversi che, superando questo *iter*, finalmente raggiungono la RNF viene poi applicato un algoritmo messo a punto dall'OMS per stabilire il nesso di causalità tra somministrazione del vaccino ed evento avverso. Quanto ai criteri inerenti a tale algoritmo si cita dall'articolo di J. Puliyel, ***Modernising vaccine surveillance systems to improve detection of rare or poorly defined adverse events***¹¹⁸, pubblicato sul British Medical Journal il 2 giugno 2019 (neretto e sottolineatura aggiunti).

Il sistema attuale utilizza il manuale "WHO Causality Assessment of an Adverse Event Following Immunization (AEFI)" rivisto nel 2013 (2) a seguito della relazione del gruppo di lavoro CIOMS/OMS sulla farmacovigilanza dei vaccini nel 2012 (3).

[...]

Nella nuova valutazione della causalità, solo le reazioni che sono state precedentemente riconosciute negli studi epidemiologici come causate dal vaccino sono classificate come reazioni correlate al prodotto vaccinale. Le reazioni osservate per la prima volta durante la sorveglianza post-marketing (studio clinico di fase 4) non sono considerate come "coerenti con l'associazione causale con il vaccino". Tutte le nuove reazioni avverse gravi sono etichettate come eventi casuali "non coerenti con l'associazione causale" o "non classificabili", e non viene riconosciuta l'associazione con il vaccino (5). Ciò vanifica di fatto gli studi di fase 4.

Per definizione, un AEFI implica un "evento medico avverso successivo all'immunizzazione e non ha necessariamente una relazione causale con l'uso del vaccino" (2). Tuttavia il CIOM/OMS raccomanda che, se "vi sono prove adeguate che un evento non soddisfa una 'definizione di caso' di reazione avversa nota, l'evento sia scartato e sia segnalato come 'Non caso di [AEFI]'" (3) [...]. Se un AEFI è 'non classificabile', le reazioni non saranno classificate come "indeterminate" e quindi non saranno riconosciute come potenziale segnale che necessita di ulteriori indagini.

Il nuovo schema specifica inoltre che "si considera una relazione causa-effetto tra un fattore causale e una malattia solo se non vi sono altri fattori che intervengono nel processo". Questa definizione esclude causalità interagenti.

Da quanto sopra si evince che l'algoritmo dell'OMS è già in sé strutturato in modo tale da escludere il più possibile il nesso di causalità. In più, per quanto riguarda i vaccini contro il COVID-19, dal momento che è evidente che già ad ottobre 2020 l'FDA (*Food and Drug Administration*) era a conoscenza di tutta una serie di possibili effetti avversi che puntualmente si stanno riscontrando nel corso dell'attuale campagna vaccinale, bisognerebbe indagare se l'algoritmo dell'OMS sia stato opportunamente aggiornato includendo tali possibili effetti avversi [36]. Da quanto seguirà emerge in modo evidente che ciò non è stato fatto.

Dai primi nove dei Rapporti sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19 dell'AIFA emerge che, al 26 ottobre, avevano raggiunto la RNF 120 segnalazioni su 100.000 dosi somministrate (oltre 1 su 1000), di cui 17,3 su 100.000 segnalazioni di eventi avversi gravi (quasi 2 su 10.000), comprendenti 1,2 su 100.000 segnalazioni di invalidità, 1,1 su 100.000 segnalazioni di eventi che hanno messo il paziente in pericolo di vita, 0,72 su 100.000 segnalazioni di decesso. Il 48,2% degli eventi avversi erano insorti il giorno stesso della somministrazione e l'88,1% entro la settimana. Delle 608 segnalazioni con esito decesso pervenute, al momento della stesura ne erano state valutate con l'algoritmo dell'OMS soltanto 435 (neretto

aggiunto).

*Il 71,5% (435/608) delle segnalazioni con esito decesso presenta una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo dell'OMS, in base al quale il 59,5% dei casi (259/435) è non correlabile, il 30,6% (133/435) indeterminato e il 6,2% (27/435) inclassificabile per mancanza di informazioni sufficienti. Complessivamente, **16 casi (3,7%) sui 435 valutati sono risultati correlabili** (circa 0,2 casi ogni milione di dosi somministrate), di cui 14 già descritti nei Rapporti precedenti. Le rimanenti 2 segnalazioni si riferiscono a 2 pazienti di 76 e 80 anni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver completato il ciclo vaccinale.*

I precedenti decessi sono i seguenti:

Ottavo rapporto

7 già descritti nei Rapporti precedenti. Le rimanenti 7 segnalazioni si riferiscono a 3 pazienti ultraottantenni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver completato il ciclo vaccinale (in due casi 3 settimane prima e in un caso 39 giorni prima dell'evento fatale), 3 pazienti deceduti per complicanze di un evento di natura trombotica associato a trombocitopenia e 1 paziente deceduto per complicanze di porpora trombotica trombocitopenica.

Sesto rapporto

In sette casi (2,6% del totale), la causalità risulta correlabile. Quattro casi sono stati già descritti nei report precedenti. Due dei nuovi casi si riferiscono a possibili fallimenti vaccinali in 2 pazienti con sintomi respiratori e tampone positivo dopo rispettivamente 45 e 35 giorni dal completamento del ciclo vaccinale, decedute per complicanze della polmonite interstiziale. Entrambe le pazienti avevano condizioni cliniche e terapie compatibili con uno stato di immunosoppressione. Il terzo caso si riferisce a paziente fragile in cui dopo la somministrazione della prima dose di vaccino si sono verificati gli eventi febbre e vomito, correlabili alla vaccinazione, che hanno innescato uno scompenso delle condizioni cliniche fino al decesso, avvenuto a distanza di 2 giorni.

Quinto rapporto

In quattro casi (1,8% del totale), la causalità risulta correlabile. Tre casi sono stati già descritti nei report precedenti. Il quarto caso si riferisce a un uomo di 58 anni (affetto da ipercolesterolemia e sottoposto in passato a tiroidectomia), deceduto dopo 17 giorni dalla prima dose del vaccino, per trombosi delle vene splancniche con trombocitopenia, splenomegalia, emoperitoneo e conseguente ischemia splancnica. Il caso è stato interpretato come sospetta trombosi in sede atipica associata a trombocitopenia in paziente vaccinato con Vaxzevria e valutato come correlabile, in attesa di ulteriori informazioni dall'esame autoptico.

Quarto rapporto

Le segnalazioni risultate correlabili sono 3 (2%), di cui un caso già descritto nel precedente Rapporto e due nuovi casi che si riferiscono a un uomo di 46 anni e a una donna di 32 anni, deceduti 12 giorni dopo la somministrazione della 1a dose di vaccino Vaxzevria per eventi di tipo trombotico e concomitante piastrinopenia, approfonditi nel focus dedicato.

Terzo rapporto

Il nesso di causalità risulta correlabile in 1 sola segnalazione, relativa ad un uomo di 79 anni, con storia clinica di ipertensione arteriosa, pregresso intervento per triplice by-pass aortocoronarico e impianto di pacemaker, insufficienza cardiaca moderato-grave (classe III NYHA), gammopatia monoclonale di significato indeterminato (MGUS), ipertrofia prostatica e retinopatia. Dalla descrizione della reazione avversa si evince che il medicinale ha provocato una iperpiressia resistente agli antipiretici che ha scompensato il paziente, causandone il decesso a distanza di tre giorni dalla prima dose di vaccino a mRNA. L'evento febbre alta risulta correlabile alla vaccinazione e ha

innescato altri eventi che hanno provocato l'esito infausto, in un paziente già estremamente compromesso.

Dal rapporto annuale pubblicato il 9 febbraio si evince che da sole 580 segnalazioni di decesso valutate con l'algoritmo dell'OMS (45 in più rispetto al rapporto precedente) su un totale di 758 segnalazioni di decesso pervenute alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (150 in più rispetto al rapporto precedente), il nesso di causalità è risultato "correlabile" per ulteriori 8 decessi.

Si osserva che 8 decessi su 45 valutati con l'algoritmo dell'OMS sono risultati correlabili, quindi il 18% dei decessi valutati è risultato correlabile: nel rapporto precedente tale percentuale si attestava sul 6,2%.

Si osserva inoltre che sono risultati 8 decessi "correlabili" nei due mesi di novembre e dicembre, contro la media di 3 decessi in due mesi nei dieci mesi precedenti.

I decessi valutati "correlabili" nei precedenti rapporti sono scesi da 16 a 15 perché il decesso che compariva nell'elenco dell'ottavo rapporto dovuto a porpora trombotica trombocitopenica è andato a far parte del 30,2% dei decessi classificati come "indeterminati". Probabilmente, visto che non è stato specificato che il vaccino somministrato era a vettore adenovirale (AstraZeneca o Johnson&Johnson) e vista la riclassificazione, il caso era relativo alla somministrazione di un vaccino a mRNA, Pfizer o Moderna (neretto aggiunto).

Il 76,5% (580/758) delle segnalazioni con esito decesso presenta una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo del WHO, in base al quale il 57,9% dei casi (336/580) risulta non correlabile, il 30,2% (175/580) indeterminato e l'8,1% (47/580) inclassificabile per mancanza di informazioni sufficienti. Il rimanente 23,5% (178/758) è in attesa di ulteriori informazioni necessarie alla valutazione del nesso di causalità. Complessivamente, sui 580 valutati sono risultati correlabili 22 (3,8%, circa 0,2 casi ogni milione di dosi somministrate), di cui 15 già descritti nei Rapporti precedenti, tutti riassunti di seguito.

In due casi - un uomo di 79 anni, con storia clinica di patologie cardiovascolari, e una paziente fragile di 92 anni, con storia clinica di demenza e diabete mellito - si sono verificati dopo la prima dose eventi avversi sistemici correlabili alla vaccinazione (iperpiressia, vomito), che hanno innescato uno scompenso delle condizioni cliniche fino al decesso. In base ai dati disponibili, è possibile che alcuni eventi attesi per i vaccini possano avere conseguenze clinicamente rilevanti in alcuni soggetti anziani fragili, specialmente se si presentano con particolare intensità (come l'iperpiressia), a fronte di un beneficio indubbio della vaccinazione in quella fascia della popolazione.

Complessivamente, dieci segnalazioni valutate come correlabili si riferiscono a casi di trombosi trombocitopenica a seguito di vaccinazione con vaccino a vettore adenovirale, per alcuni dei quali si sono recentemente resi disponibili i documenti clinici per la valutazione. Si rimanda al focus dedicato per l'approfondimento della tematica e dei casi.

Altre dieci segnalazioni si riferiscono a fallimenti vaccinali, con malattia da SarS-CoV-2 comparsa tra 3 settimane e 7 mesi dal completamento del ciclo vaccinale. In due casi le pazienti presentavano condizioni cliniche e terapie compatibili con uno stato di immunosoppressione. In altri 8 casi, i pazienti avevano un'età compresa tra i 76 e i 92 anni, con una condizione di fragilità per pluripatologie.

Si precisa che, a fronte di nuove informazioni disponibili, il nesso di causalità di un caso con esito fatale a seguito di complicanze da porpora trombotica trombocitopenica, precedentemente ritenuto come correlato alla vaccinazione, è stato rivalutato e sulla base delle attuali conoscenze definito come indeterminato.

Si consideri, alla luce dell'intervista al medico del 118 riportata in [25], come in quasi tutti i casi per i quali è stata riconosciuta la correlabilità tra assunzione del vaccino e decesso si tratti di pazienti anziani e

fragili. Riguardo, invece, alle dieci segnalazioni di fallimento vaccinale con infezione da SARS-CoV-2, le età non sono fornite.

In realtà nell'elenco completo mancano, come minimo, i seguenti cinque casi per i quali è stato definitivamente riconosciuto il nesso di causalità, avvenuti tutti prima della stesura del quinto rapporto:

Davide Villa (Sicilia, morto il 6 marzo 2021) – 50 anni, emorragia in seguito a trombosi venosa profonda, AstraZeneca

Stefano Paternò (Sicilia, morto il 9 marzo 2021) – 43 anni, ARDS (sindrome da stress respiratorio acuto), ADE (potenziamento anticorpo-dipendente), AstraZeneca

Pietro Taurino (Lombardia, morto il 17 marzo 2021) – 50 anni, trombosi cerebrale, AstraZeneca

Augusta Turiaco (Sicilia, morta il 30 marzo 2021) – 55 anni, trombocitopenia, trombosi della vena porta, trombosi della giugulare, trombosi della vena cava inferiore, della mesenterica, embolia polmonare e trombosi del seno venoso cerebrale con successiva emorragia cerebrale, AstraZeneca

Camilla Canepa (Liguria, morta il 10 giugno 2021) – 18 anni, trombosi cerebrale associata a trombocitopenia, AstraZeneca

Quindi, al momento della stesura del quinto rapporto, i casi di decesso correlabili avrebbero dovuto essere almeno 9 contro i 4 dichiarati, ossia più del doppio. Né questi decessi sono mai stati introdotti nei successivi rapporti periodici sulla sorveglianza dei vaccini. Almeno 8 di questi decessi erano associati al vaccino Vaxzevria di AstraZeneca, del quale, al momento della stesura del quinto rapporto, erano state somministrate 6.739.596 dosi, il che significa oltre 1,2 decessi riconosciuti definitivamente come correlabili o correlati su un milione di dosi somministrate.

Alcune richieste, provenienti dai famigliari delle vittime, di far luce sulle cause di decesso post-vaccino sono rimaste inevase, con annullamento da parte delle Procure dell'esame autoptico (si pensi al caso di **Samuel Paonessa**, morto a 17 anni tre giorni dopo la somministrazione del vaccino Pfizer; richiesta di autopsia annullata dalla Procura della Repubblica di Ivrea), o con l'archiviazione (si pensi alla 14-enne di Ruffano entrata in coma due giorni dopo la seconda dose del vaccino Pfizer e poi morta per meningite).

In altri casi la correlazione non è stata riconosciuta:

- la 16-enne **Giulia Lucenti** di Bastiglia, morta 16 ore dopo la somministrazione del vaccino Pfizer, avrebbe avuto un prolasso della valvola mitralica – e a proposito di problematiche alla valvola mitralica si veda la lettera aperta alla Gismondo citata nel seguito;

- per il 57-enne **Sandro Tognatti** di Biella, deceduto il giorno dopo la somministrazione di Vaxzevria, invece, la causa della morte “è correlata in modo diretto ad una preesistente condizione patologica del miocardio [cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro] (in soggetto apparentemente sano e lievemente iperteso) non conosciuta né conoscibile in assenza di precedenti patologici clinicamente evidenti e non rilevabile in sede anamnestica”: “per effetto della vaccinazione e delle condizioni pregresse in cui il soggetto versava, l'elevato stato febbrile (che costituisce reazione comune alla somministrazione del vaccino) ha rivestito un ruolo di evento scatenante idoneo a causare un arresto cardiaco successivo ad aritmia (non prevedibile)”, quindi nessun nesso causale “giuridicamente rilevante” con la somministrazione;

- ancora per il 52-enne **Giorgio Paganelli** di Lissone, morto di malore 12 ore dopo la somministrazione del vaccino Pfizer, l'autopsia “conferma il decesso per crisi cardiaca di natura ‘elettrica’: una grave aritmia improvvisa e rapida, senza tracce negli organi della vittima. Non risultano segni di infarto, embolia, coaguli, trombi o altro né alcuna

traccia di qualcosa che sia riconducibile al vaccino”.

Su altri decessi le Procure stanno ancora indagando.

Per quanto riguarda gli eventi avversi riconosciuti come correlabili, si cita ancora dal nono rapporto (sottolineatura aggiunta). Molti di questi eventi riconosciuti come correlabili non compaiono ancora nelle rispettive note informative che accompagnano il modulo di consenso informato.

Eventi avversi gravi correlabili a Comirnaty

Circa 4 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Comirnaty sono state classificate come gravi correlabili alla vaccinazione (4,5 ogni 100.000 prime dosi e 3,5 ogni 100.000 seconde dosi). In base al criterio di gravità, il 73% è stato inserito come “grave - altra condizione clinicamente rilevante”, il 21% come “grave - ospedalizzazione o prolungamento ospedalizzazione” e il 3% come “grave - pericolo di vita”. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 52% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 26%.

[...]

I sintomi più frequentemente associati fra loro nelle schede di segnalazione gravi correlabili sono febbre alta, cefalea, astenia e dolori articolari e muscolari in un quadro di sindrome simil-influenzale, indipendentemente dal numero di dose. Altre associazioni di sintomi osservate sono: linfadenopatia e iperpiressia con astenia; cefalea e parestesie con dolori articolari e muscolari; eruzioni cutanee e malessere generale; lipotimie, malessere generale e vertigini.

Fra le reazioni avverse di interesse, sono stati segnalati 6 casi di miocardite/pericardite ogni milione di dosi somministrate, 3 casi di reazioni anafilattiche ogni milione di dosi somministrate e 2 casi di paralisi del facciale ogni milione di dosi somministrate.

Eventi avversi gravi correlabili a Spikevax

Circa 3 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Spikevax sono gravi correlabili alla vaccinazione (4 ogni 100.000 prime dosi e 3 ogni 100.000 seconde dosi). In base al criterio di gravità, il 63% di queste segnalazioni sono state inserite come “gravi – altra condizione clinicamente rilevante”, il 28% come “ospedalizzazione” e il 5% come “pericolo di vita”. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 38% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 31%.

[...]

I sintomi più frequentemente associati fra loro nelle schede di segnalazione gravi correlabili sono febbre alta, cefalea, astenia e dolori articolari e muscolari in quadro di sindrome simil-influenzale, senza sostanziali differenze fra prima e seconda dose. Altre associazioni di sintomi osservate sono: cefalea e parestesie; astenia e dolori articolari e muscolari; eruzioni cutanee e iperpiressia; lipotimie e astenia.

Fra le reazioni avverse di interesse, sono stati segnalati 11 casi di miocardite/pericardite ogni milione di dosi somministrate, 2 casi di reazioni anafilattiche ogni milione di dosi somministrate e 2 casi di paralisi del facciale ogni milione di dosi somministrate.

Eventi avversi gravi correlabili a Vaxzevria

Sono state osservate circa 11 segnalazioni gravi correlabili ogni 100.000 dosi somministrate di Vaxzevria (11 ogni 100.000 prime dosi somministrate e 1 ogni 100.000 seconde dosi somministrate). Il 71% di queste segnalazioni sono classificate come “gravi – altra condizione clinicamente rilevante”, il 20% come “ospedalizzazione” e il 5,8% come “pericolo di vita”. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata nel 44% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 30%.

[...]

I sintomi più frequentemente associati fra loro nelle schede di segnalazione gravi correlabili sono febbre alta, astenia,

dolori articolari e muscolari in un quadro di sindrome simil-influenzale, prevalentemente dopo la prima dose. Altre associazioni di sintomi osservate sono: cefalea e vertigini; nausea e vertigini; astenia, cefalea e dolori muscolari e articolari.

Alcuni eventi avversi continuano a essere molto rari, con un tasso di segnalazione stabile intorno a 2 casi di reazione anafilattica ogni milione di dosi somministrate e intorno a 1 caso ogni 1.000.000 di dosi somministrate per le neuropatie acute e subacute (fra cui la Sindrome di Guillain-Barré), le trombosi venose intracraniche o in sede atipica con piastrinopenia (VITT) e la trombocitopenia idiopatica, che continuano a essere monitorate a livello nazionale ed europeo.

Eventi avversi gravi correlabili a COVID-19 Vaccino Janssen

Circa 5 segnalazioni ogni 100.000 dosi sono risultate gravi correlabili alla vaccinazione, il 46% delle quali inserite come “gravi – altra condizione clinicamente rilevante”, il 41% come “ospedalizzazione” e l’8% come “pericolo di vita”. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 22% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 41%.

[...]la reazione avversa grave correlabile più frequentemente osservata è l’iperpiressia (circa 3 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguita dalle artromialgie diffuse (circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate), frequentemente associate fra loro. Il numero di casi di trombosi venosa cerebrale o in sede atipica con piastrinopenia, di polineuropatie acute o subacute o di reazioni di tipo allergico grave è molto esiguo e comporta un tasso di segnalazione a livello nazionale inferiore a 1 caso ogni 1.000.000 di dosi somministrate, invariato rispetto al Rapporto precedente.

Infine, si riporta per intero una lettera aperta di un medico alla virologa Maria Rita Gismondo, con relativa risposta, comparsa sul Fatto Quotidiano del 22 ottobre 2021 col titolo **Vaccini. “Il mio trauma post-Pfizer” “L’Aifa rileva pochi effetti collaterali”**¹¹⁹

Gentile Prof.ssa Gismondo, non sono mai stato contrario a vaccinarmi, ma dopo l’esperienza vissuta, sarà impossibile che io possa sottopormi in futuro a vaccinazione mRNA. Ho 68 anni, ma godo di ottima salute e il mio fisico ancora mi permette una vita normale, senza l’ausilio di alcuna medicina. Il 7 maggio ho assunto la mia prima dose di vaccino Pfizer: la sera accuso una strana compressione endocranica, rilevante ma senza dolore. Non ho dato peso alla cosa, tantomeno a ricondurre il fenomeno alla vaccinazione. Il 10 maggio, durante una partita a tennis, subisco un affanno che non avevo mai provato, talmente inquietante da chiedere al mio avversario di smettere immediatamente di giocare. Da quel giorno non sono riuscito più ad avere l’energia dei giorni prima: la stanchezza era sempre presente, almeno fino al mese successivo. Poi, in estate, in Sardegna, ho iniziato a immergermi. Al termine di ognuna delle tre immersioni, appena fuori dall’acqua, ho risentito quell’affanno, in forma seppur attenuata. Sono andato in ospedale dove la diagnosi parlava di insufficienza mitralica moderata-severa. Ripercorrendo nei particolari e nelle date gli eventi, sono sicuro che il trauma sia avvenuto durante la partita a tennis, entro le 72 ore intercorse dalla vaccinazione. Mentre sto scrivendo, un mio amico, medico ospedaliero e cardiologo, anch’egli portatore di prolasso mitralico, si trova in terapia sub-intensiva: si era vaccinato a febbraio accusando più o meno gli stessi miei sintomi. Quest’estate, un mio ex collega, sempre portatore di prolasso mitralico, si sente affannato mentre guarda il televisore e muore. Aveva ricevuto la prima dose di Pfizer due giorni prima... Non mi sento di affermare da quale parte penda la bilancia dei costi-benefici, ma le evidenze, compresa l’esperienza personale, mi inducono a ritenere che nelle guerre, le morti collaterali ci possono stare, ma oggi i bombardamenti a tappeto sono stati sostituiti da quelli chirurgici.

Maurizio Cortigiani

Gentile Maurizio, la ringrazio per la fiducia accordatami. Credo sia doveroso ammettere che, purtroppo, la valenza degli effetti collaterali di un vaccino si valutino sui numeri, malgrado per il singolo eventualmente colpito possa trattarsi

di un grave episodio. Aggiungiamo che non esiste farmaco o vaccino che non abbia la possibilità di effetti collaterali. Peraltro, non possiamo nascondere che i “nuovi” vaccini, durante la somministrazione di massa, abbiano potuto riservare effetti prima non conosciuti. Ciò è possibile verificarlo solo “a spese” del paziente. È stato così per AstraZeneca, che oggi è praticamente abbandonato. È stato così persino per l’aspirina che, invece, è sopravvissuta. Il numero di effetti collaterali dei vaccini anti-Covid, a oggi accertati, è davvero modesto, come si evince dal rapporto recentemente pubblicato dall’Aifa. Il declino drastico del numero dei morti per Covid e delle forme gravi è incoraggiante. Al momento, mentre ovviamente non possiamo escludere qualche effetto collaterale a lungo termine, non possiamo che constatare che il rapporto rischio-beneficio si attesti a favore del beneficio. Andando al suo caso e a quello dei suoi conoscenti, per ipotizzare un rapporto causa-effetto con il vaccino, non basta la cronologia degli eventi. Bisogna accertare quali fossero le condizioni dei soggetti, a prescindere dalla vaccinazione. Per il bene suo e per la comunità, la invito a rivolgersi al suo medico curante per segnalare e approfondire il caso. Le auguro buona salute.

Prof. Maria Rita Gismondo

Si conclude osservando che **un approccio basato sul principio di precauzione non dovrebbe essere un esercizio di quadruplo salto carpiato con cinque avvistamenti pur di non ammettere il probabile nesso causale; al contrario, ogni segnale che desti il minimo sospetto dovrebbe essere tenuto in massimo conto, a maggior ragione in considerazione del fatto che per tutte le piattaforme vaccinali ad ora autorizzate si tratta di tecnologie innovative e mai sperimentate sull’uomo prima del loro sviluppo per fronteggiare il COVID-19, e quindi gli effetti (oltre che il profilo di efficacia) sono in gran parte tuttora da scoprire.**

[32] “SCUDO PENALE” PER I VACCINATORI E CONSEGUENZE

Il cosiddetto “scudo penale” per il personale addetto alla somministrazione del vaccino è stato istituito con il **Decreto-legge del 1 aprile 2021 n. 44**⁵⁸:

Art. 3. Responsabilità penale da somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2 In vigore dal 1 aprile 2021

1. Per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale verificatisi a causa della somministrazione di un vaccino per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, effettuata nel corso della campagna vaccinale straordinaria in attuazione del piano di cui all’articolo 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, la punibilità è esclusa quando l’uso del vaccino è conforme alle indicazioni contenute nel provvedimento di autorizzazione all’immissione in commercio emesso dalle competenti autorità e alle circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute relative alle attività di vaccinazione.

A proposito delle “circolari pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute”, si veda anche **[14]** relativamente al fatto che neppure le circolari ministeriali sono conformi alle determinate dell’AIFA.

Si fornisce qui di seguito la testimonianza dello stesso medico vaccinatore anonimo intervenuto nel documentario⁸⁶ già citato in **[17]**.

«Ho avuto un riscontro che non mi aspettavo. Quasi tutte le persone vaccinate hanno una reazione patologica al vaccino. Quello che però è più preoccupante è il fatto che ci sono state molte reazioni avverse importanti, attacchi ipertensivi, oppure episodi lipotimici importanti, anche con perdita di coscienza, sintomi da screezio neurologico, quindi parestesie dell’arto, perdita di sensibilità delle estremità, comprese anche le labbra, la lingua, quindi le dita delle mani, le gambe, cefalee. Noi abbiamo fatto degli interventi di emergenza per fenomeni abbastanza importanti

che a volte richiedono anche un trasporto in Pronto Soccorso, che poi di fatto viene per lo più evitato perché riusciamo a risolverlo noi, però ci servirebbero dei tempi di osservazione maggiori; invece, a risoluzione della sintomatologia, i pazienti vengono tranquillizzati, rassicurati e inviati a domicilio. La cosa che io reputo grave è il fatto che durante questi interventi di soccorso di emergenza noi inoculiamo anche dei farmaci. È successo di inoculare cortisonici. È successo di inoculare anche adrenalina, antistaminici, e io da sanitario so che ogni mio intervento e qualunque cosa io somministro a un paziente, anche una semplice soluzione fisiologica, lo devo registrare, documentare. Questo non viene fatto: non è prevista nessuna registrazione, nessuna documentazione. Quando ho domandato di registrare un intervento mi è stato detto che non si scriveva nulla. Ho domandato perché, ovviamente, e mi è stato risposto: “Beh, perché c’è lo scudo penale”. Allora, al di là del fatto che io ritengo lo scudo penale una vergogna, perché noi, nell’espletamento della nostra professione, siamo chiamati ad essere responsabili di ciò che facciamo e la nostra responsabilità scaturisce dalla nostra competenza: io so quello che faccio. Al di là di questo, c’è il fatto che lo scudo penale riguarda i danni a breve e a lungo termine che la sostanza che io vado ad inoculare può provocare nel paziente. Perché? Perché è una sostanza dichiaratamente in fase sperimentale di cui non possiamo garantire ancora gli effetti. Lo scudo penale non riguarda tutti gli altri farmaci che in un intervento di emergenza io vado a somministrare al paziente. Gli interventi condotti in emergenza sono interventi noti, protocollati, di cui io sono responsabile da sempre; improvvisamente, non ne sono più responsabile. Allora io mi domando: se viene fatto per incompetenza, è assolutamente grave; se viene fatto per complicità, è grave nella stessa misura.»

Lo scudo penale e le circolari ministeriali inducono i vaccinatori a svolgere il loro compito in maniera superficiale e dozzinale, persino in situazioni estremamente delicate. Si riportano alcuni messaggi comparsi tra il 10 e il 15 novembre 2021 su un gruppo pubblico Telegram di medici vaccinatori, poi reso privato poco dopo che qualcuno all’interno del gruppo si è reso conto che giravano *screenshot* di questi scambi di messaggi su Twitter. Messaggi che manifestano palese impreparazione e incompetenza: addirittura il vaccinatore che si premura di dispensare istruzioni (Claudio) comanda di aspettare 14 giorni dopo l’antinfluenzale se il “**vaccino anti-Covid è a virus vivo attenuato**”: com’è ben noto ormai anche ai non addetti ai lavori, non esistevano né esistono tuttora vaccini di tale tipologia autorizzati in Italia, in quanto quelli di Pfizer e Moderna sono a mRNA e quelli di AstraZeneca e Johnson&Johnson sono vaccini composti da vettori adenovirali a DNA ricombinante.

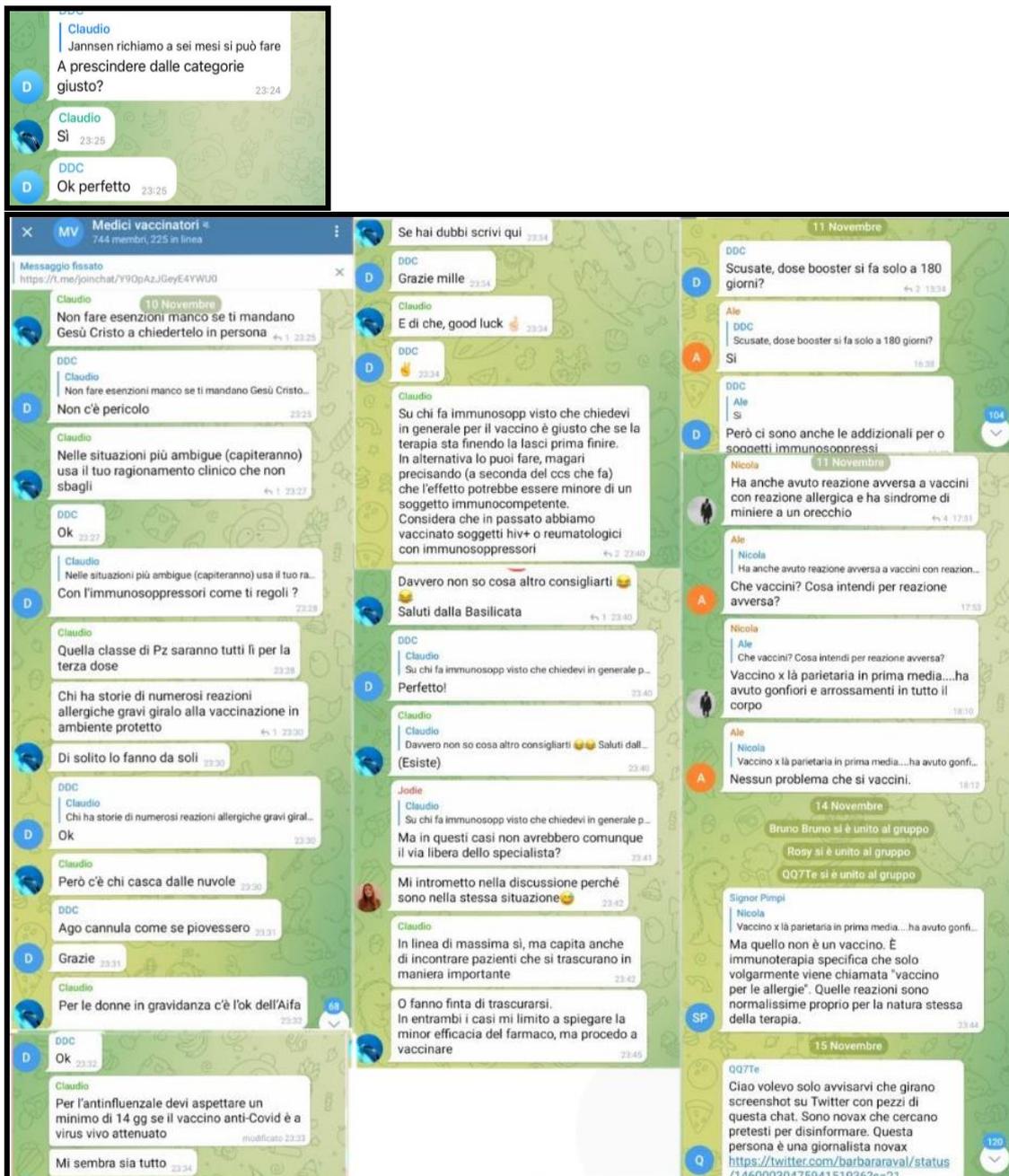


Figura 16 – Messaggi di un gruppo di medici vaccinatori su Telegram.

[33] STUDI CLINICI PFIZER: INTEGRITÀ DEI DATI E CRITICITÀ METODOLOGICHE

A novembre 2021 è stato pubblicato sulla rivista British Medical Journal un articolo *peer reviewed* intitolato ***Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial***¹²⁰, in cui il giornalista investigativo Paul D. Thacker riporta quanto rivelato da Brook Jackson, una ricercatrice con 15 anni di esperienza nella gestione della ricerca clinica, la quale era stata assunta a settembre 2020 come direttrice regionale di una società di ricerca texana che collabora nella conduzione delle sperimentazioni dei vaccini Pfizer contro il COVID-19, la Ventavia Research Group. La Ventavia aveva arruolato più di 1000 partecipanti distribuiti in 3 siti nell'ambito di uno studio clinico che in totale aveva previsto

l'arruolamento di circa 44.000 partecipanti su un totale di 153 siti (società e centri accademici): si trattava dello studio cardine di fase III, l'NCT04368728¹¹, in base alle risultanze del quale è stata successivamente accordata l'autorizzazione all'uso di emergenza del vaccino Pfizer.

Durante la sua breve permanenza nella società, Jackson aveva assistito personalmente a diverse criticità riguardanti le modalità di conduzione dello studio, tali da sollevare seri interrogativi sull'integrità dei dati. Si parla di **falsificazione di dati**, di **smascheramento dei pazienti in cieco**, dell'**impiego di vaccinatori non adeguatamente formati**, di **modalità di conservazione non rispondenti a protocollo**, di **carenze nel follow-up dei pazienti che avevano manifestato eventi avversi**. Dopo aver ripetutamente informato i suoi superiori in Ventavia di questi problemi, Brook Jackson inviò il mattino del 25 settembre 2020 un'e-mail di denuncia alla FDA. In tutta risposta la Ventavia la licenziò il pomeriggio stesso. Jackson ne informò il British Medical Journal, a cui fornì decine di documenti aziendali interni, foto, registrazioni audio, ed e-mail.

Nell'articolo si legge anche che un altro informatore anonimo ha rivelato che (sottolineatura aggiunta):

Dopo che Jackson se n'è andata, i problemi dell'azienda sono persistiti [...] In molti casi Ventavia non aveva abbastanza dipendenti per sottoporre a tampone tutti i partecipanti allo studio che riportavano sintomi riferibili al COVID, in modo da testare l'infezione [...] il COVID-19 sintomatico era l'endpoint primario dello studio [...] (Un memorandum di revisione della FDA pubblicato nell'agosto di quest'anno afferma che durante l'intera procedura i tamponi non sono stati somministrati a 477 casi sospetti di COVID-19 sintomatico.)

Si noti che i casi di COVID-19 sintomatico rilevati, stando allo studio clinico in questione (come emergono dalla scheda tecnica del vaccino Pfizer⁷), erano 8 nel gruppo vaccino e 162 nel gruppo placebo. In base a questi dati la Pfizer ha potuto dichiarare un'efficacia del 94,6% (con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 89,6% e 97,6%).

Nell'agosto 2021, dopo la piena approvazione del vaccino Pfizer, la FDA ha pubblicato un riassunto delle sue ispezioni relative a questo studio cardine della Pfizer. Nove dei 153 siti interessati sono stati ispezionati. I tre siti di Ventavia non erano nell'elenco dei nove siti ispezionati, e negli otto mesi successivi all'autorizzazione all'uso in emergenza, avvenuta a dicembre 2020, non sono state effettuate ispezioni nei siti in cui sono stati reclutati adulti.

Non solo, ma da settembre 2020, ossia da quando Jackson ha segnalato alla FDA queste criticità relative a Ventavia, la Pfizer ha designato Ventavia come subappaltatrice di ricerca in altri quattro studi clinici sui vaccini (vaccino anti COVID-19: bambini e giovani adulti NCT04816643¹¹ [34]; donne in gravidanza NCT04754594¹¹; e dose di richiamo NCT04955626¹¹; vaccino contro il virus respiratorio sinciziale: NCT05035212¹¹).

Un'analisi di diverse criticità degli studi clinici condotti dalla Pfizer è stata fatta dalla biostatistica francese Christine Cotton, autrice di un rapporto di un centinaio di pagine sull'argomento intitolato ***Evaluation des pratiques méthodologiques mises en œuvre dans les essais Pfizer dans le développement de son vaccine ARN-messager contre la COVID-19 en regard des Bonnes Pratiques Cliniques***¹²¹, pubblicato l'11 gennaio 2021.

Una breve presentazione del rapporto è fornita nell'articolo di FranceSoir, ***Essais Pfizer sur le vaccin anti-covid : le rapport explosif de Christine Cotton***¹²²:

Risultati che non possono essere considerati "affidabili" e "integri" in relazione alla buona pratica clinica, spiega. Abbiamo ricevuto di nuovo la biostatistica Christine Cotton, perché possa condividere con noi la sua perizia metodologica prodotta su richiesta di un avvocato che ricorre alla Corte d'Appello del Quebec. Il suo lavoro è

consistito nell'effettuare una valutazione delle pratiche metodologiche implementate nelle sperimentazioni Pfizer per lo sviluppo del suo vaccino a RNA messaggero contro il Covid-19, in relazione alle buone pratiche cliniche.

Per fare ciò ha esaminato tutta la documentazione del laboratorio Pfizer registrata presso le autorità americane ed europee, che comprende protocolli, referti clinici e i vari piani di gestione del rischio. Un lavoro che consiste essenzialmente nell'individuare e determinare i bias, ovvero gli elementi che possono far deviare i risultati dal loro vero valore.

Con il progredire della sua analisi, la biostatistica ha identificato un gran numero di fattori pregiudizievoli e ha concluso che i risultati di efficacia del 95% annunciati dal gigante farmaceutico non potevano essere considerati affidabili per il relativo criterio principale, vale a dire, prima insorgenza di COVID-19 sintomatico a partire da 7 giorni dopo la dose 2.

Questa efficacia è distorta dal fatto che il partecipante è responsabile di segnalare i propri sintomi al sito che lo ha reclutato, ai fini della determinazione di caso sintomatico di COVID-19. Di fatto, qualsiasi segnalazione incompleta o qualsiasi valutazione errata da parte del partecipante che non ha la competenza per giudicare il suo stato di salute, l'uso autorizzato di antipiretici che sopprimono i sintomi, febbre e dolore, una mancata risposta da parte del sito, portano a una sottovalutazione del numero di casi COVID-19 sintomatici, poiché solo i partecipanti che segnalano sintomi sarebbero sottoposti a test PCR secondo quanto previsto da questo studio.

[...]

Un altro problema che lei identifica è la valutazione della tolleranza, poiché la mediana del tempo di follow-up dopo la seconda dose è di soli due mesi [...]: un periodo di osservazione che è troppo breve per raccogliere dati sulla tolleranza a medio e lungo termine.

Denuncia infine carenze nello studio dell'immunogenicità del vaccino, perché il rapporto del 10 dicembre 2020 indicava già una diminuzione dell'immunità a meno di due mesi dalla seconda dose, e non è stato effettuato alcun test successivo, in quanto non previsto dal protocollo prima di 6 mesi dopo la seconda dose.

A queste già numerosissime incognite si aggiungono le informazioni cruciali mancanti, poiché, per ammissione dello stesso laboratorio, non ci sono dati sull'uso durante la gravidanza e l'allattamento, su pazienti immunocompromessi o con comorbidità. Inoltre nessuna informazione sulle interazioni con altri vaccini e sulla sicurezza a lungo termine. Altro dato sconvolgente: solo ad ottobre 2021 il CDC ha riconosciuto definitivamente il rischio di miocardite/pericardite da vaccino nei soggetti di età compresa tra i 12 e i 39 anni, quando la popolazione generale era già vaccinata ormai da diversi mesi: con il loro metodo di valutazione dei segnali, hanno sottovalutato questo rischio.

Come ultimo punto citato, sulle Buone Pratiche Cliniche (GCP) tanto care all'industria farmaceutica, fa riferimento all'affare Ventavia (PfizerGate), e denuncia gravi violazioni delle GCP nella gestione dei centri, e si chiede se questo tipo di problema esistesse in altri centri. L'ispezione da parte della FDA di soli nove centri non consente di rimuovere il dubbio sulla qualità dei dati, poiché, per ammissione dell'FDA stessa, "la parte sull'integrità dei dati e la verifica delle ispezioni del BIMO (Bioresearch Monitoring) era limitato perché lo studio era in corso e non erano ancora disponibili i dati necessari per la verifica e il confronto per l'IND (Investigational New Drug)."

Visti tutti i fattori pregiudizievoli sollevati e le informazioni ancora mancanti, Christine Cotton chiede la sospensione urgente di tutte le vaccinazioni Comirnaty, non solo per le categorie della popolazione sulle quali ad oggi manca informazione, ma anche per l'intera popolazione, in attesa di spiegazioni dal laboratorio Pfizer sulla scelta del suo piano di sperimentazione, delle sue modalità di valutazione, dell'algoritmo per il calcolo dei criteri di efficacia, dell'assenza di un PCR sulla popolazione generale, ecc.

Si tratta quindi di un notevole lavoro di precisione, che Christine Cotton spera consenta di riportare il dibattito su argomentazioni dimostrate e affidabili.

[34] STUDIO CLINICO PFIZER NELLA FASCIA DI ETÀ 12-15 ANNI: IL CASO DI MADDIE DE GARAY

A 12 anni Maddie de Garay aveva partecipato alla sperimentazione del vaccino Pfizer-BioNTech per la fascia di età 12-15 anni, la quale aveva coinvolto 2260 partecipanti (1129 nel gruppo placebo, 1131 nel gruppo vaccino). Entro le 24 ore dalla seconda dose, somministrata il 20 gennaio 2021, lei ha cominciato a presentare effetti avversi gravissimi; le sue condizioni sono andate rapidamente deteriorandosi fino all'invalidità e alla necessità di nutrimento con sondino nasogastrico. Il resoconto è in un articolo del 23 ottobre 2021 intitolato *FDA Buries Data on Seriously Injured Child in Pfizer's Covid-19 Clinical Trial*¹²³:

La Sig.ra de Garay ha documentato ogni dettaglio riguardo al danno di Maddie e ne ha dato conto all'investigatore principale per lo studio Pfizer presso l'ospedale pediatrico di Cincinnati dove si stava svolgendo la sperimentazione clinica del vaccino e dove Maddie era stata curata e ricoverata. In prima istanza, hanno cercato di annoverare il caso di Maddie come "paziente psichiatrico", spiegando alla famiglia che il problema era psicologico e frutto dell'immaginazione di Maddie. In seguito, hanno affermato che il danno non era correlato al vaccino (qui sotto, la registrazione della telefonata all'ospedale) e quando tale argomento non era più sostenibile, la Pfizer, nel rapporto alla FDA, ha elencato questo evento avverso traumatico come "dolore addominale funzionale".

*La Sig.ra de Garay ha riferito l'accaduto al CDC e alla FDA tramite VAERS a giugno 2021, ma nessuna di queste agenzie ha richiesto ulteriori informazioni o seguito la famiglia de Garay. La Sig.ra de Garay ha anche contattato il Dr. Nath, direttore del National Institute of Neurological Disorders and Stroke del NIH [National Institute of Health], che ha risposto affermando di essere "dispiaciuto per la malattia di Sua figlia" e che **"abbiamo sicuramente sentito parlare di molti casi di complicanze neurologiche da vaccino e saremo lieti di condividere la nostra esperienza in proposito"**.*

L'articolo riporta la corrispondenza della Sig.ra de Garay e l'audio della telefonata.

Le domande d'obbligo sono almeno le seguenti:

- 1) sapendo che l'evento invalidante di Maddie è stato registrato come "dolore addominale", quanti altri eventi gravi o addirittura potenzialmente mortali saranno stati parimenti nascosti dalle aziende farmaceutiche?
- 2) in ogni caso si è verificato almeno un evento gravemente invalidante in una sperimentazione che ha coinvolto appena 1131 partecipanti nel gruppo vaccino, sperimentazione in base alle cui risultanze l'autorizzazione è stata poi estesa anche alla fascia 12-15 anni: è accettabile correre un rischio del genere su una popolazione che sostanzialmente non è colpita da forme gravi di COVID-19 [39]?

Il 31 marzo 2021 viene pubblicato sul sito della Pfizer un articolo¹²⁴ che annuncia i risultati positivi dello studio in questione:

Nei partecipanti di età compresa tra 12 e 15 anni, BNT162b2 ha dimostrato un'efficacia del 100% e una robusta risposta anticorpale, superando quelle riportate nello studio di partecipanti vaccinati di età compresa tra 16 e 25 anni in un'analisi precedente, ed è stato ben tollerato

Le aziende prevedono di presentare questi dati alla Food and Drug Administration (FDA) statunitense e all'Agenzia europea per i medicinali (EMA) il prima possibile per richiedere l'estensione dell'autorizzazione all'uso di emergenza (EUA) e dell'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dell'UE per BNT162b2.

[...]

“Condividiamo l’urgenza di estendere l’autorizzazione all’uso del nostro vaccino alle popolazioni più giovani e siamo incoraggiati dai dati degli studi clinici su adolescenti di età compresa tra 12 e 15 anni”, ha affermato Albert Bourla, presidente e amministratore delegato di Pfizer. “Prevediamo di presentare questi dati alla FDA come proposta di emendamento alla nostra autorizzazione all’uso di emergenza nelle prossime settimane e ad altre autorità di regolamentazione in tutto il mondo, con la speranza di iniziare a vaccinare questa fascia di età prima dell’inizio del prossimo anno scolastico”.

“In tutto il mondo desideriamo una vita normale. Questo è particolarmente vero per i nostri figli. I primi risultati che abbiamo visto negli studi sugli adolescenti suggeriscono che i bambini sono particolarmente ben protetti dalla vaccinazione, il che è molto incoraggiante viste le tendenze che abbiamo visto nelle ultime settimane riguardo alla diffusione della variante B.1.1.7 UK. È molto importante consentire loro di tornare alla vita scolastica di tutti i giorni e di incontrare amici e familiari proteggendo loro e i loro cari”, ha affermato Ugur Sabin, CEO e co-fondatore di BioNTech.

Il documento¹²⁵ per la richiesta di autorizzazione all’uso in emergenza per gli adolescenti dai 12 ai 15 anni è stato sottoposto all’FDA il 9 aprile 2021. In merito agli eventi avversi riscontrati durante lo studio, si esprime come segue:

- *3 partecipanti, tutti con ansia e depressione pregresse, sono stati ospedalizzati per trattamento medico di aggravamento della depressione che è iniziato, rispettivamente, 7 giorni dopo la Dose 1, 1 giorno dopo la Dose 2, e 15 giorni dopo la Dose 1. Tutti e 3 i partecipanti hanno dichiarato di essere in terapia con un inibitore selettivo del reuptake di serotonina (SSRI) che avevano iniziato ad assumere entro 1-2 mesi prima della vaccinazione. Un peggioramento delle idee suicide durante la fase iniziale del trattamento con SSRI negli adolescenti è un rischio riconosciuto e fornisce una spiegazione ragionevole alternativa per l’esacerbazione della depressione in questi riceventi del vaccino BNT162b2.*
- *Un partecipante ha subito un evento avverso grave segnalato come nevralgia generalizzata, e ha anche segnalato tre eventi avversi non gravi (dolore addominale, ascenso, gastrite) e un evento avverso grave concomitante (costipazione) nella stessa settimana. Al partecipante è stato in definitiva diagnosticato dolore addominale funzionale. L’evento è stato segnalato come in corso alla data di cutoff.*

Per inciso, è anche interessante che alla sperimentazione siano stati arruolati soggetti in terapia con altri farmaci: forse per poter attribuire a tali farmaci eventuali reazioni avverse?

Ribadiscono la falsa diagnosi di Maddie de Garay le diapositive¹²⁶ del 12 giugno 2021 della presentazione al comitato consultivo ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*) reperibili sul sito del CDC.

Nella diapositiva 17 si elenca, tra gli eventi avversi gravi nel gruppo vaccino, “dolore addominale”, “costipazione” e “nevralgia”, che riguardano un solo partecipante. Alla diapositiva 23, si evince che la valutazione di efficacia è stata effettuata su 1005 partecipanti (dei 1131 iniziali) nel gruppo vaccino e su 978 (dei 1129 iniziali) del gruppo placebo, ma non è chiarito il motivo di questa discrepanza, né l’articolo (citato qui di seguito) riguardante lo studio ne fa menzione, a parte il fatto di specificare che i casi di COVID-19 sono stati valutati “Nei partecipanti che non avevano evidenziato precedente infezione da SARS-CoV-2”, senza fornire neppure la consistenza numerica dei due gruppi selezionati.

Il 15 luglio 2021 viene pubblicato sul New England Journal of Medicine l'articolo (per giunta *peer reviewed*) intitolato **Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents**¹²⁷ che presenta i risultati preliminari dello studio (sottolineatura aggiunta).

RISULTATI

Complessivamente, 2260 adolescenti di età compresa tra 12 e 15 anni hanno ricevuto iniezioni; 1131 hanno ricevuto BNT162b2 e 1129 hanno ricevuto placebo. Come è stato riscontrato in altri gruppi di età, BNT162b2 aveva un profilo di sicurezza ed effetti collaterali favorevole, con reattogenicità da lieve a moderata principalmente transitoria (prevalentemente dolore al sito di iniezione [nel 79-86% dei partecipanti], affaticamento [dal 60 al 66% dei partecipanti] e mal di testa [dal 55 al 65% dei partecipanti]); non si sono verificati eventi avversi gravi correlati al vaccino, e nel complesso si sono verificati pochi eventi avversi gravi. Il rapporto medio geometrico tra il titolo degli anticorpi neutralizzanti al 50% contro il SARS-CoV-2 dopo la dose 2 nei partecipanti di età compresa tra 12 e 15 anni e quello dei partecipanti di età compresa tra 16 e 25 anni era 1,76 (intervallo di confidenza [IC] al 95%: da 1,47 a 2,10), che soddisfaceva il criterio di non inferiorità di un limite inferiore pari a 0,67 dell'intervallo di confidenza al 95% a due code e indicava una risposta maggiore nella coorte di età compresa tra 12 e 15 anni. Nei partecipanti che non avevano evidenziato precedente infezione da SARS-CoV-2, tra i destinatari di BNT162b2 non sono stati osservati casi di Covid-19 con esordio avvenuto a 7 giorni o più dalla seconda dose, e tra i destinatari del placebo si sono verificati 16 casi. L'efficacia del vaccino osservata è stata del 100% (IC 95%, da 75,3 a 100).

CONCLUSIONI

Il vaccino BNT162b2 nei riceventi di età compresa tra 12 e 15 anni aveva un profilo di sicurezza favorevole, ha prodotto una risposta immunitaria maggiore rispetto ai giovani adulti ed è risultato altamente efficace contro il Covid-19. (Finanziato da BioNTech e Pfizer; numero C4591001 ClinicalTrials.gov, NCT04368728)

“Pochi eventi avversi gravi” su poco più di mille partecipanti è un risultato che dovrebbe invitare ad estrema cautela, ma l'autorizzazione da parte dell'FDA all'utilizzo in emergenza nella fascia di età 12-15 anni arriva ai primi di gennaio 2022.

Comunque, come si vede, nessuna menzione al gravissimo caso di Maddie de Garay.

Non solo: come era già avvenuto per lo studio negli adulti, l'incidenza del COVID-19 è stata valutata considerando, nel gruppo trattato, soltanto i casi insorti dopo almeno 7 giorni dalla somministrazione della seconda dose. Ovviamente una tale valutazione esclude ogni eventuale caso di COVID-19 insorto proprio in conseguenza del vaccino (VAERD – *Vaccine-Associated Enhanced Respiratory Disease*; ADE – *Antibody-Dependent Enhancement*).

[35] DOCUMENTO DESECRETATO PFIZER: EVENTI AVVERSI

In seguito ad una richiesta di accesso FOIA (*Freedom Of Information Act*), la Pfizer ha rilasciato a fine 2021 un documento interno intitolato **Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28-Feb-2021**¹²⁸, riguardante un'analisi delle segnalazioni di eventi avversi pervenute alla Pfizer entro il 28 febbraio 2021.

Al 28 febbraio erano pervenute **42.086 segnalazioni** (farmacovigilanza passiva), per un totale di **158.893 eventi avversi**. **1223** dei casi segnalati avevano avuto come esito il **decesso**.

Nel documento è stato censurato il dato relativo al numero di dosi somministrate, ma una stima molto conservativa di tale valore la si evince dai dati di Figura 17, reperiti dal sito di Our World in Data¹²⁹: **non**

più di 119 milioni di dosi di vaccino Pfizer erano state somministrate a livello globale alla data del 28 febbraio 2021.

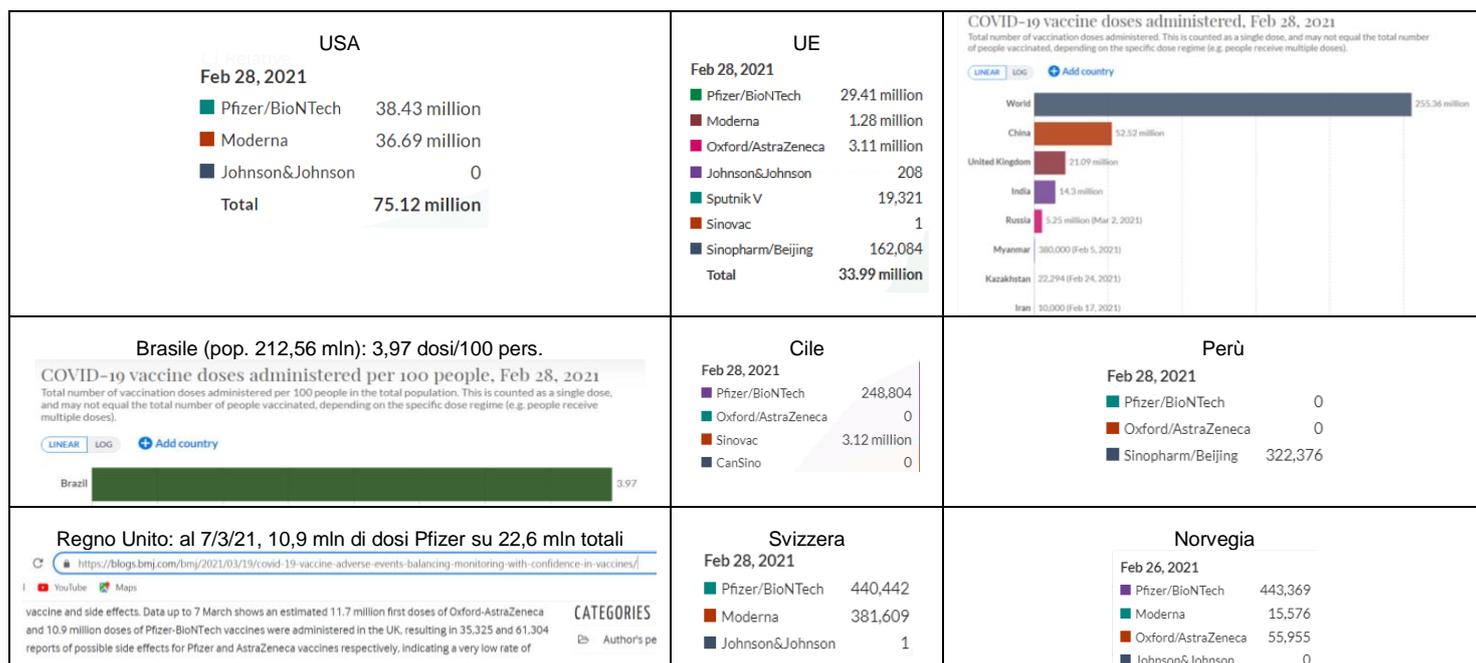


Figura 17 – Dosi somministrate dall’inizio della campagna vaccinale al 28 febbraio 2021 negli USA (75,12 mln, di cui 38,43 mln Pfizer), nell’UE (33,99 mln, di cui 29,41 mln Pfizer), nel mondo (255,36 mln), e in alcuni Paesi extra-UE ed extra-USA dove il vaccino Pfizer a quella data non era stato utilizzato (Cina, 52,52 mln; India, 14,3 mln; Brasile, 8,4 mln; Russia, 5,25 mln; Birmania 380 m; Perù, 322 m; Kazakistan 22 m; Iran, 10 m) o dove era stato utilizzato parzialmente (Cile, Regno Unito, Svizzera, Norvegia). Nell’ipotesi molto conservativa in cui le dosi somministrate in tutti gli altri Paesi extra-UE/USA non considerati in figura siano relative unicamente al vaccino Pfizer, il **numero totale di dosi Pfizer somministrate** si può stimare come somma delle dosi Pfizer somministrate nell’UE e negli USA e delle dosi complessive somministrate nel resto del mondo e purate delle dosi sicuramente non Pfizer, ovvero: 29,41 mln (dosi Pfizer UE) + 38,43 mln (dosi Pfizer USA) + 146,25 mln (dosi totali resto del mondo = 255,36 – (75,12+33,99)) – 95,6 mln (dosi totali di: Cina; India; Brasile; Russia; Birmania; Perù; Kazakistan; Iran; e dosi non Pfizer di: Regno Unito, ca. 10,8 mln; Cile, 3,12 mln; Svizzera, 382 m; Norvegia, 72 m) = **119 mln**. Fonti: **BMJ, Our World in Data**¹²⁹.

Si può pertanto stimare un’**incidenza di segnalazione di decesso superiore a 1 su 100.000 dosi somministrate**.

Gli eventi avversi erano distribuiti per fasce di età e sesso secondo la Tabella 1 del documento riprodotta in Figura 18.

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

	Characteristics	Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17	175 ^a
	18-30	4953
	31-50	13886
	51-64	7884
	65-74	3098
	≥ 75	5214
	Unknown	6876
Case outcome:	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old.

Figura 18 – Tabella 1 del documento desecretato *Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28-Feb-2021*¹²⁸.

Tra i casi segnalati si osserva una nettissima prevalenza di donne (71,1%) rispetto agli uomini (21,8%), prevalenza che si rileva con analoghe proporzioni anche per lo Spikevax di Moderna e il Vaxzevria di AstraZeneca. Occorre tuttavia rimarcare che all'inizio della campagna vaccinale vi era una prevalenza di donne vaccinate rispetto agli uomini (secondo i dati dei CDC 63% a 37% a metà gennaio; in Italia a metà febbraio le percentuali erano analoghe).

Del totale degli eventi avversi il documento considera come pertinenti ed esamina più nel dettaglio soltanto quelli con incidenza maggiore o pari al 2%, in tutto **93.473**. La lista completa di questi eventi avversi, non accompagnata, tuttavia, da relativa incidenza, è riportata nell'appendice 1 del documento e comprende anche forme neoplastiche, fattore preoccupante se si considera che la somministrazione su larga scala del vaccino era cominciata soltanto due mesi prima.

Gli eventi avversi considerati di particolare interesse AESI (*Adverse Events of Special Interest*) sono divisi nelle categorie elencate in Tabella 7 del documento (in combinazione con le tabelle da 4 a 6) e coprono poco più della metà del numero totale di decessi segnalati.

L'**anafilassi** riguarda **1002 casi** (876 donne, 106 uomini), di cui 290 rientranti nel massimo livello di certezza diagnostica, con **9 decessi**. A questo proposito è interessante rilevare che dall'Italia erano pervenuti 82 casi di anafilassi, mentre nel Rapporto AIFA sulla Sorveglianza dei Vaccini COVID-19 n. 2 del 26 febbraio vengono denunciati solo 25 casi (di cui 16 rientranti nei tre livelli più alti di certezza diagnostica), quindi meno di un terzo di quelli effettivamente registrati stando al documento della Pfizer. In questo Rapporto AIFA si dice che "*L'anafilassi da vaccino è un evento avverso grave, potenzialmente pericoloso per la vita e raro, che si presenta in media con la frequenza di circa 1 caso per milione*", ma "*in base ai dati statunitensi pubblicati, il tasso di segnalazione per i vaccini a mRNA è risultato di 4,7 casi di anafilassi ogni milione di dosi somministrate per il vaccino Pfizer*" e per l'Italia "*Il tasso di segnalazione è di 4,3 casi ogni milione di dosi con una maggiore frequenza nel sesso femminile, sostanzialmente in linea con i dati riportati in letteratura*". Siccome però i casi citati nel Rapporto AIFA erano solo 25 degli 82 riportati nel documento Pfizer, in realtà il tasso di segnalazione sarebbe di 1,4 casi su 100.000 dosi somministrate e non di 4,3 casi su un milione. Tornando al documento Pfizer e considerando i soli 290 casi corrispondenti al massimo livello di certezza diagnostica, l'incidenza risulta di oltre 2,4 casi su un milione di dosi (con una letalità del 3%). Se si considerano i 1002 casi, l'incidenza sale a oltre 8,4 casi per milione, un valore quasi doppio rispetto ai 4,7 casi per milione citati nel Rapporto AIFA. Nonostante questo valore sia ben superiore rispetto ai "*dati statunitensi pubblicati*" a cui fa vago riferimento il Rapporto AIFA, la Pfizer conclude che la valutazione dei 1002 casi considerati "*non ha rivelato alcuna informazione nuova di sicurezza. L'anafilassi è descritta in maniera appropriata nell'etichettatura del prodotto, cosiccome gli eventi di ipersensibilità di tipo non anafilattico. La sorveglianza continuerà.*"

La **malattia respiratoria potenziata associata al vaccino (VAED - VAERD)** è registrata in **138 casi** (73 donne, 57 uomini), di età media 57,2 anni, con **38 decessi** (letalità valutata sui casi segnalati: 27,5%); di questi 138 casi, 37 sono casi di sospetto COVID-19, e 101 sono casi di COVID-19 confermato; dei casi confermati, 75 casi sono gravi e hanno comportato ospedalizzazione, invalidità, o morte. Oltre 0,3 decessi su un milione di somministrazioni sono quindi possibile risultato del fenomeno del VAERD. Tuttavia la Pfizer conclude che il VAERD continua a rimanere un rischio teorico del vaccino, e che la sorveglianza continua.

Per quanto riguarda **gravidanza e allattamento**, sono segnalati, rispettivamente, **274 casi** (con problemi che hanno riguardato la madre e/o il feto, inclusi **28 tra aborti spontanei, morte intrauterina, e morte neonatale**) e **139 casi**; di questi ultimi, 133 riguardano il bambino e 6 la madre; manca il dato relativo al

numero totale di donne in condizioni di gravidanza e allattamento a cui è stato somministrato il vaccino, affinché sia possibile valutare l'incidenza di questi eventi avversi, ma occorre considerare che nei primi mesi della campagna vaccinale era quasi ovunque sconsigliato il vaccino alle donne in stato di gravidanza o allattamento.

Una lista non completa di altri eventi avversi di particolare interesse, ordinati in base al numero di decessi per milione di dosi somministrate, è fornita in Tabella 5. Gli indici di letalità (colonna a destra) riportati rendono un'idea abbastanza chiara del grado di gravità dei casi considerati nel documento. Il numero di decessi per milione di dosi si basa sulla stima molto conservativa fornita in precedenza di 100 milioni di dosi di vaccino Pfizer somministrate dall'inizio della campagna vaccinale al 28 febbraio 2021.

AESI	N. casi	Donne	Uomini	Decessi	Decessi per milione dosi	Letalità
cardiovascolari	1403	1076	291	136	1,2	9,6%
COVID-19	3067	1050	844	136	1,2	4,4%
ictus	275	182	91	61	0,51	22%
respiratori <i>(comprendenti sindrome da distress respiratorio acuto, emorragie polmonari)</i>	130	72	58	41	0,34	32%
ematologici <i>(comprendenti emorragie, trombocitopenia)</i>	932	676	222	34	0,30	3,6%
renali	69	46	23	23	0,19	33%
tromboembolici <i>(esclusi ictus e trombosi venosa profonda)</i>	151	89	55	18	0,15	12%
neurologici <i>(comprendenti convulsioni, malattie demielinizzanti, epilessia, encefalopatia, atassia, catalessi, narcolessia)</i>	501	328	150	16	0,13	3,2%
immuno-mediati o autoimmuni	1050	526	156	12	0,10	1,1%
epatici/biliari	94	43	26	5	0,042	5,3%
vasculiti	32	26	6	1	0,030	3,2%
altri AESI <i>(piressia, Herpes zoster, Herpes simplex, infiammazione, sindrome da disfunzione multiorgano)</i>	8241	5969	1860	95	0,80	1,2%
muscolo-scheletrici	3600 <i>(1801 risolti o in via di risoluzione, 959 non risolti)</i>	2760	711			
paralisi facciale <i>(per questa problematica si era in attesa della pubblicazione dei dati dello studio C4591001)</i>	449 <i>(di cui 184 risolti o in via di risoluzione, 183 non risolti)</i>	295	133			

Tabella 5 – Raccolta in forma tabulare di alcuni degli eventi avversi reperibili dal documento interno Pfizer *Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28-Feb-2021*¹²⁸.

Per ciascuna delle tipologie elencate in Tabella 7 del documento, la Pfizer invariabilmente conclude: *“Questa rassegna cumulativa di casi non solleva nuovi problemi di sicurezza. La sorveglianza continuerà”*.

Vari dati di interesse non sono forniti: per esempio, l'età media dei pazienti colpiti, l'età e il genere dei pazienti deceduti, il numero, l'età e il genere dei pazienti che hanno riportato danni permanenti, o la presenza di eventuali patologie pre-esistenti. Si tratta di una sorveglianza a dir poco sommaria e carente. Ma c'è di più: risulta evidente che la Pfizer sta tenendo nascoste al pubblico informazioni importanti di cui è a conoscenza riguardanti gli effetti avversi (potenziali o ormai evidenti) del vaccino. Molti degli eventi avversi di particolare interesse, per i quali la Pfizer stessa riconosce che occorre continuare la

sorveglianza, non sono citati, nemmeno come rischio teorico con incidenza sconosciuta, nelle schede tecniche⁷ dei vaccini, né tantomeno nella nota che accompagna il modulo di consenso informato¹⁰¹.

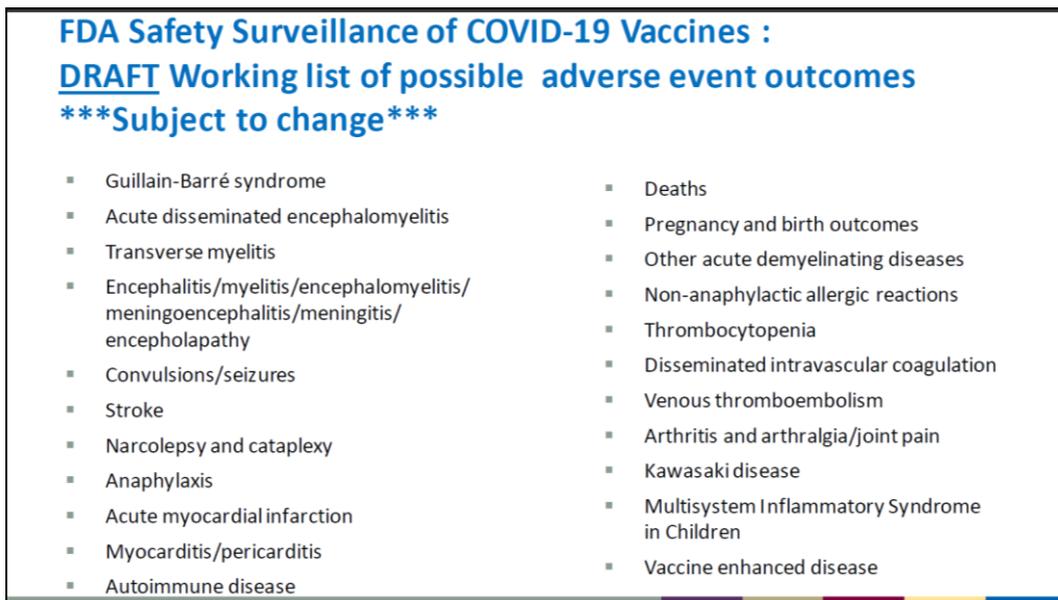
Per ulteriori dettagli a proposito della richiesta di accesso FOIA, rimasta inizialmente inevasa, e che poi, in seguito ad una causa civile, ha portato al rilascio immediato di una minima parte dei documenti esistenti, tra cui quello citato sopra, si veda l'articolo pubblicato il 14/12/2021 su TrialSiteNews, ***FDA's forced hand drops Pfizer's Bombshell Safety Document***¹³⁰.

[36] EFFETTI AVVERSI GIÀ NOTI ALL'FDA PRIMA DELL'AUTORIZZAZIONE EMERGENZIALE

La FDA era già a conoscenza di effetti avversi che stanno via via emergendo dalle segnalazioni riportate nelle banche dati di vaccinovigilanza prima di rilasciare l'autorizzazione all'uso in emergenza del vaccino Pfizer. Si veda, in particolare intorno al minuto 2:33:40, la schermata che appare per un brevissimo istante durante la videoconferenza¹³¹ del comitato consultivo Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee dell'FDA, trasmessa in *streaming* su Youtube il 22 ottobre 2020.

La diapositiva in questione, che si trova a pagina 17 del relativo documento¹³¹ presentato da Steven Anderson, direttore dell'Ufficio di Biostatistica ed Epidemiologia del Center for Biologics Evaluation and Research dell'FDA, riguardante i programmi dell'FDA per il monitoraggio della sicurezza e dell'efficacia, è riprodotta in Figura 19.

La lista dei possibili eventi avversi comprende: sindrome di Guillain-Barré, encefalomyelite acuta disseminata, mielite trasversa, encefalite/mielite/encefalomyelite/meningoencefalite/meningite/encefalopatia, convulsioni/epilessia, ictus, narcolessia e catalessi, anafilassi, infarto miocardico acuto, miocardite/pericardite, malattie autoimmuni, decessi, effetti sulla gravidanza e il parto, altre malattie acute demielinizzanti, reazioni allergiche non anafilattiche, trombocitopenia, coagulazione intravasale disseminata, tromboembolia venosa, artrite e artralgia/dolore articolare, malattia di Kawasaki, sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini, malattia potenziata da vaccino (VED).



FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines :
DRAFT Working list of possible adverse event outcomes
*****Subject to change*****

- Guillain-Barré syndrome
- Acute disseminated encephalomyelitis
- Transverse myelitis
- Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/meningoencephalitis/meningitis/encephalopathy
- Convulsions/seizures
- Stroke
- Narcolepsy and cataplexy
- Anaphylaxis
- Acute myocardial infarction
- Myocarditis/pericarditis
- Autoimmune disease
- Deaths
- Pregnancy and birth outcomes
- Other acute demyelinating diseases
- Non-anaphylactic allergic reactions
- Thrombocytopenia
- Disseminated intravascular coagulation
- Venous thromboembolism
- Arthritis and arthralgia/joint pain
- Kawasaki disease
- Multisystem Inflammatory Syndrome in Children
- Vaccine enhanced disease

Figura 19 – Diapositiva 17 relativa alla videoconferenza¹³¹ del comitato consultivo Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee dell'FDA, trasmessa in *streaming* su Youtube il 22 ottobre 2020 corrispondente alla p. 17 del documento¹³¹ di Steven Anderson.

[37] LEGISLAZIONE SOVRANAZIONALE IN MERITO AL DIRITTO ALLA SALUTE E ALL'INTEGRITÀ FISICA E PSICHICA

Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea⁶⁷

Articolo 3

Diritto all'integrità della persona

1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.
2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:
 - il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge,
 - il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone,
 - il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro,
 - il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani.

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani⁶⁶

Articolo 25

Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza.

Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

[38] AUMENTO DEL RISCHIO COL NUMERO DI DOSI DI RICHIAMO SOMMINISTRATE

Dai dati reperibili attraverso la banca dati del **VAERS**⁸⁸ alla data del 28 gennaio 2022 risulta che sono stati segnalati negli Stati Uniti 31.934 eventi avversi gravi, di cui 5190 decessi, dopo la somministrazione della prima dose e 31.682 eventi avversi gravi, di cui 4345 decessi, dopo la somministrazione della seconda dose.

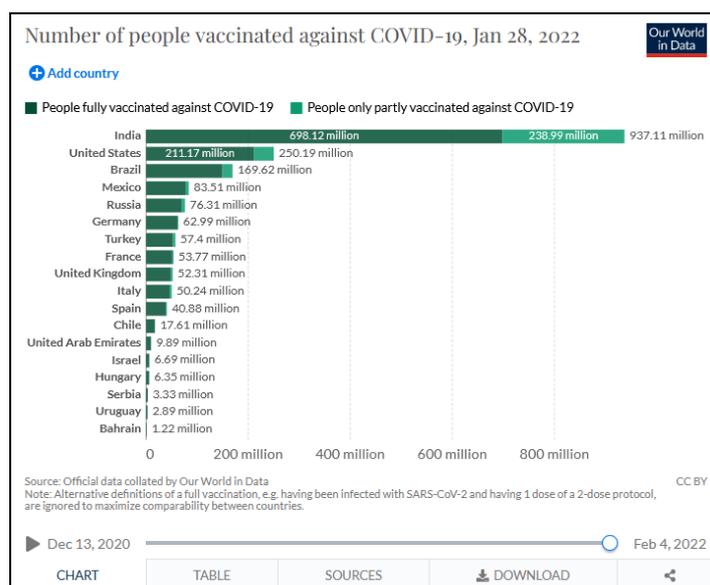


Figura 20 – Diagramma che rappresenta il numero di persone vaccinate al 28 gennaio 2022. Fonte: **Our World in Data**¹²⁹.

Sapendo da Our World in Data¹²⁹ (Figura 20) che al 28 gennaio 2022 la popolazione che aveva ricevuto almeno una dose di vaccino ammontava a 250,2 milioni e la popolazione vaccinata con ciclo completo ammontava a 211,2 milioni, risulta che il tasso di eventi avversi gravi passa da **1,2 eventi avversi gravi su 10.000 persone dopo la prima dose** a **1,5 eventi avversi gravi su 10.000 persone dopo la seconda dose**, e il tasso di decesso passa da **1,7 decessi su 100.000 persone dopo la prima dose** a **2,5 decessi su 100.000 persone dopo la seconda dose**. Ci si può ragionevolmente attendere che tali incidenze aumentino di pari passo col numero di richiami somministrati. D'altra parte non sarebbe nulla di nuovo nella vaccinologia¹³⁷.

L'11 gennaio 2022 Bloomberg, nell'articolo *Frequent Boosters Spur Warning on Immune Response*¹³², così riportava (sottolineatura aggiunta):

Secondo l'Agenzia europea per i medicinali ripetere le dosi di richiamo ogni quattro mesi potrebbe alla lunga indebolire la risposta immunitaria e logorare la gente. I Paesi dovrebbero invece attendere più tempo tra i programmi di richiamo e riferirli all'inizio della stagione fredda in ciascun emisfero, seguendo il piano stabilito dalle strategie di vaccinazione antinfluenzale, ha affermato l'agenzia.

[39] MORTALITÀ PER OGNI CAUSA: VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DEL COVID-19 E DELLA CAMPAGNA VACCINALE

Nell'articolo pubblicato il 15 ottobre 2021 su Researchgate, intitolato *Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness: Why current studies (for or against vaccination) cannot be trusted and what we can do about it*¹³³, i tre professori di matematica dell'Università di Londra, Norman Fenton, Martin Neil e Scott McLachlan, propongono, al fine di una valutazione globale del rapporto rischi/benefici del vaccino, di confrontare la mortalità per qualunque causa standardizzata in base all'età in ciascuno dei due gruppi, quello dei soggetti vaccinati e quello dei soggetti non vaccinati. Infatti, se effettivamente il vaccino è efficace, si dovrebbe apprezzare una riduzione della mortalità totale standardizzata nel gruppo vaccinato rispetto al gruppo non vaccinato. Un tale procedimento ovierebbe a paradossi che possono verificarsi nell'analisi dell'efficacia vaccinale dovuti a fattori confondenti come l'età e ovierebbe ad altri fattori confondenti, tra cui l'imprecisione nella definizione di caso COVID-19.

Una prima valutazione grossolana che permette di stabilire se la campagna vaccinale stia o meno causando più danni che benefici nel breve-medio periodo è possibile farla in base a un confronto tra la mortalità per qualunque causa relativa al 2021, anno di somministrazione su larga scala dei vaccini, e la mortalità per qualunque causa del 2020, anno che ha visto due ondate di COVID-19, con picchi di mortalità elevatissimi; eventualmente il confronto può essere esteso agli anni precedenti.

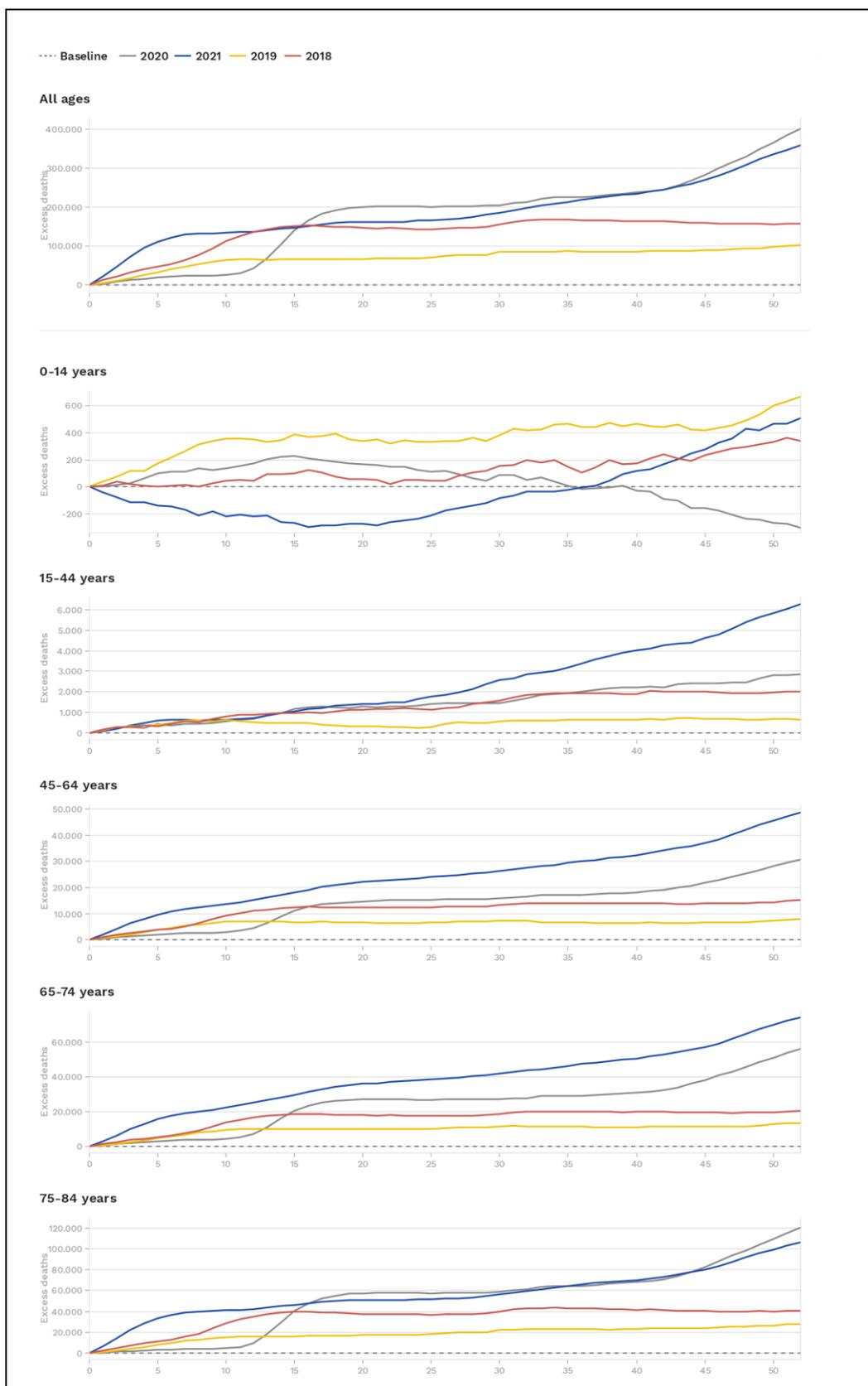


Figura 21 – Diagramma che rappresenta l'eccesso cumulativo di mortalità in diversi Paesi europei e in Israele per fasce di età tra il 2018 e il 2021. Sull'asse delle ascisse sono rappresentate le settimane dell'anno. Nel 2021 la mortalità ha superato quella del 2020 per tutte le fasce di età al di sotto dei 75 anni, e per la fascia sopra ai 75 anni si è attestata circa sugli stessi livelli. Fonte: **EuroMOMO**¹³⁴.

In Figura 21 sono riportati i grafici di eccesso di mortalità cumulativa per ogni causa standardizzati per età in Europa, forniti dal sito **EuroMOMO**¹³⁴ (*European Mortality Monitoring*). Emerge chiaramente che **per tutte le fasce di età sotto i 75 anni la mortalità nel 2021 è molto maggiore che nel 2020**. Per quanto riguarda la popolazione adolescente, il 28 maggio (21-esima settimana) c'è stata l'autorizzazione dell'EMA alla somministrazione nella fascia 12-15 anni. Si osserva da allora un crescente aumento dell'eccesso di mortalità.

A proposito dell'effetto del COVID-19 sulla mortalità nei bambini e giovani adulti, sia sufficiente osservare l'andamento di tali curve nelle fasce d'età corrispondenti per l'anno 2020: la mortalità per ogni causa risulta ben al di sotto sia rispetto al 2019 che rispetto al 2018. È pertanto evidente che, non sussistendo alcuna emergenza sanitaria che interessi tale popolazione, decadono i presupposti previsti dalla normativa [6], [8] relativa all'autorizzazione all'uso in emergenza di farmaci sperimentali (oltretutto, nella fattispecie, aventi scopo profilattico).

Come mostra la Figura 22, anche i dati di mortalità statunitensi, tratti dal sito **US Mortality**¹³⁵, indicano verso un sensibile incremento dell'eccesso di mortalità cumulativa standardizzata per età.

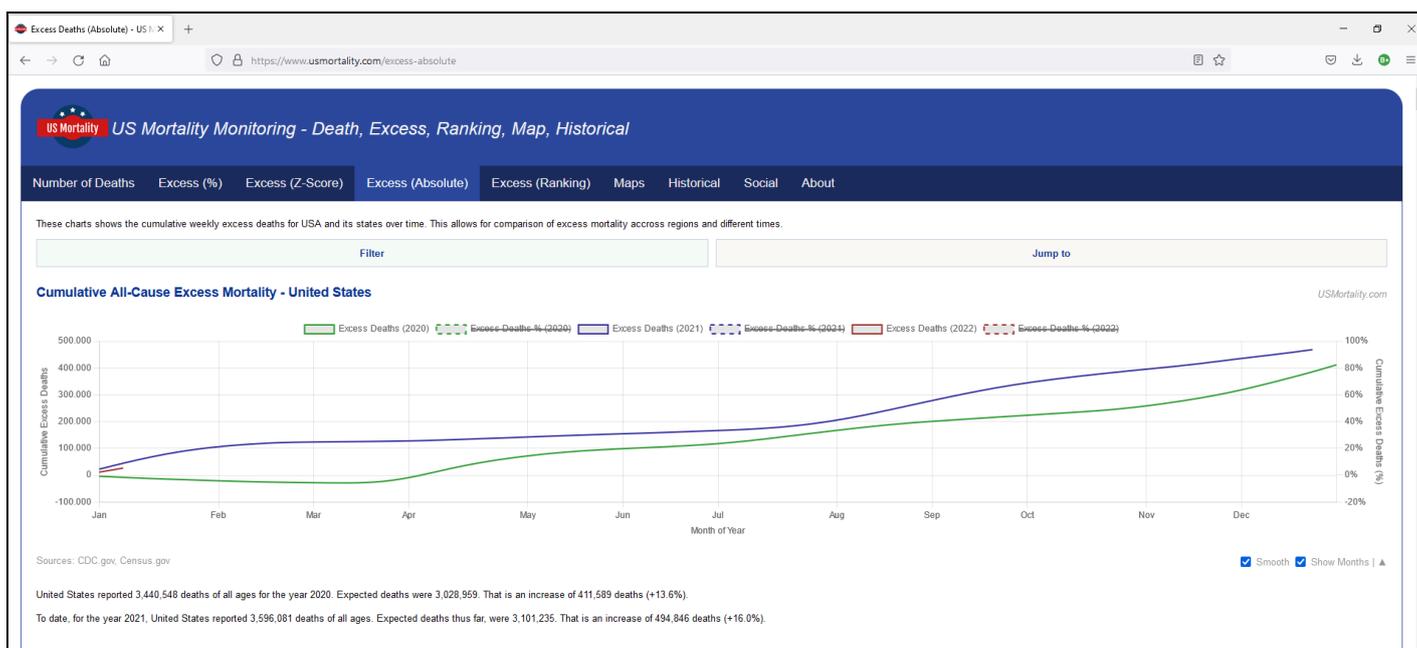
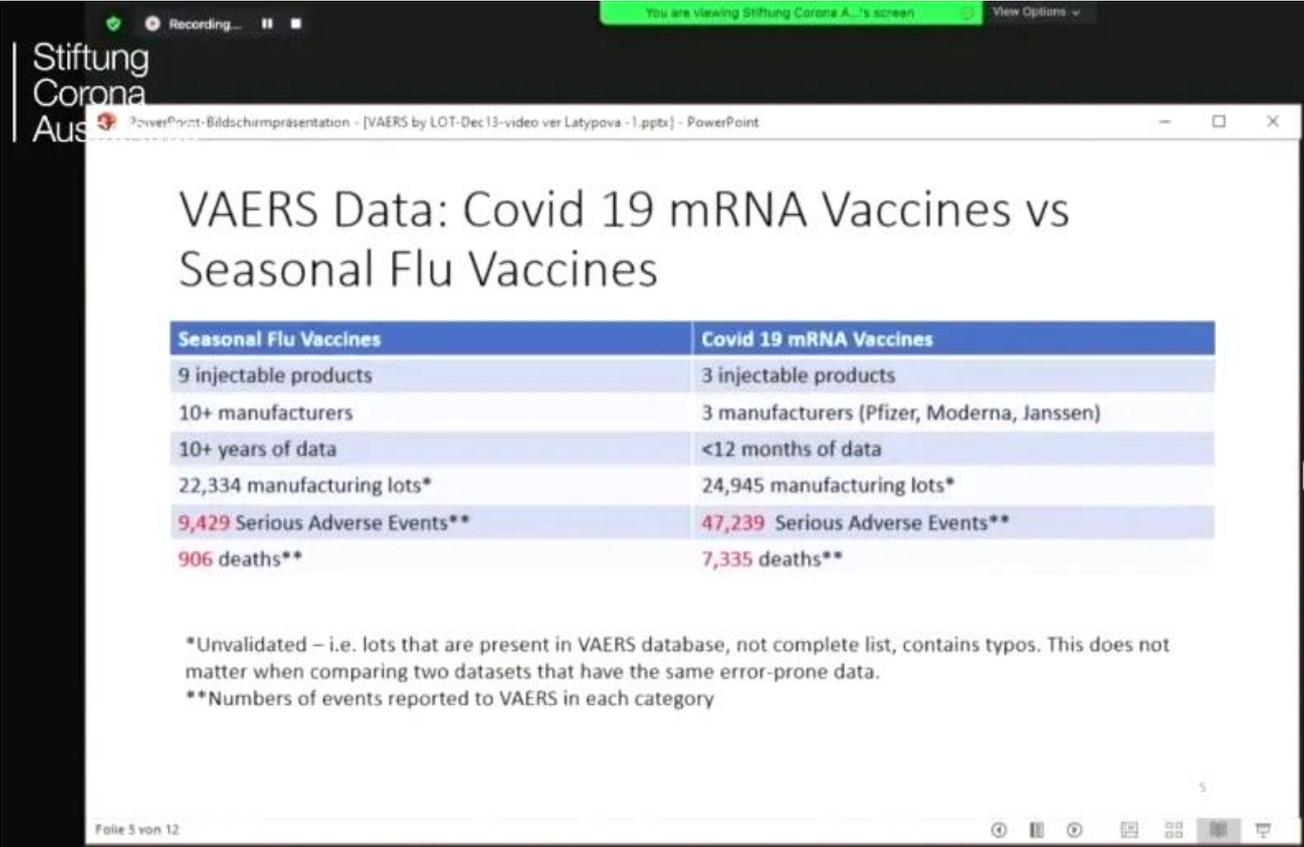


Figura 22 – Diagramma che rappresenta l'eccesso cumulativo di mortalità negli Stati Uniti e mette a confronto l'andamento relativo al 2021 (linea blu) con quello relativo al 2020 (linea verde). Fonte: **US Mortality**¹³⁵.

Questi grafici dovrebbero essere più che sufficienti a determinare la sospensione immediata delle autorizzazioni di emergenza e l'avvio di un processo penale nei confronti di tutti i soggetti coinvolti (a partire da aziende farmaceutiche, agenzie del farmaco, e governi nazionali) per crimini contro l'umanità e strage.

[40] VACCINI ANTINFLUENZALI E VACCINI COVID-19: EVENTI AVVERSI DALLA BANCA DATI VAERS

Si riporta una schermata della presentazione¹³⁶ del dr. Michael Yeadon all'86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus promossa dall'avvocato Reiner Fuellmich, che mette a confronto il numero di segnalazioni di eventi avversi gravi per i vaccini antinfluenzali e per i vaccini anti-COVID-19.



The screenshot shows a PowerPoint slide with the following table:

Seasonal Flu Vaccines	Covid 19 mRNA Vaccines
9 injectable products	3 injectable products
10+ manufacturers	3 manufacturers (Pfizer, Moderna, Janssen)
10+ years of data	<12 months of data
22,334 manufacturing lots*	24,945 manufacturing lots*
9,429 Serious Adverse Events**	47,239 Serious Adverse Events**
906 deaths**	7,335 deaths**

*Unvalidated – i.e. lots that are present in VAERS database, not complete list, contains typos. This does not matter when comparing two datasets that have the same error-prone data.
**Numbers of events reported to VAERS in each category

Figura 23 – Confronto tra numero di eventi avversi segnalati al sistema VAERS⁸⁸ per i vaccini antinfluenzali e i vaccini COVID-19. Fonte: presentazione¹³⁶ del dr. Michael Yeadon all'86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus.

Si forniscono in Figura 24 i dati relativi ai soli vaccini COVID-19 aggiornati al **28 gennaio 2022**, quando negli Stati Uniti (Our World in Data¹²⁹) erano state somministrate in totale circa **536,77 milioni di dosi**, di cui **314,95 del vaccino Pfizer** e **203,67 del vaccino Moderna** (Figura 24). In quella data la popolazione che aveva ricevuto almeno una dose di vaccino ammontava a 250,2 milioni [38].

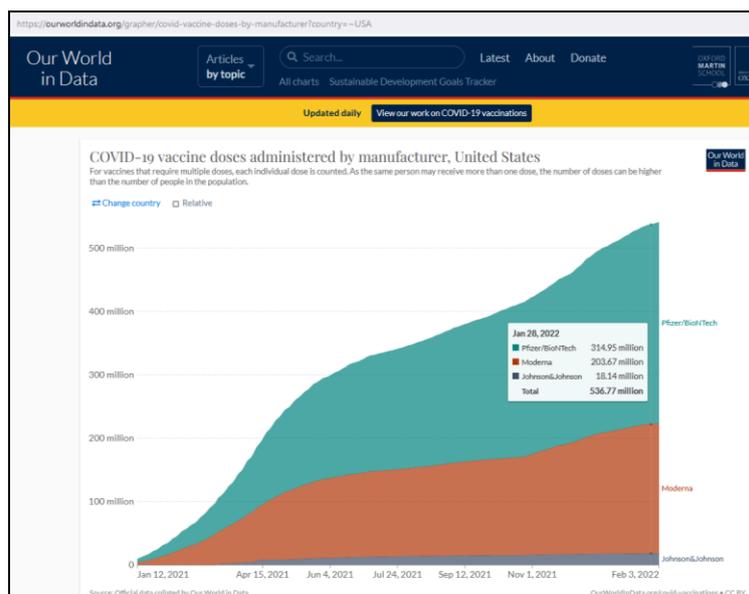


Figura 24 – Dosi somministrate per tipologia di vaccino negli Stati Uniti dall’inizio della campagna vaccinale al 28 gennaio 2022. Fonte: **Our World in Data**¹²⁹.

Al 28 gennaio il VAERS⁸⁸ riportava per gli Stati Uniti le segnalazioni presentate nella Tabella 6 seguente.

Produttore	Eventi avversi (AE)	Eventi avversi gravi (SAE)	Decessi (D)	Pericolo di vita (LT)	Invalidità permanente (PD)
Tutti	747.760	69.615	10.527	11.667	12.235
Moderna	341.847	26.672	4353	4475	4533
Pfizer-BioNTech	339.556	35.133	4799	5753	6430

Tabella 6 – Numero di segnalazioni pervenute al VAERS⁸⁸ negli Stati Uniti al 28 gennaio 2022 relative a eventi avversi (AE), eventi avversi gravi (SAE), decessi (D), eventi pericolosi per la vita (LT), eventi esitati in invalidità permanente (PD) per tutti i vaccini COVID-19, per il vaccino Moderna, e per il vaccino Pfizer-BioNTech.

Più della metà dei decessi registrati (5603 decessi) è avvenuta **entro un mese dalla somministrazione**. Un decesso riguarda un lattante di cinque mesi con diagnosi di **porpora trombotica trombocitopenica**; l’evento è avvenuto in seguito a esposizione tramite latte materno: la madre aveva ricevuto la seconda dose del **vaccino Pfizer** nelle 24 ore precedenti al decesso del lattante [44].

La metà degli eventi avversi gravi, più di un quarto dei decessi, e più di due terzi degli eventi pericolosi per la vita e di quelli aventi come esito invalidità permanenti sono relative a persone al di sotto dei 65 anni.

È possibile calcolare, in base a questi dati, il numero di eventi avversi per 100.000 dosi somministrate, come mostra la Tabella 7 seguente.

Produttore	AE/100.000 dosi	SAE/100.000 dosi	D/100.000 dosi	LT/100.000 dosi	PD/100.000 dosi
Tutti	139	13,0	2,0	2,2	2,3
Pfizer-BioNTech	108	11,2	1,5	1,8	2,0
Moderna	168	13,1	2,1	2,2	2,2

Tabella 7 – Tasso di segnalazione su 100.000 dosi somministrate ottenuto a partire dai dati di Tabella 9 per tutti i vaccini COVID-19, per il vaccino Moderna, e per il vaccino Pfizer-BioNTech.

È anche possibile calcolare il numero di eventi avversi su 100.000 persone vaccinate e stimare questo tasso anche per le due tipologie di vaccino Pfizer e Moderna (in base al rapporto tra numero di dosi somministrate con vaccino Pfizer e numero di dosi somministrate con vaccino Moderna e considerando che negli Stati Uniti sono prevalentemente somministrati questi due vaccini). I risultati sono riportati nella Tabella 8 seguente.

Produttore	AE/100.000 pers.	SAE/100.000 pers.	D/100.000 pers.	LT/100.000 pers.	PD/100.000 pers.
Tutti	299	27,8	4,2	4,7	4,9
Pfizer-BioNTech	231	23,9	3,3	3,9	4,4
Moderna	360	28,1	4,6	4,7	4,8

Tabella 8 – Stima del tasso di segnalazione su 100.000 persone ottenuta a partire dai dati di Tabella 6 per tutti i vaccini COVID-19, per il vaccino Moderna, e per il vaccino Pfizer-BioNTech.

Quindi, in base ai dati del VAERS⁸⁸, in media sono stati segnalati **più di 1 evento avverso grave su 10.000 dosi somministrate**, con **circa 2 decessi su 100.000 dosi somministrate**, il che corrisponde a **quasi 3 eventi avversi gravi ogni 10.000 persone vaccinate**, con **più di 4 decessi per 100.000 persone vaccinate**, dati allarmanti, a maggior ragione se si pensa che è altamente probabile che si tratti di una forte sottostima dei dati reali, dal momento che il VAERS⁸⁸ è un sistema di farmacovigilanza passivo e pertanto affetto da un elevato tasso di sottosegnalazione non precisamente quantificabile: secondo alcune stime, soltanto tra l'1 e il 2% degli eventi avversi sono segnalati ai sistemi di farmacovigilanza passiva, come emerge dall'articolo di G.S. Goldman e N.Z. Miller pubblicato il 24 aprile 2012 su Sage Journals intitolato *Relative trends in hospitalizations and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990-2010*¹³⁷:

Poiché il VAERS è un sistema passivo, è intrinsecamente soggetto a sottostima. Ad esempio, uno studio riservato condotto da Connaught Laboratories, un'azienda produttrice di vaccini, ha indicato che è probabile "una sottostima degli eventi avversi pari a cinquanta volte" [Institute of Medicine. Vaccine safety committee proceedings. Washington, DC: National Academy of Sciences, 11 May 1992, pp.40-41]. Secondo David Kessler, ex commissario della FDA, "viene segnalato soltanto l'un per cento circa degli eventi gravi [reazioni avverse ai farmaci]" [Kessler DA, the Working Group, Natanblut S, Kennedy D, Lazar E, Rheinstein P, et al. Introducing MED-Watch: a new approach to reporting medication and device adverse effects and product problems. JAMA1993; 269(21): 2765].

[41] VACCINI ANTINFLUENZALI E VACCINI COVID-19: DISUNIFORMITÀ DEI LOTTI

Le due schermate¹³⁶ riportate in Figura 25 e Figura 26 mettono a confronto il numero di segnalazioni di eventi avversi gravi in funzione del codice di lotto per il vaccino antinfluenzale (Figura 25) e per il vaccino contro il COVID-19 (Figura 26) negli Stati Uniti: i codici sono ordinati in ordine alfabetico e quindi, per ciascun produttore, tendenzialmente in ordine di data di fabbricazione.

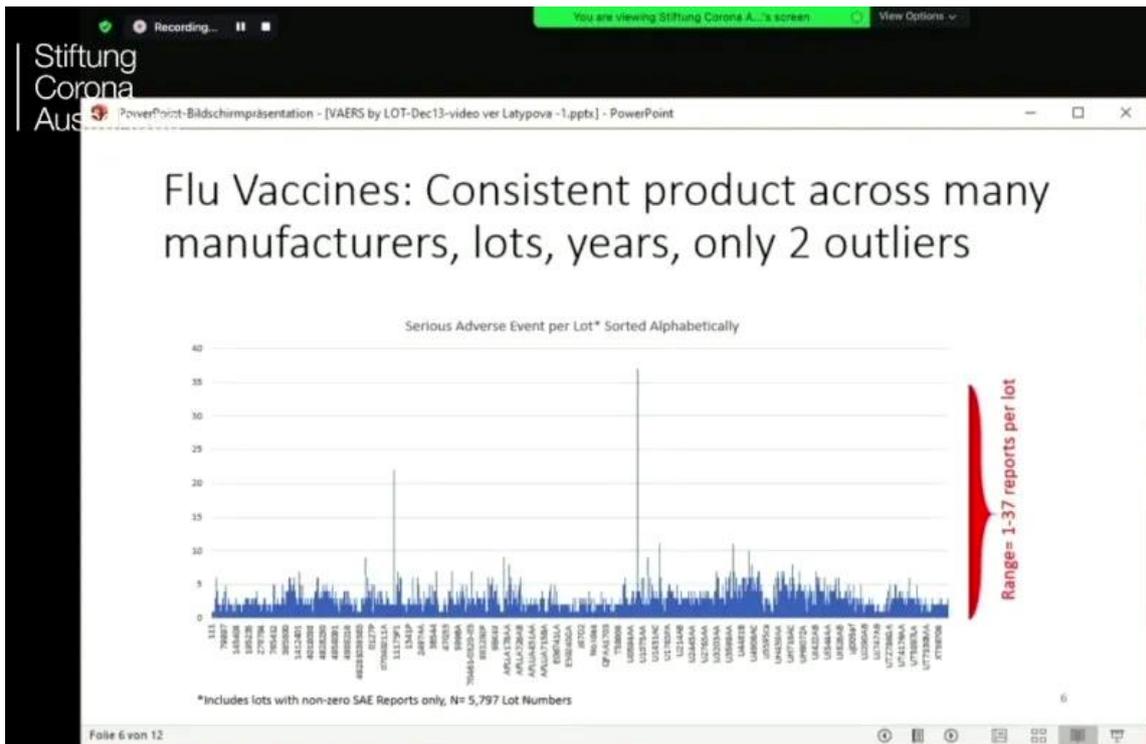


Figura 25 – Rappresentazione degli eventi avversi segnalati per il vaccino antinfluenzale in funzione dei codici di lotto disposti in ordine crescente. Fonte: presentazione¹³⁶ del dr. Michael Yeadon all'86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus.

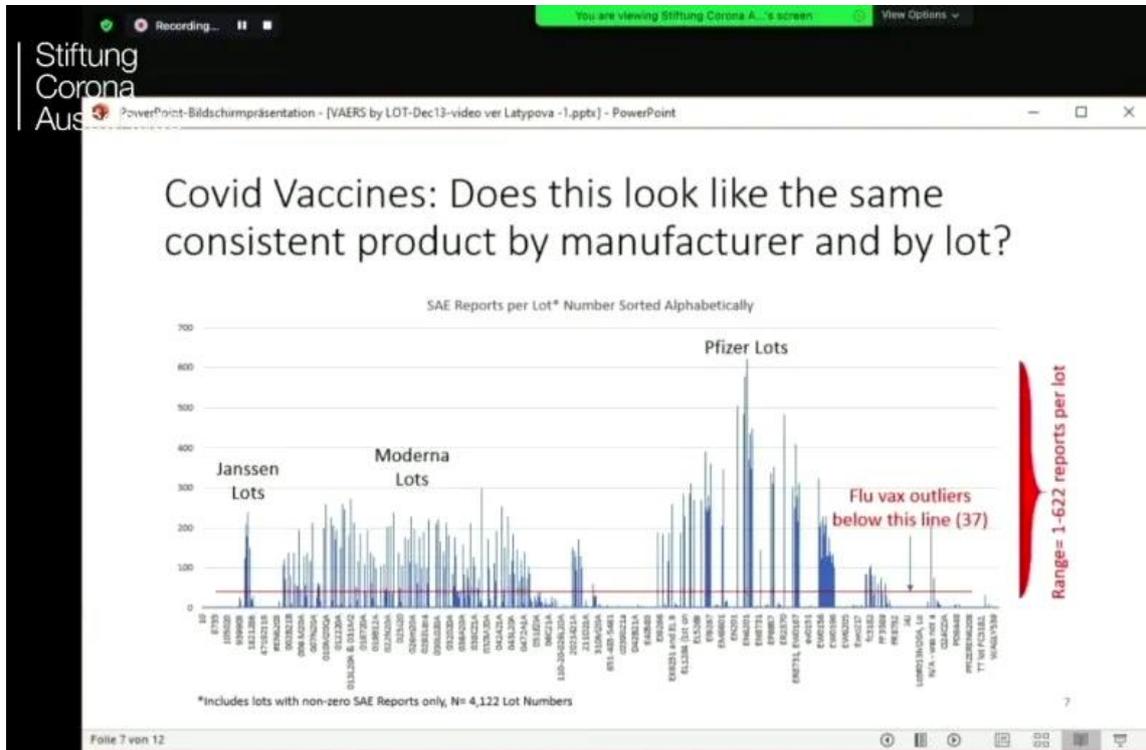


Figura 26 – Rappresentazione degli eventi avversi segnalati per i vaccini contro il COVID-19 in funzione dei codici di lotto disposti in ordine crescente. Fonte: presentazione¹³⁶ del dr. Michael Yeadon all'86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus.

Nel caso del **vaccino antinfluenzale** (Figura 25), se si escludono due *outlier*, corrispondenti a 37 e 23 segnalazioni rispettivamente, i lotti (anche di diversi produttori) risultano relativamente uniformi con un numero medio di segnalazioni di eventi avversi gravi per lotto che si aggira intorno a 2.

Nel caso del **vaccino contro il COVID-19** (Figura 26), ci sono gruppi di lotti a cui corrispondono numeri elevatissimi di segnalazioni di eventi avversi gravi, fino a 622 a lotto, e il numero medio di segnalazioni è intorno a 12 per lotto. La linea rossa rappresenta il massimo livello degli *outlier* (37) del vaccino antinfluenzale.

Il vaccino Moderna sembra presentare a prima vista un numero di segnalazioni, seppur molto elevato, abbastanza uniforme da lotto a lotto, andamento molto diverso rispetto a quello del vaccino Pfizer, che evidenzia sequenze numeriche quasi ininterrotte di lotti aventi un elevatissimo numero di segnalazioni (picchi) alternati a sequenze di lotti a cui è associato un numero di segnalazioni molto più contenuto (valli). Tra le sequenze con maggior numero di segnalazioni spiccano la sequenza ininterrotta degli undici numeri da EN6198 a EN6208 e la sequenza ininterrotta degli undici numeri da ER8727 a ER8737.

In realtà anche il vaccino Moderna, a un'analisi più accurata, mostra anomalie: sembra infatti emergere che i lotti a cui è associato il maggior numero di segnalazioni siano quelli che terminano con “20A”, mentre ai lotti che terminano con “21A” sia associato tendenzialmente un minor numero di segnalazioni, e sembra anche che, all'interno di ciascuno di questi due gruppi, il numero di segnalazioni decresca rispetto all'ordine alfabetico della lettera centrale che precede “20A” o “21A” nel codice:

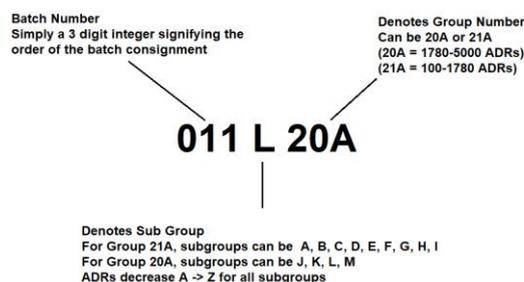


Figura 27 – Il numero di eventi avversi segnalati sembra dipendere dal codice del lotto. Fonte: *Moderna Vaccine Batches and Toxicity – a full analysis*¹³⁸.

Al nono posto come numero di eventi avversi gravi segnalati compare il lotto **041L20A**. Il 18 gennaio 2021 il lotto era stato provvisoriamente richiamato dall'Agenzia della Salute della Contea di Orange in seguito alla segnalazione di diversi casi di reazioni avverse, ma era stato riabilitato nel giro di soli tre giorni, il 21 gennaio, quando, in seguito a colloquio tra FDA, CDC, e il produttore, il Dipartimento di Salute Pubblica della California (CDPH) ha deliberato^{139, 140} che non sussisteva “*base scientifica per continuare la pausa*” e i “*CDC hanno ribadito che i vaccini anti COVID-19 sono sicuri ed efficaci. La maggioranza delle persone non ha effetti avversi dopo il vaccino, ma qualcuno ha dolore o gonfiore intorno al sito di iniezione o febbre, brividi, cefalea. Questi normalmente non durano tanto e sono segno che il corpo sta sviluppando la protezione*”.

C'è stata molta opera di *debunking* riguardo ai rilievi che presenta il dr. Michael Yeadon. Principalmente vengono sollevate le seguenti obiezioni: i) gli eventi avversi presenti nel sistema di segnalazione VAERS⁸⁸ non necessariamente sono correlabili alla somministrazione; ii) la segnalazione di eventi avversi è variata

nel tempo, andando tendenzialmente a calare (la motivazione addotta sarebbe che all'inizio della campagna vaccinale c'era maggiore diffidenza); e iii) non è noto il numero di dosi somministrate alla popolazione per ciascun lotto.

Relativamente alla prima obiezione, nell'analisi sono stati considerati unicamente eventi gravi (“*pericolo di vita*”, “*invalidità*”, “*decesso*”, “*necessità di ospedalizzazione*”), e in generale per la maggior parte degli eventi registrati dal VAERS⁸⁸ l'insorgenza della sintomatologia si è avuta a strettissimo giro dalla somministrazione. Con ogni probabilità non solo non si tratta di una sovrastima degli eventi gravi correlabili, ma al contrario, vista la notevole sottosegnalazione dei sistemi di farmacovigilanza passiva, quale è il VAERS⁸⁸, si tratta di una sensibile sottostima, che non è neppure quantificabile precisamente [40]. Il fatto che un buon numero di segnalazioni in definitiva, dopo l'applicazione dell'algoritmo dell'OMS, non vengano classificate come “*correlabili*” con la somministrazione non è in sé nel modo più assoluto garanzia che esse non siano effettivamente correlate [31].

Per quanto riguarda, invece, la seconda obiezione, difficilmente gli andamenti riportati possono essere spiegati col fatto che all'inizio della campagna vaccinale c'era una maggiore segnalazione degli eventi avversi: infatti, se così fosse, dal momento che tendenzialmente i lotti vengono numerati in ordine di produzione e l'asse delle ascisse riporta i numeri di lotto in ordine numerico e alfabetico crescente, entrambi i vaccini, Moderna e Pfizer, dovrebbero mostrare un numero di segnalazioni tendenzialmente decrescente da sinistra a destra e senza alternanze di picchi e valli; inoltre l'andamento dovrebbe essere molto simile per le due aziende produttrici. Ma per avere un'idea di quanto le segnalazioni per i lotti che si potrebbero definire “sospetti” siano relative a problematiche importanti insorte dopo la somministrazione, basta considerare il fatto che nei dati del VAERS⁸⁸ relativi ai vaccini contro il COVID-19 (stando ai dati ricavati il 28 gennaio 2022), i **decessi segnalati** rappresentano mediamente intorno all'**1,4% della totalità delle segnalazioni di eventi avversi** e intorno al **15% degli eventi avversi gravi** segnalati, il che dà già un'idea del fatto che in generale pervengono al VAERS principalmente segnalazioni di eventi avversi rilevanti. A maggior ragione questo vale per le fasce di età anziane: per gli ultrasessantacinquenni le percentuali salgono, infatti, al 3,4% e al 23%, rispettivamente. Si dà il caso che nei lotti “sospetti” le percentuali medie vengano superate, anche abbondantemente, come si vede dal grafico di Figura 28, dove si è riportato il rapporto tra decessi ed eventi avversi gravi per due lotti Pfizer (EN6201, uno di quelli a cui è associato il maggior numero di decessi, e EL0140, di cui si parlerà più avanti) e due lotti Moderna (041L20A, ossia il lotto di cui si è parlato sopra, al nono posto come numero di segnalazioni di eventi avversi gravi, e 039K20A). A titolo di esempio, si noti infatti che nella fascia di età al di sopra dei 65 anni per il lotto Pfizer EL0140 e per il lotto Moderna 039K20A **addirittura il 45%-46% degli eventi avversi gravi segnalati è rappresentato da decessi**.

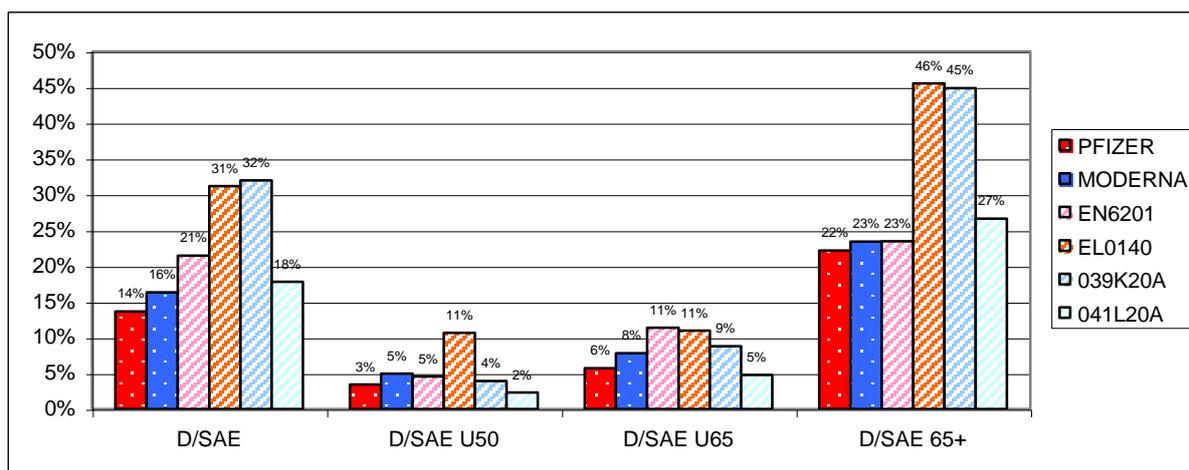


Figura 28 – Istogramma che mostra il rapporto tra il numero di decessi e il numero di eventi avversi gravi segnalati al VAERS al 28 gennaio 2022 per la totalità dei vaccini Pfizer, la totalità dei vaccini Moderna, i lotti Pfizer EN6201 e EL0140, e i lotti Moderna 039K20A e 041L20A. Da sinistra a destra, il rapporto è calcolato, rispettivamente, per tutte le fasce di età, per la fascia al di sotto dei 50 anni, per la fascia al di sotto dei 65 anni e per la fascia al di sopra dei 65 anni.

Per quanto riguarda, in ultimo, l'obiezione che i picchi e le valli potrebbero essere spiegati da un diverso numero di dosi somministrate per ciascun lotto, senz'altro questo fattore potrebbe giocare un ruolo anche importante, ma, pur ammettendo una tale eventualità, è possibile comunque stimare il tasso di decessi e di eventi avversi gravi sul numero di dosi somministrate. Sebbene, infatti, il numero esatto di dosi somministrate per ciascun lotto non sia fornito dai produttori, una stima molto conservativa (per difetto) del rapporto tra eventi segnalati e numero di dosi somministrate può essere ottenuta come rapporto tra eventi segnalati e numero di dosi prodotte. Si riesce infatti a reperire qualche dato, seppur scarso, sulla consistenza dei lotti prodotti: per i vaccini a mRNA (Pfizer e Moderna) ogni lotto prodotto si aggira intorno a 1 milione di dosi, raggiungendo un massimo di 3 milioni di dosi¹⁴¹. Però abbiamo a disposizione qualche informazione aggiuntiva: per quanto riguarda i vaccini Moderna, dall'articolo¹⁴⁰ a cui si è fatto riferimento sopra si apprende che Moderna ha dichiarato che del lotto 041L20A sono state prodotte 1.272.200 dosi. Per quanto riguarda invece i vaccini Pfizer, in Tabella 13 di un documento interno della Pfizer¹⁴², rilasciato in seguito alla richiesta di accesso FOIA a cui si è accennato in [35], è fornita la consistenza, in termini di fiale, di 22 lotti prodotti tra settembre e novembre 2020: si va da 39.195 fiale a lotto (ogni fiala contiene 5 dosi, quindi in tutto 195.975 dosi) a 294.239 fiale a lotto (in tutto 1.471.195 dosi). Dai dati del VAERS⁸⁸ emerge che, tra i lotti elencati in tale Tabella 13, quello a cui è associato il maggior numero di decessi è l'EJ6795, con **146 decessi** (al 28 gennaio 2022) su 282.645 fiale prodotte (di cui lo 0,89% scartate dopo ispezione visiva), il che significa, per questo lotto, sicuramente non meno **di 1 decesso su 10.000 dosi somministrate**. Poiché però questo lotto è stato somministrato al di fuori degli Stati Uniti, e non è detto che il tasso di segnalazione fuori dagli Stati Uniti sia confrontabile con quello medio negli Stati Uniti, per esaminare dei dati che siano il più possibile coerenti tra loro, della tabella in questione si è analizzato il lotto commercializzato negli Stati Uniti al quale è associato il maggior tasso di decessi, l'EL0140: di questo lotto sono state prodotte 155.610 fiale, di cui lo 0,52% è stato scartato dopo ispezione visiva; quindi sono state messe in circolazione 154.801 fiale, corrispondenti a 774.005 dosi.

La Tabella 9 seguente riporta il numero di eventi avversi, eventi avversi gravi, decessi, eventi pericolosi per la vita, eventi esitati in invalidità permanente al 28 gennaio 2022 per quattro lotti, i due appena citati 041L20A di Moderna ed EL0140 di Pfizer, e altri due che hanno mostrato un elevatissimo numero di eventi avversi gravi, 039K20A di Moderna e EN6201 di Pfizer. Questi ultimi evidenziano anche altre anomalie [45].

Lotto	Eventi avversi (AE)	Eventi avversi gravi (SAE)	Decessi (D)	Pericolo di vita (LT)	Invalidità permanente (PD)
041L20A	2930	210	37	40	36
039K20A	5355	322	102	44	48
EN6201	3268	755	160	66	82
EL0140	1881	199	62	26	25

Tabella 9 – Numero di segnalazioni pervenute al VAERS⁸⁸ negli Stati Uniti al 28 gennaio 2022 relative a eventi avversi, eventi avversi gravi, decessi, eventi pericolosi per la vita, eventi esitati in invalidità permanente per due lotti del vaccino Moderna (041L20A e 039K20A) e due lotti del vaccino Pfizer-BioNTech (EN6201 e EL0140).

La Tabella 10 riporta stime dell'incidenza di eventi avversi gravi per 100.000 dosi prodotte di ciascun lotto e le mette a confronto con i tassi medi valutati su tutte le dosi somministrate del vaccino Pfizer e del vaccino Moderna negli Stati Uniti.

Produttore o lotto	SAE/100.000 dosi	D/100.000 dosi	LT/100.000 dosi	PD/100.000 dosi
Moderna	13,1	2,1	2,2	2,2
041L20A	16,3	2,9	3,1	2,8
039K20A	10,6	3,4	1,5	1,6
Pfizer-BioNTech	11,2	1,5	1,8	2,0
EN6201	24,6	5,3	2,2	2,7
EL0140	25,7	8,0	3,4	3,2

Tabella 10 – Tasso medio di segnalazione su 100.000 dosi somministrate per i vaccini Moderna e Pfizer (celle grigie) a confronto con le stime ottenute per due lotti del vaccino Moderna e due del vaccino Pfizer-BioNTech, ipotizzando per i lotti 039K20A di Moderna e EN6201 di Pfizer, in maniera estremamente conservativa, una consistenza pari a 3 milioni di dosi, e considerando per il lotto 041L20A di Moderna la consistenza dichiarata di 1.272.200 dosi e per il lotto EL0140 di Pfizer la consistenza di 774.005 dosi che si evince dalla Tabella 13 del documento Pfizer desecretato¹⁴².

In particolare, per stimare i tassi relativi al lotto Moderna 041L20A si è considerato il valore dichiarato dall'azienda di 1.272.200 dosi prodotte, per il lotto Pfizer EL0140 il valore di 774.005 dosi che si evince dalla Tabella 13 del documento¹⁴² citato sopra, mentre per il lotto Pfizer EN6201 e per il lotto Moderna 039K20A, in mancanza di dati più precisi, si è considerato, in maniera estremamente conservativa, il valore massimo di 3 milioni di dosi a lotto.

Con la stima per eccesso della consistenza dei lotti fornita sopra, ai lotti “sospetti” possono essere associati fino a oltre **2,5 segnalazioni di eventi avversi gravi per 10.000 dosi prodotte**, e fino a oltre **8 segnalazioni di decessi per 100.000 dosi prodotte**; quindi, dal momento che non tutte le dosi prodotte vengono somministrate, i corrispondenti tassi per numero di dosi somministrate sono sicuramente superiori. Si sottolinea, infatti, che, in base a questi calcoli si ha una notevole sovrastima delle dosi somministrate per ciascun lotto considerato: basti pensare, infatti, che al 28 gennaio 2022, dal momento che il numero di lotti a cui era associata almeno una segnalazione si aggirava intorno a 25.000 ed erano state somministrate circa 537 milioni di dosi [40], il numero medio di dosi somministrate per ciascun lotto era pari a circa 21.500. In ogni caso, pur con questa notevole sovrastima, i tassi che si ottengono per i lotti “sospetti” sono abbondantemente superiori rispetto ai **tassi medi**, ricavati in [40]

(Tabella 7) e qui riportati (righe con riempimento grigio), che sono di circa **1 segnalazione di evento avverso grave per 10.000 dosi somministrate**, e circa **2 segnalazioni di decesso per 100.000 dosi somministrate**.

In conclusione, anche ammettendo che ai lotti a cui è associato un maggior numero di segnalazioni possa in alcuni casi corrispondere un numero particolarmente elevato di dosi, cosa che andrebbe puntualmente verificata, le stime per difetto fornite sopra dimostrano inconfutabilmente che **i tassi di segnalazione relativi a tali lotti superano comunque quelli medi, e, per alcuni lotti di cui invece si conosce la consistenza in termini di dosi prodotte, si arrivano ad avere tassi di segnalazione che senz'altro superano quelli medi di oltre cinque volte.**

Quindi, dal momento che tassi di questa portata valgono soltanto per alcuni lotti, **è necessaria una spiegazione non solo dell'esistenza di lotti con profilo di tossicità così elevato, ma anche di una tale disuniformità tra i singoli lotti in termini di eventi avversi.**

[42] VACCINI COVID-19: BUONE PRATICHE DI FABBRICAZIONE

La Figura 29 mostra una schermata relativa alla presentazione¹³⁶ del dr. Michael Yeadon. In base al Regolamento GMP (*Good Manufacturing Practices* – Buone Pratiche di Fabbricazione) dell'FDA¹⁴³, i vaccini devono soddisfare requisiti di elevata qualità, uniformità, e purezza che prevedono che ciascun nuovo lotto sia “quasi identico” a tutti i lotti precedenti e che i vaccini di diversi produttori per una stessa indicazione corrispondano ad uno stesso prodotto o siano intercambiabili. Le attuali norme di GMP sono state sviluppate dopo che svariati prodotti adulterati o mal testati avevano avvelenato e ucciso centinaia di persone (tra inizio '900 e gli anni '60 del '900).

La mancanza di rispondenza ai requisiti di cui sopra comporta automaticamente la classificazione del vaccino come adulterato e impone un'azione regolatoria.

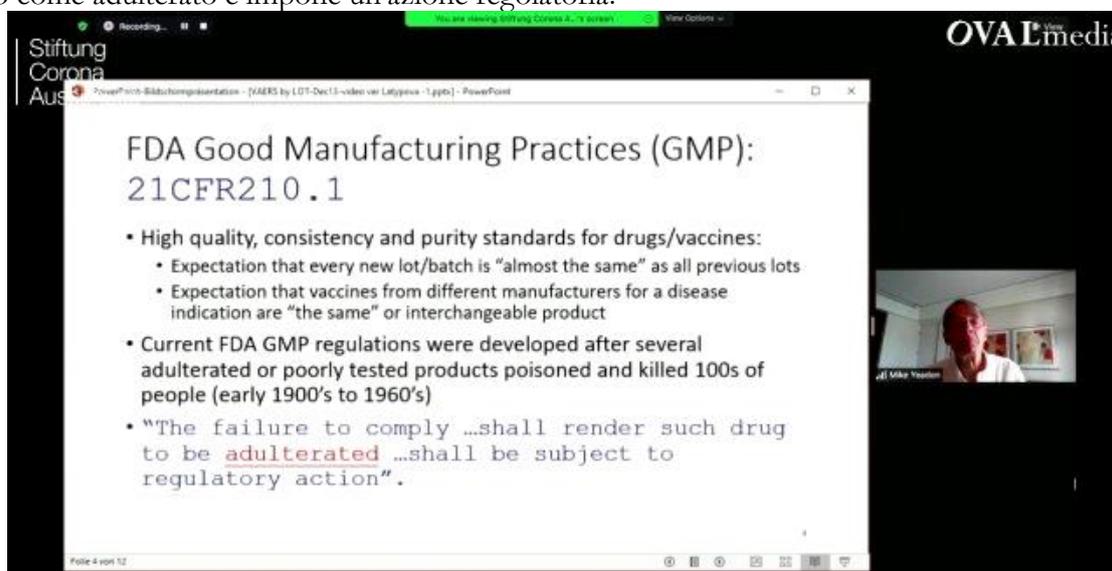


Figura 29 – Diapositiva presentata¹³⁶ dal dr. Michael Yeadon all’86^a sessione della Commissione investigativa internazionale sul coronavirus riguardante la legislazione relativa alle Buone Pratiche di Fabbricazione (GMP – *Good Manufacturing Practices*).

Così si esprime il dr. Yeadon a proposito dell’evidente mancanza di uniformità dei lotti:

“Non è solo la tossicità, è la variabilità. [...] Queste aziende farmaceutiche sono organizzazioni altamente professionali, sanno come produrre in modo riproducibile: lo abbiamo visto con i vaccini antinfluenzali nell’arco di

decenni. Purtroppo sono giunto alla conclusione che lo stanno facendo apposta, perché sono troppo professionali, e a distanza di un anno conoscono benissimo questi dati... quindi il fatto che non abbiano fermato tutto mi suggerisce che come minimo a loro va bene così. E temo sia intenzionale.”

“Non è la stessa roba in ogni fiala... Non può essere accidentale... Non è possibile che si tratti solo piccole variazioni nel prodotto... Sono sicurissimo che il solo profitto non sia la motivazione... Questa è la calibrazione di un'arma letale”.

[43] VACCINI COVID-19: EFFETTI AVVERSI SU GIOVANI E BAMBINI

In Europa (si veda la Figura 14 [39]) si è osservato un incremento notevole di mortalità nella fascia tra 0 e 14 anni che ha avuto inizio in concomitanza con l'inizio dell'estensione della campagna vaccinale alla fascia 12-15 anni; contemporaneamente il numero di donne in allattamento che si sottoponevano al vaccino era in aumento [44].

Nel seguito si riassumono alcune parti di un articolo intitolato ***Why are we vaccinating children against COVID-19?***¹⁴⁴, a firma di R.N. Kostoff, *et al.*, pubblicato da Elsevier a dicembre 2021, quindi a stretto giro dall'estensione dell'autorizzazione condizionata del vaccino Pfizer per i bambini di 5-11 anni. L'articolo solleva dubbi riguardo all'opportunità di estendere la vaccinazione contro il COVID-19 alle fasce di età pediatriche: il rischio di morte per COVID-19 diminuisce drasticamente al diminuire dell'età; pertanto gli effetti avversi a più lungo termine dei vaccini sui gruppi della popolazione di età inferiore potranno incrementare, anche considerevolmente, il rapporto rischio/beneficio.

Già per quanto riguarda la fascia di età più vulnerabile al COVID-19 e che quindi otterrebbe il massimo beneficio dalla vaccinazione, quella degli ultrasessantacinquenni, una pseudoanalisi del rapporto rischi/benefici nello scenario più favorevole (riportata nell'appendice D dell'articolo), ossia del rapporto tra rischio di morire a causa del vaccino, stimato a partire dalle segnalazioni alla vaccinovigilanza, e rischio evitato di morire per COVID-19 nell'ipotesi in cui il vaccino riesca ad azzerare le morti per COVID-19, mostra in modo conservativo che il rischio di decesso attribuibile alla vaccinazione supera di 5 volte quello attribuibile al COVID-19. Se il rapporto è già sfavorevole per la fascia più vulnerabile, a maggior ragione lo è per le fasce più giovani, aumentando al diminuire dell'età.

Per quanto riguarda le fasce più giovani e i bambini, c'è stata una forte accelerazione degli studi clinici per estendere la somministrazione del vaccino anche alla fascia 5-11 anni, ma tali studi hanno scarsa predittività per via della bassa consistenza numerica del campione, non hanno analizzato cambiamenti in biomarcatori che potrebbero fungere da indicatori di allerta precoce di elevata predisposizione a malattie gravi, e soprattutto non hanno affrontato gli effetti a lungo termine che, se gravi, potrebbero pregiudicare in modo anche irrimediabile la qualità della vita di un individuo molto giovane, che quindi in linea teorica avrebbe davanti a sé diversi decenni di vita.

Nella sezione 3.1.3.2. dell'articolo vengono elencati alcuni effetti avversi che sono stati rilevati da un'analisi della banca dati VAERS. Essi possono essere causati dalla combinazione tossica della proteina spike e dell'involucro di nanoparticelle lipidiche (LNP).

A breve termine si elencano disturbi cardiovascolari, gastrointestinali, neurologici, del sistema immunitario, endocrini, respiratori, dell'apparato riproduttore. Sono colpiti tutti i principali apparati e anche molti dei principali organi. I problemi cardiovascolari dominano, a causa del danno dovuto alla combinazione proteina spike/LNP, e non si sa quanto tali problemi siano reversibili. Anche il rischio di

vasculite di Kawasaki non è da ignorare. A lungo termine, la vasculite dovuta alla sindrome di Kawasaki (KD) indotta dal SARS-CoV-2 può portare a gravi patologie. La vasculite ha una predilezione per le arterie coronarie, e può comportare un elevato numero di complicanze nel corso della vita, inclusi aneurismi coronarici. Diventa obbligatorio un *follow-up* rigoroso per rilevare stenosi progressiva, trombosi e occlusione luminale che possono portare a ischemia miocardica e infarto. I bambini con KD possono andare incontro a un incremento del rischio non solo di cardiopatia ischemica, ma anche di disturbi autoimmuni, cancro, e si può avere un aumento della mortalità per ogni causa.

Nell'appendice B si presentano alcune delle criticità dei vari studi clinici sui vaccini COVID-19 sia in corso che conclusi. In particolare nella sezione A2-b si discutono le ragioni per cui la sperimentazione nella popolazione pediatrica è insufficiente.

Si parla anche dello studio di fase III della Pfizer (quello in cui era stata anche reclutata Maddie de Garay [34]), che ha coinvolto gruppo di 2.260 adolescenti, di età compresa tra 12 e 15 anni, senza precedenti sintomi clinici di infezione da SARS-CoV-2.

Gli autori osservano che, in vista dell'inoculazione di massa, il valore predittivo di questo studio per quanto riguarda la sicurezza è discutibile, dal momento che lo studio ha preso in considerazione soltanto 1005 partecipanti che hanno ricevuto il vaccino. Utilizzando la regola statistica del tre, per ottenere un risultato predittivo con elevata confidenza di 1 su X persone (ad esempio, 1 evento su mille persone), sono necessari 3X partecipanti nel campione dello studio. Per il campione dello studio della Pfizer, con 1005 inoculati è stato possibile rilevare con elevato livello di confidenza un evento avverso che si verifica su 340 persone.

Cosa significa questo nel mondo reale? Gli Stati Uniti contano circa 16 milioni di adolescenti nella fascia di età 12-15 anni. Un evento avverso grave, incluso il decesso, che si verificasse con una frequenza di 1 su 800 inoculazioni non sarebbe rilevabile con elevato livello di confidenza in un campione di 1005 persone. Pertanto, i risultati di uno studio che coinvolge 1005 adolescenti non escludono la possibilità che addirittura 20.000 ragazzi subiscano un evento avverso grave non rilevato dallo studio, incluso il decesso, nell'ipotesi di una vaccinazione di massa della popolazione nella fascia di età considerata.

Inoltre, dopo un periodo di *follow-up* di 6 mesi dei soggetti reclutati, è prevista per i ragazzi nel gruppo placebo la possibilità di ricevere il vaccino. Si osservi che questo fa automaticamente sparire il gruppo di controllo per la valutazione di effetti avversi a medio/lungo termine.

Il 20 dicembre 2021 l'Ufficio nazionale di statistica inglese (ONS - *Office for National Statistics*) ha pubblicato un rapporto riguardante i decessi riferiti allo stato vaccinale nel periodo tra l'1 gennaio e il 31 ottobre 2021. Nel rapporto è stata inclusa solo la popolazione al di sopra dei 18 anni di età, ma dai dati ufficiali standardizzati per età è stato comunque possibile¹⁴⁵ mettere a confronto, anche per le fasce al di sotto dei 18 anni, la mortalità su base annuale relativa alla popolazione non vaccinata, quella relativa alla popolazione a cui è stata somministrata una dose, e quella relativa alla popolazione a cui sono state somministrate due dosi. Il grafico che si ottiene, riportato in Figura 30, mostra una mortalità preoccupante nella popolazione vaccinata, specialmente per quanto riguarda l'età pediatrica.

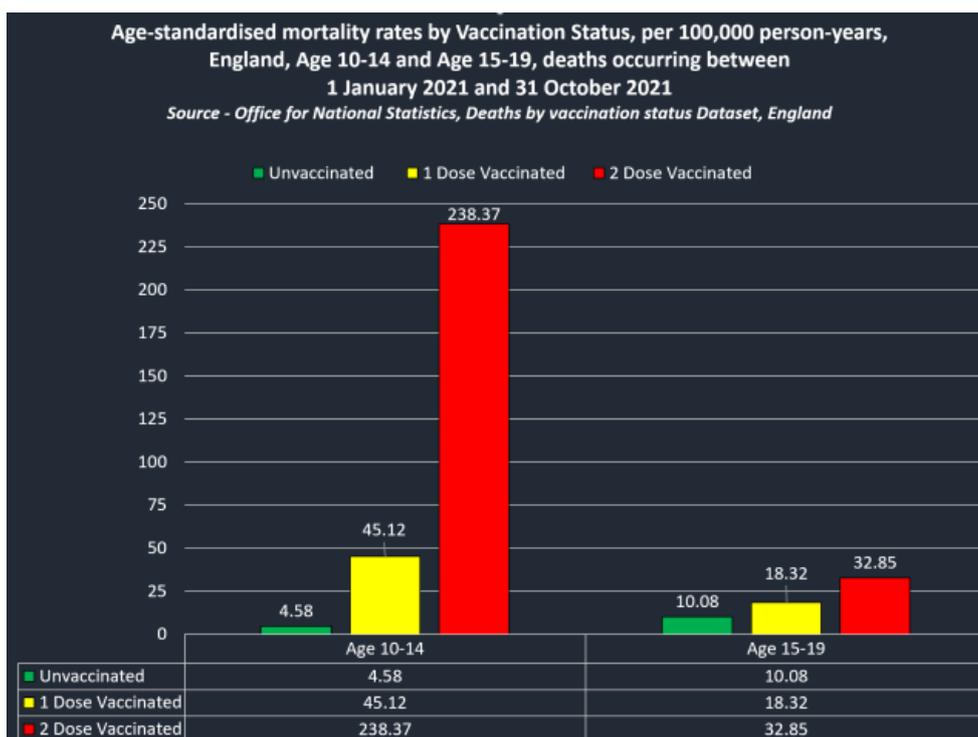


Figura 30 – Istogramma che mette a confronto la mortalità standardizzata per età su 100.000 persone-anno dal 1 gennaio 2021 al 31 ottobre 2021 per le fasce di età 10-14 e 15-19 nel Regno Unito distinguendo tra la popolazione non vaccinata (verde), la popolazione vaccinata con una dose (giallo) e la popolazione vaccinata con due dosi (rosso). Fonte: 31/10/2021, The Exposé, **Official Data shows Children are up to 52 times more likely to die following Covid-19 Vaccination than Unvaccinated Children & the ONS is trying to hide it**¹⁴⁵.

[44] VACCINI COVID-19: EFFETTI AVVERSI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

La versione iniziale della scheda tecnica¹⁴⁶ dell’Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) relativa al vaccino BNT162b2 (Comirnaty) di Pfizer-BioNTech pubblicata nel Regno Unito sconsigliava l’utilizzo del vaccino in gravidanza; in particolare, relativamente a gravidanza, allattamento, fertilità diceva quanto segue (traduzione dall’originale inglese):

Gravidanza:

I dati relativi all’uso del Vaccino a mRNA BNT162b2 sono limitati o assenti. Gli studi di tossicità riproduttiva sugli animali non sono stati completati.

Il Vaccino a mRNA BNT162b2 è sconsigliato in gravidanza.

Per donne in età fertile, occorre escludere la gravidanza prima del vaccino. Inoltre, alle donne in età fertile è bene consigliare di evitare gravidanze per almeno 2 mesi dopo la seconda dose.

Allattamento:

Non è noto se il Vaccino a mRNA BNT162b2 sia escreto nel latte umano. Non si possono escludere rischi per neonati/lattanti.

Il Vaccino a mRNA BNT162b2 non dovrebbe essere utilizzato durante l’allattamento.

Fertilità:

Non è noto se il Vaccino a mRNA BNT162b2 abbia un impatto sulla fertilità.

A riguardo, fin dall'inizio della campagna vaccinale, la versione italiana differiva da quella inglese e diceva quanto compare attualmente nell'ultima versione⁷ pubblicata dall'EMA:

Gravidanza:

I dati relativi all'uso di Comirnaty in donne in gravidanza sono in numero limitato. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale (vedere paragrafo 5.3). La somministrazione di Comirnaty durante la gravidanza deve essere presa in considerazione solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali rischi per la madre e per il feto.

Allattamento:

Non è noto se Comirnaty sia escreto nel latte materno.

Fertilità:

Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti di tossicità riproduttiva (vedere paragrafo 5.3).

Allo stato attuale non c'è alcuno studio completato sulle donne in gravidanza. Si vedano in proposito [4] e [33], in particolare lo studio NCT04754594¹¹ sulle donne incinte, la cui data di completamento prevista è agosto 2022, e per la conduzione del quale è stata selezionata anche la società **Ventavia** [33].

E, come visto, nonostante neppure a distanza di un anno dall'inizio della campagna vaccinale l'azienda farmaceutica garantisca nulla riguardo alla sicurezza del vaccino in donne in gravidanza e allattamento, la vaccinazione è stata estesa massicciamente anche alle donne in tale condizione, alle quali viene anzi consigliato vivamente di sottoporsi al vaccino.

Nelle donne i vaccini stanno creando svariati problemi, come alterazione del ciclo mestruale, emorragie vaginali e menorragie, insorgenza di perdite vaginali in donne in post-menopausa, problemi ovarici, aborti spontanei, soprattutto nel primo e secondo trimestre di gestazione. Si cita dalla **causa civile dello Stato dell'Alabama 2:21-cv-00702-CLM**¹⁴⁷ del 19 luglio 2021 mossa da America's Frontline Doctors, *et al.*, nei confronti di Xavier Becerra, Segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, *et al.* (neretto aggiunto):

*I vaccini mRNA inducono le nostre cellule a produrre "proteine spike" (prive di virus). Le "proteine spike" sono della stessa famiglia delle proteine riproduttive sincitina-1 e sincitina-2 presenti in natura nello sperma, negli ovuli, e nella placenta. Gli anticorpi generati contro la proteina spike potrebbero interagire con le proteine di sincitina presenti in natura, influenzando negativamente più passaggi nella riproduzione umana. I produttori non hanno fornito dati su questo argomento nonostante fossero da oltre un anno a conoscenza della somiglianza della proteina spike con le proteine di sincitina. Ora nel VAERS è presente un numero molto elevato di aborti spontanei. **Uno studio pubblicato recentemente sul New England Journal of Medicine, "Preliminary Findings of mRNA COVID-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons" evidenzia il fatto che le donne in gravidanza che ricevono vaccini durante il primo o il secondo trimestre subiscono un tasso di aborto spontaneo dell'82%, causando la morte di 4 su 5 bambini non ancora nati.** Ci sono segnalazioni in tutto il mondo di sanguinamento vaginale irregolare senza chiara spiegazione. Gli scienziati sono preoccupati del fatto che i vaccini possano rappresentare un sostanziale rischio per il sistema riproduttivo femminile. Tale aumento del rischio di sterilità deriva da una maggiore concentrazione delle proteine spike in varie parti del sistema riproduttivo dopo la vaccinazione. Non si sa abbastanza per determinare il rischio di sterilità, ma è fuori discussione che c'è un incremento del rischio.*

Un documento Pfizer trapelato (di seguito un estratto) evidenzia il fatto che le nanoparticelle del vaccino Pfizer si accumulano nelle ovaie a una velocità straordinariamente elevata, diversi ordini di grandezza di concentrazione superiori a confronto con altri tessuti. Miliardi di proteine spike aggressive si accumulano in molti tessuti ovarici delicati, l'unico posto nel corpo umano dove le femmine portano un numero finito di ovuli fertili.

SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048)
2.6.5 薬物動態試験の概要表

2.6.5.5B. PHARMACOKINETICS: ORGAN DISTRIBUTION CONTINUED

Test Article: [

Sample	Total Lipid concentration (µg lipid equivalent/g [or mL]) (males and females combined)							% 0.25 h
	0.25 h	1 h	2 h	4 h	8 h	24 h	48 h	
Lymph node (mandibular)	0.064	0.189	0.290	0.408	0.534	0.554	0.727	--
Lymph node (mesenteric)	0.050	0.146	0.530	0.489	0.689	0.985	1.37	--
Muscle	0.021	0.061	0.084	0.103	0.096	0.095	0.192	--
Ovaries (females)	0.104	1.34	1.64	2.34	3.09	5.24	12.3	0.001
Pancreas	0.081	0.207	0.414	0.380	0.294	0.358	0.599	0.003
Pituitary gland	0.339	0.645	0.868	0.854	0.405	0.478	0.694	0.000
Prostate (males)	0.061	0.091	0.128	0.157	0.150	0.183	0.170	0.001
Salivary glands	0.084	0.193	0.255	0.220	0.135	0.170	0.264	0.003
Skin	0.013	0.208	0.159	0.145	0.119	0.157	0.253	--
Small intestine	0.030	0.221	0.476	0.879	1.28	1.30	1.47	0.024
Spinal cord	0.043	0.097	0.169	0.250	0.106	0.085	0.112	0.001
Spleen	0.334	2.47	7.73	10.3	22.1	20.1	23.4	0.013
Stomach	0.017	0.065	0.115	0.144	0.268	0.152	0.215	0.006
Testes (males)	0.031	0.042	0.079	0.129	0.146	0.304	0.320	0.007
Thymus	0.088	0.243	0.340	0.335	0.196	0.207	0.331	0.004
Thyroid	0.155	0.536	0.842	0.851	0.544	0.578	1.00	0.000
Uterus (females)	0.043	0.203	0.305	0.140	0.287	0.289	0.456	0.002
Whole blood	1.97	4.37	5.40	3.05	1.31	0.909	0.420	--
Plasma	3.97	8.13	8.90	6.50	2.36	1.78	0.805	--
Blood:Plasma ratio ^a	0.815	0.515	0.550	0.510	0.555	0.530	0.540	--

PFIZER CONFIDENTIAL

Page 7

Si riporta una domanda¹⁴⁸ rivolta dal Deputato Rick Nicholls del Distretto di Chatham-Kent – Leamington, Ontario, Canada, al Ministro della Salute Christine Elliott.

MPP Nicholls: La mia domanda è rivolta al Ministro della Salute. L'anno scorso mia figlia aspettava il suo primo figlio. All'inizio, i medici sconsigliavano il vaccino alle donne incinte. Come qualunque padre, le dissi di non vaccinarsi. Lei era d'accordo. Il giorno di San Valentino le è nata una bimba, Shilo. Ho pianto dalla gioia! Ma un paio di mesi dopo i medici dicevano che andava bene vaccinarsi in gravidanza. Quali studi erano stati fatti per garantire la sicurezza della madre e del nascituro? Ma adesso piango di dolore ... Nella zona di Waterloo, ci sono 86 neonati morti da gennaio a luglio. E normalmente ne avviene circa uno ogni due mesi. Ma ecco la novità: le madri di questi neonati morti erano completamente vaccinate, e Lei in numerose occasioni ha affermato chiaramente che i vaccini sono sicuri. Cosa dice ai medici che hanno detto alle donne incinte che andava bene sottoporsi a vaccinazione completa? E cosa dovrebbero dire loro alle madri che mettono alla luce un neonato morto?

Ministro Elliott: La ringrazio, signor oratore. Intanto congratulazioni per la sua nipote! Questa è una notizia bellissima! Però è anche sicuro. È stato testato. Raccomandiamo alle donne incinte di farsi vaccinare per proteggere se stesse, ma anche per proteggere il loro bambino. E questo è stato dimostrato e accettato dal Ministero della Salute Canadese, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'FDA, e quello di cui vogliamo assicurarci è che possiamo proteggere tutti. Per le donne incinte è completamente sicuro e si raccomanda loro di sottoporsi al vaccino per se stesse, e per la sicurezza dei loro cari e della comunità.

Verso fine novembre 2021 tre ostetriche dell'ospedale Lions Gate Hospital di Vancouver, Canada, hanno fatto trapelare la notizia che in questo ospedale c'erano stati nell'arco di 24 ore 13 neonati morti partoriti da donne vaccinate. Mediamente si registravano circa 12 neonati morti in un anno. La notizia è stata zelantemente smentita dai Servizi sanitari di Vancouver (*Vancouver Coastal Health*).

Secondo un articolo comparso su BBC News il 19 novembre 2021 intitolato ***Investigation into spike in newborn baby deaths in Scotland***¹⁴⁹, in Scozia nel mese di settembre si è assistito ad un picco anomalo nel numero di neonati che muoiono a poche settimane dalla nascita.



Figura 31 – Istogramma che rappresenta la mortalità neonatale nelle prime quattro settimane di vita da gennaio a settembre in Scozia nel 2021. Fonte: 19/11/2021, BBC News, ***Investigation into spike in newborn baby deaths in Scotland***¹⁴⁹.

Almeno 21 bambini di età inferiore alle quattro settimane sono morti a settembre, un tasso di 4,9 ogni 1.000 nascite. I tassi di mortalità infantile variano ampiamente di mese in mese, ma l'aumento è maggiore del previsto perché possa spiegarsi con pura casualità.

La Public Health Scotland (PHS) e altre agenzie esamineranno ora se la pandemia di COVID o altri fattori potrebbero essere alla base dell'aumento.

Il tasso medio di mortalità tra i neonati è di poco superiore a due ogni 1.000 nascite.

La PHS ha affermato che “al momento non vi sono indicazioni di legame tra queste morti e l'infezione da COVID-19”, nonostante i dati verranno ulteriormente esaminati.

[...]

Anche le cifre relative al numero di bambini nati morti sono aumentate a settembre, ma non oltre il limite massimo di allarme o controllo.

Dovrebbe essere evidente che, se ci fosse legame con l'epidemia di COVID-19, si sarebbe dovuto assistere ad un incremento di mortalità confrontabile, se non maggiore, nella primavera e poi

nell'autunno del 2020.

Può essere invece utile, per una comprensione del fenomeno, la Tabella 6 pubblicata nel *COVID-19 vaccine surveillance report - Week 5*⁹⁵.

Table 6. Overall vaccine coverage in women giving birth, by month of delivery¹

Month	Women giving birth	One or more doses by time of delivery	Two or more doses by time of delivery	Unvaccinated at delivery	Unvaccinated who went on to receive dose(s) after pregnancy to 19/01/2022
Jan-21	41,949	18 (0%)	1 (0%)	41,765 (99.6%)	31,621 (75.7%)
Feb-21	40,093	82 (0.2%)	(0%)	39,872 (99.4%)	30,212 (75.8%)
Mar-21	44,589	293 (0.7%)	25 (0.1%)	44,164 (99%)	33,156 (75.1%)
Apr-21	42,874	489 (1.1%)	94 (0.2%)	42,214 (98.5%)	31,234 (74%)
May-21	44,177	1,249 (2.8%)	306 (0.7%)	42,744 (96.8%)	30,700 (71.8%)
Jun-21	43,813	4,344 (9.9%)	639 (1.5%)	39,312 (89.7%)	26,674 (67.9%)
Jul-21	47,226	7,632 (16.2%)	2,152 (4.6%)	39,403 (83.4%)	25,000 (63.4%)
Aug-21	45,789	10,319 (22.5%)	5,921 (12.9%)	35,275 (77%)	20,610 (58.4%)
Sep-21	46,219	14,828 (32.1%)	9,999 (21.6%)	31,205 (67.5%)	16,155 (51.8%)
Oct-21	45,752	18,911 (41.3%)	13,473 (29.4%)	26,637 (58.2%)	11,795 (44.3%)

Figura 32 – Tabella 6 del *COVID-19 vaccine surveillance report - Week 5*⁹⁵ che mostra la percentuale di vaccinazione tra le partorienti da gennaio a ottobre 2021.

Come si vede, tra agosto e settembre la percentuale di partorienti vaccinate nel Regno Unito è salita di quasi 10 punti percentuali. Sarebbe anche utile conoscere la progressione delle vaccinazioni tra le donne in allattamento.

Per quanto riguarda la vaccinazione delle madri in allattamento e i possibili effetti sui lattanti, dai dati del VAERS⁸⁸, al 28 gennaio 2022, emerge che uno dei decessi [40] riguarda un lattante di 5 mesi¹⁵⁰ con diagnosi di porpora trombotica trombocitopenica; l'evento è avvenuto in seguito a esposizione tramite latte materno: la madre aveva ricevuto la seconda dose del vaccino Pfizer nelle 24 ore precedenti al decesso del bambino, avvenuto in ospedale.

A titolo meramente esemplificativo, altri casi gravi avvenuti in seguito a esposizione tramite latte materno riguardano:

- un lattante di 9 mesi¹⁵¹ che, in seguito alla vaccinazione della madre con vaccino Pfizer, aveva sviluppato pancreatite acuta, iperglicemia/diabete mellito, sintomi gastrointestinali aspecifici;
- un lattante di 7 mesi¹⁵² che, in seguito alla vaccinazione della madre con vaccino Pfizer, aveva avuto reazione anafilattica, encefalite/encefalopatia non infettiva, delirio, meningite non infettiva, ostilità/aggressività, reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici, ipoglicemia;
- un lattante di 6 mesi¹⁵³ che, in seguito alla vaccinazione della madre con vaccino Pfizer, aveva avuto reazione anafilattica, disturbi neonatali, encefalite/encefalopatia non infettiva, delirio, meningite non infettiva, reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici, disturbi neonatali, ipersensibilità;
- un lattante di 7 mesi¹⁵⁴ che, in seguito alla vaccinazione della madre con vaccino Moderna, mostrava aumento della temperatura corporea, pianto, diminuzione dell'appetito e scarsa alimentazione, diarrea, affaticamento, mal di testa, disturbi dell'allattamento, *Livedo reticularis*, dolore;

- a una lattante di 2 mesi¹⁵⁵, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Pfizer, veniva diagnosticata colite e malattia infiammatoria intestinale; risultavano anomalie negli esami ematici;
- una lattante di 3 mesi¹⁵⁶, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Moderna, manifestava convulsioni;
- un lattante di 3 mesi¹⁵⁷, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Moderna, sviluppava lupus eritematoso sistemico, convulsioni, encefalite/encefalopatia non infettiva, delirio, meningite non infettiva, ipoglicemia;
- un lattante di 9 mesi¹⁵⁸, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Pfizer, manifestava reazione anafilattica, angioedema, reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici;
- a un lattante di 9 mesi¹⁵⁹, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Pfizer, veniva diagnosticata sindrome neurolettica maligna, sindrome anticolinergica, reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici;
- una lattante di 6 mesi¹⁶⁰, la cui madre aveva ricevuto il vaccino Pfizer, manifestava reazione anafilattica con sindrome neurolettica maligna, sindrome anticolinergica, episodio ipotensivo-iporesponsivo, reazione da farmaco con eosinofilia e sintomi sistemici.

[45] UTILIZZO DEI VACCINI DOPO LA DATA DI SCADENZA E PRIMA DELLA DATA DICHIARATA DI PRODUZIONE

Il periodo di validità dei vaccini Moderna è di 7 mesi, come si evince dalla scheda tecnica⁷. Quella dei vaccini Pfizer inizialmente era di 6 mesi. A fine settembre 2021 è stato esteso¹⁶¹ a 9 mesi dalla data di produzione per tutti i nuovi lotti e retroattivamente per i lotti già prodotti a partire da marzo 2021.

Un documento del CDC¹⁶² fornisce un elenco di lotti Moderna e Pfizer con relativa data di produzione e di scadenza. Da una ricerca sulla banca dati del VAERS⁸⁸ emerge che vi sono lotti che sono stati somministrati in modo massiccio **fino a otto mesi oltre la data di scadenza**, causando eventi avversi e persino decessi. Non solo, risulta anche che alcuni lotti siano stati somministrati **prima della data di produzione**, il che, se confermato, **autorizza ad ipotizzare che sia stata falsificata la data di produzione dichiarata**.

Nelle tabelle seguenti si riportano i risultati al 4 febbraio 2022.

Relativamente all'utilizzo oltre la data di scadenza (Tabella 11) si esaminano, a titolo di esempio, gli eventi segnalati per i lotti Pfizer EN6198, EN6200, EN6201, tutti aventi data di scadenza al 30 giugno 2021, EL3248 con data di scadenza al 30 aprile 2021, e EL9261 con data di scadenza 31 maggio 2021, e per i lotti Moderna 025L20A e 039K20A, entrambi con data di scadenza al 20 giugno 2021.

Relativamente alla presenza di segnalazioni prima della data di produzione dichiarata, si esaminano (Tabella 12) i seguenti tre lotti Pfizer:

- FE3590, che reca come data di produzione il 25 giugno 2021,
- FF2589, che reca come data di produzione il 9 luglio 2021, e
- FF2593, che reca come data di produzione il 6 luglio 2021.

Tutti questi lotti scadono 8 mesi dopo la data di produzione dichiarata. La cosa singolare è che per tutti e tre compaiono alcune segnalazioni di eventi avversi già tra gennaio e aprile, cioè prima della data di produzione dichiarata.

Lotto	Pf. EN6198			Pf. EN6200			Pf. EN6201			Pf. EL3248			Pf. EL9261			Mod. 025L20A			Mod. 039K20A		
Data prod.	17/01/2021			09/01/2021			13/01/2021			27/11/2020			13/12/2020			20/11/2020			20/11/2020		
Data scad.	30/06/2021			30/06/2021			30/06/2021			30/04/2021			31/05/2021			20/06/2021			20/06/2021		
Evento	AE	SAE	D	AE	SAE	D	AE	SAE	D	AE	SAE	D	AE	SAE	D	AE	SAE	D	AE	SAE	D
Dic. '20										41	15	2	15	1	0	599	29	8	2042	66	13
Gen. '21	25	9	1	79	34	4	128	57	11	1609	179	59	1275	213	58	2401	11	27	2410	143	44
Feb. '21	1215	237	51	1820	375	74	2380	506	106	354	102	36	743	218	54	317	42	11	580	92	39
Mar. '21	1351	308	62	824	230	42	611	157	37	120	3	0	75	25	4	26	8	5	57	10	4
Apr. '21	69	14	3	67	14	4	55	1	1	12	0	0	6	0	0	1	1	1	46	4	0
Mag. '21	14	2	1	3	2	1	15	3	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	7	1	0
Giu. '21	7	1	1	1	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	15	0	0
Lug. '21	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	70*	0	0
Ago. '21	6	6	2	3	2	0	7	6	1	5	4	2	7	5	1	2	0	0	2	1	0
Set. '21	5	1	0	7	5	0	9	7	0	5	0	0	13	7	0	2	0	0	2	0	0
Ott. '21	8	6	0	5	5	0	14	7	2	9	5	0	17	11	2	3	2	0	2	1	0
Nov. '21	2	2	0	8	5	0	4	1	0	3	1	0	5	4	0	2	0	0	1	0	0
Dic. '21	3	3	0	3	1	1	2	2	0	2	0	0	4	2	2	3	0	0			
Gen. '22	1	1	0	2	2	0															

*Segnalazioni di somministrazione di prodotto scaduto – no eventi avversi

Tabella 11 – Eventi avversi (AE), eventi avversi gravi (SAE), e decessi (D) segnalati al VAERS⁸⁸ relativamente a lotti per i quali la somministrazione è avvenuta anche successivamente alla data di scadenza del lotto (valori in rosso).

Lotto	Pfizer FE3590	Pfizer FF2589	Pfizer FF2593
Data produzione	25/06/2021	09/07/2021	06/07/2021
Data scadenza	28/02/2022	31/03/2022	31/03/2022
Gennaio '21	3	1	0
Febbraio '21	4	4	2
Marzo '21	1	1	2
Aprile '21	1	0	0
Maggio '21	0	0	0
Giugno '21	0	0	0

Tabella 12 – In rosso numero di eventi avversi segnalati al VAERS⁸⁸ prima della data di produzione dichiarata per tre lotti Pfizer. Da luglio in poi compaiono nuovamente segnalazioni di eventi avversi.

[46] CRIMINI CONTRO L'UMANITÀ

Statuto di Roma¹⁶³

Articolo 7

Crimini contro l'umanità

1. Ai fini del presente Statuto, per crimine contro l'umanità s'intende uno degli atti di seguito elencati, se commesso nell'ambito di un esteso o sistematico attacco contro popolazioni civili, e con la consapevolezza dell'attacco:

a) Omicidio;

b) Sterminio;

[...]

e) Imprigionamento o altre gravi forme di privazione della libertà personale in violazione di norme fondamentali di diritto internazionale;

f) Tortura;

g) Stupro, schiavitù sessuale, prostituzione forzata, gravidanza forzata, sterilizzazione forzata e altre forme di violenza sessuale di analoga gravità;

h) Persecuzione contro un gruppo o una collettività dotati di propria identità, ispirata da ragioni di ordine politico, razziale, nazionale, etnico, culturale, religioso o di genere sessuale ai sensi del paragrafo 3, o da altre ragioni universalmente riconosciute come non permissibili ai sensi del diritto internazionale, collegate ad atti preveduti dalle disposizioni del presente paragrafo o a crimini di competenza della Corte;

i) Sparizione forzata delle persone;

[...]

k) Altri atti inumani di analogo carattere diretti a provocare intenzionalmente grandi sofferenze o gravi danni all'integrità fisica o alla salute fisica o mentale.

2. Agli effetti del paragrafo 1:

a) Si intende per «attacco diretto contro popolazioni civili» condotte che implicano la reiterata commissione di taluno degli atti preveduti al paragrafo 1 contro popolazioni civili, in attuazione o in esecuzione del disegno politico di uno Stato o di una organizzazione, diretto a realizzare l'attacco;

b) per «sterminio» s'intende, in modo particolare, il sottoporre intenzionalmente le persone a condizioni di vita dirette a cagionare la distruzione di parte della popolazione, quali impedire l'accesso al vitto ed alle medicine;

[...]

e) per «tortura» s'intende l'infliggere intenzionalmente gravi dolori o sofferenze, fisiche o mentali, ad una persona di cui si abbia la custodia o il controllo; in tale termine non rientrano i dolori o le sofferenze derivanti esclusivamente da sanzioni legittime, che siano inscindibilmente connessi a tali sanzioni o dalle stesse incidentalmente occasionati;

[...]

g) per «persecuzione» s'intende la intenzionale e grave privazione dei diritti fondamentali in violazione del diritto internazionale, per ragioni connesse all'identità del gruppo o della collettività;

[...]

3. Agli effetti del presente Statuto con il termine «genere sessuale» si fa riferimento ai due sessi, maschile e femminile, nel contesto sociale. Tale termine non implica alcun altro significato di quello sopra menzionato.

[47] ATTENTATO ALLA COSTITUZIONE

Costituzione della Repubblica italiana⁶⁸

Articolo 90

Il Presidente della Repubblica non è responsabile degli atti compiuti nell'esercizio delle sue funzioni, tranne che per alto tradimento o per attentato alla Costituzione.

In tali casi è messo in stato di accusa dal Parlamento in seduta comune, a maggioranza assoluta dei suoi membri.

[48] ARTICOLI DEL CODICE PENALE RICHIAMATI NELL'ESPOSTO

Codice Penale

Articolo 270

(Associazioni sovversive)

Chiunque nel territorio dello Stato promuove, costituisce, organizza o dirige associazioni dirette e idonee a sovvertire violentemente gli ordinamenti economici o sociali costituiti nello Stato ovvero a sopprimere violentemente l'ordinamento politico e giuridico dello Stato, è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

Chiunque partecipa alle associazioni di cui al primo comma è punito con la reclusione da uno a tre anni.

Le pene sono aumentate per coloro che ricostituiscono, anche sotto falso nome o forma simulata, le associazioni di cui al primo comma, delle quali sia stato ordinato lo scioglimento.

Articolo 270-bis

(Associazioni con finalità di terrorismo anche internazionale o di eversione dell'ordine democratico).

Chiunque promuove, costituisce, organizza, dirige o finanzia associazioni che si propongono il compimento di atti di violenza con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico è punito con la reclusione da sette a quindici anni.

Chiunque partecipa a tali associazioni è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

Ai fini della legge penale, la finalità di terrorismo ricorre anche quando gli atti di violenza sono rivolti contro uno Stato estero, un'istituzione e un organismo internazionale.

Nei confronti del condannato è sempre obbligatoria la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e delle cose che ne sono il prezzo, il prodotto, il profitto o che ne costituiscono l'impiego.

Articolo 283

(Attentato contro la Costituzione dello Stato)

Chiunque, con atti violenti, commette un fatto diretto e idoneo a mutare la Costituzione dello Stato o la forma di Governo, è punito con la reclusione non inferiore a cinque anni.

Articolo 286

(Guerra civile)

Chiunque commette un fatto diretto a suscitare la guerra civile nel territorio dello Stato, è punito con l'ergastolo.

[...]

Articolo 287

(Usurpazione di potere politico o di comando militare)

Chiunque usurpa un potere politico, ovvero persiste nell'esercitarlo indebitamente, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

[...]

Articolo 422

(Strage)

Chiunque, fuori dei casi preveduti dall'articolo 285, al fine di uccidere, compie atti tali da porre in pericolo la pubblica incolumità è punito, se dal fatto deriva la morte di più persone, con l'ergastolo.

Se è cagionata la morte di una sola persona, si applica l'ergastolo. In ogni altro caso si applica la reclusione non inferiore a quindici anni.

Articolo 575

(Omicidio)

Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Articolo 577

(Altre circostanze aggravanti. Ergastolo)

1. Si applica la pena dell'ergastolo se il fatto preveduto dall'articolo 575 è commesso:

[...]

2) col mezzo di sostanze venefiche, ovvero con un altro mezzo insidioso;

3) con premeditazione;

[...]

Articolo 582

(Lesione personale)

Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il

delitto è punibile a querela della persona offesa.

Articolo 583

(Circostanze aggravanti)

La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa(1), ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;*
- 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo(2);*

[...]

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

- 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile(4);*
- 2) la perdita di un senso;*
- 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare(5), ovvero una permanente e grave difficoltà della favella(6);*

[...]

Articolo 585

(Circostanze aggravanti)

Nei casi previsti dagli articoli 582, 583, 583 bis, 583 quinquies e 584, la pena è aumentata da un terzo alla metà, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 576, ed è aumentata fino a un terzo, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 577, ovvero se il fatto è commesso con armi o con sostanze corrosive, ovvero da persona travisata o da più persone riunite.

Agli effetti della legge penale per armi s'intendono:

- 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona;*
- 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo.*

Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti o accecanti.

Articolo 610

(Violenza privata)

Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

[...]

Articolo 613-bis

(Tortura)

Chiunque, con violenze o minacce gravi, ovvero agendo con crudeltà, cagiona acute sofferenze fisiche o un verificabile trauma psichico a una persona privata della libertà personale o affidata alla sua custodia, potestà, vigilanza, controllo, cura o assistenza, ovvero che si trovi in condizioni di minorata difesa, è punito con la pena della reclusione da quattro a dieci anni se il fatto è commesso mediante più condotte ovvero se comporta un trattamento inumano e degradante per la dignità della persona.

Se i fatti di cui al primo comma sono commessi da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio, con abuso dei poteri o in violazione dei doveri inerenti alla funzione o al servizio, la pena è della reclusione da cinque a dodici anni.

Il comma precedente non si applica nel caso di sofferenze risultanti unicamente dall'esecuzione di legittime misure privative o limitative di diritti.

Se dai fatti di cui al primo comma deriva una lesione personale le pene di cui ai commi precedenti sono aumentate; se ne deriva una lesione personale grave sono aumentate di un terzo e se ne deriva una lesione personale gravissima sono

aumentate della metà.

Se dai fatti di cui al primo comma deriva la morte quale conseguenza non voluta, la pena è della reclusione di anni trenta. Se il colpevole cagiona volontariamente la morte, la pena è dell'ergastolo.

Articolo 613-ter

(Istigazione del pubblico ufficiale a commettere tortura)

Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio il quale, nell'esercizio delle funzioni o del servizio, istiga in modo concretamente idoneo altro pubblico ufficiale o altro incaricato di un pubblico servizio a commettere il delitto di tortura, se l'istigazione non è accolta ovvero se l'istigazione è accolta ma il delitto non è commesso, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

LISTA DEI DOCUMENTI CITATI

- 1 - Decreto-legge n. 1 del 7 gennaio 2022
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/01/07/4/sg/pdf>
- 2 - Decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018, Codice della protezione civile
<https://www.protezionecivile.gov.it/en/normativa/decreto-legislativo-n-1-del-2-gennaio-2018--codice-della-protezione-civile/>
- 3 - Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 - Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg>
- 4 - Decreto-legge n. 221 del 24 dicembre 2021
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/24/21G00244/sg>
- 5 - 20/11/2021, Pubblica Amministrazione, «Serve un super green pass. No a nuove chiusure a causa dei non vaccinati»
<http://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/ministro/20-11-2021/%C2%ABserve-un-super-green-pass-no-nuove-chiusure-causa-dei-non-vaccinati%C2%BB>
- 6 - Disegno di Legge 2448-quinquies
<https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/54578.pdf>
- 7 - Schede tecniche
Comirnaty - Pfizer-BioNTech
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_it.pdf
Comirnaty - Pfizer-BioNTech, Vaccino pediatrico
<http://www.asl4.liguria.it/wp-content/uploads/2021/12/00.-Foglio-Illustrativo-Comirnaty-Bambini-di-eta-compresa-fra-5-e-11-anni.pdf>
Spikevax - Moderna
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_it.pdf
Vaxzevria - Oxford/AstraZeneca
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_it.pdf
Janssen - Johnson&Johnson
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_it.pdf
- 8 - 04/08/2021, AIFA, FAQ - Vaccini COVID-19
<https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-covid-19>
- 9 - Decisione C(2020) 9598 (final)
DECISIONE DI ESECUZIONE DELLA COMMISSIONE del 21.12.2020, che concede a norma del regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio l'autorizzazione condizionata ad immettere in commercio il “Comirnaty – Vaccino a mRNA contro COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)”, un medicinale per uso umano
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/dec_150522_it.pdf
- 10 - Gazzetta Ufficiale – Serie Generale, Elenco Atti dell'emittente AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
<http://95.110.157.84/gazzettaufficiale.biz/emittenti/elencoEmittente9.htm>
- 11 - ClinicalTrials.gov
<https://clinicaltrials.gov/>
- 12 - ANSA, 20/01/2022, Pfizer sceglie Genova per studio su effetti collaterali
https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/medicina/2022/01/20/vaccini-pfizer-sceglie-genova-per-studio-su-effetti-collaterali_0ea542fa-dd77-45a5-983d-700fcc55fdd6.html
- 13 - AIFA, Regime di fornitura dei farmaci
<https://www.aifa.gov.it/regime-di-fornitura-dei-farmaci>

- 14 - **Comunicato N. 60/2021** (Prot. N. 5157/2021 del 24-03-2021)
<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2021/03/COMUNICAZIONE-N-60-2021.pdf>
- 15 - **Regolamento CE 507/2006**
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R0507&from=DE>
- 16 - AIFA, **Legge n. 648/1996**
<https://www.aifa.gov.it/legge-648-96>
- 17 - MalattieRare Regione Veneto, **La legge 648/96**
<http://www.malattierare.cittadinanzattiva.it/terapie-e-farmaci/la-legge-648-96.html>
- 18 - Mag. 2020, **Hyperbaric oxygen therapy in preventing mechanical ventilation in COVID-19 patients: a retrospective case series**, Kerry Thibodeaux, et al.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412891/>
- 19 - 25 giu. 2020, **Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: A retrospective analysis**, Jean-Christophe Lagier, *et al.*, and IHU COVID-19 Task force
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32593867/>
- 20 - 26 ago. 2020, **The importance of vitamin D metabolism as a potential prophylactic, immunoregulatory and neuroprotective treatment for COVID-19**, Yi Xu, *et al.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32847594/>
- 21 - 19 gen. 2021, **The effect of early treatment with ivermectin on viral load, symptoms and humoral response in patients with non-severe COVID-19: A pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial**, Carlos Chaccour, *et al.*
[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30464-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30464-8/fulltext)
- 22 - Gen. 2021, **Use of Ivermectin Is Associated With Lower Mortality in Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019: The Ivermectin in COVID Nineteen Study**, Juliana Cepelowicz Rajter, *et al.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33065103/>
- 23 - 25 nov. 2021, **Therapies to Prevent Progression of COVID-19, Including Hydroxychloroquine, Azithromycin, Zinc, and Vitamin D3 With or Without Intravenous Vitamin C: An International, Multicenter, Randomized Trial**, Karin Ried, *et al.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34976511/>
- 24 - 3 mag. 2021, **Thymoquinone: A Promising Natural Compound with Potential Benefits for COVID-19 Prevention and Cure**, Osama A. Badary, *et al.*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8106451/>
- 25 - Dic. 2021, **The potential role of thymoquinone in preventing the cardiovascular complications of COVID-19**, Ajaz Ahmada, *et al.*
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1537189121000719>
- 26 - BMJ, **The Nuremberg Code**
https://media.tghn.org/medialibrary/2011/04/BMJ_No_7070_Volume_313_The_Nuremberg_Code.pdf
- 27 - 01/01/2022, Il Tempo, **Sergio Mattarella scatena la rabbia no-vax: “Sprecare i vaccini è un’offesa a chi non li ha avuti”**
<https://www.iltempo.it/attualita/2022/01/01/news/sergio-mattarella-vaccino-sprecare-offesa-chi-non-ha-avuto-possibilita-pandemia-rabbia-no-vax-29961216/>
- 28 - 22/07/2021, Il Fatto Quotidiano, **Draghi: “L’appello a non vaccinarsi è l’appello a morire. Senza protezione si deve chiudere tutto di nuovo” – Video**
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/07/22/lappello-a-non-vaccinarsi-e-lappello-a-morire-draghi-gela-salvini-senza-protezione-si-deve-chiudere-tutto-di-nuovo-video/6270717/>
- 29 - 10/01/2022, Repubblica, **L’ennesimo invito di Draghi ai No Vax: “Vaccinatevi, i problemi sono causati da voi”**
<https://video.repubblica.it/dossier/governo-draghi/l-ennesimo-invito-di-draghi-ai-no-vax-vaccinatevi-i-problemi-sono-causati-da-voi/405532/406242>

- 30 - 10/01/2022, Quotidiano.net, **Covid: i dati del 9 gennaio in Italia. Il bollettino con contagi, ricoveri, morti**
<https://www.quotidiano.net/cronaca/covid-oggi-italia-9-gennaio-1.7230049>
- 31 - 10/09/2021, il Giornale, **Green Pass, Brunetta: “In futuro Green pass obbligatorio per pubblico e privato”**
<https://www.ilgiornale.it/news/cronache/green-pass-brunetta-logica-geniale-presto-obbligatorio-1974387.html>
- 32 - 18/11/2021, Dire, **Green Pass, Brunetta: “Precludere socialità extra lavoro ai ‘no vax’ irriducibili”**
<https://www.dire.it/18-11-2021/686612-green-pass-brunetta-precludere-socialita-extra-lavoro-ai-no-vax-irriducibili/>
- 33 - 21/11/2021, Il Corriere, **Brunetta: «Serve un super green pass. No a nuove chiusure a causa dei non vaccinati»**
<https://www.corriere.it/politica/21-novembre-20/01-politico-uno120cxxcxcacorreiere-web-sezioni-00ad7db6-497d-11ec-8a75-1a8c163d8f4b.shtml>
- 34 - 21/12/2021, Il Corriere, **Brunetta (FI): «Con il super green pass boom di immunizzati. L’obbligo vaccinale? Adesso non serve»**
<https://www.corriere.it/politica/21-dicembre-04/brunetta-fi-con-super-green-pass-boom-immunizzati-l-obbligo-vaccinale-adesso-non-serve-b953dc16-5535-11ec-a055-cdf493ec5ac3.shtml>
- 35 - 20/11/2021, Rainews, **Vaccini, Figliuolo: “Non c’è peggior sordo...”**
<http://www.rainews.it/archivio-rainews/articoli/Vaccini-Figliuolo-non-c-e-peggior-sordo-7102357e-dccc-454b-b3ec-954c97e8eadc.html>
- 36 - 20/01/2022, LameziaTerme.it, **Italexit: Occhiuto dovrà rendere conto delle sue parole e del suo operato**
<https://www.lameziaterme.it/italexit-occhiuto-dovra-rendere-conto-sue-parole-suo-operato/>
- 37 - 13/11/21, Il Tempo, **No vaccino? No green pass. L’ultima idea del governo per cercare di “convincere” i no-vax**
<https://www.iltempo.it/attualita/2021/11/13/news/validita-green-pass-solo-vaccino-niente-tamponi-idea-governo-convincere-no-vax-gianni-rezza-29435325/>
- 38 - 15/11/2021, Repubblica, **Lopalco: “Al cenone di Natale invitate solo vaccinati. Terza dose fondamentale per proteggere i più fragili”**
<https://bari.repubblica.it/cronaca/2021/11/15/news/lopalco-terza-dose-vaccino-326467629/>
- 39 - 17/01/22, Twitter, **TG3**
<https://twitter.com/GiovanniToti/status/1483145979016761352?cxt=HHwWkMC-1Z3amJUAAAA>
- 40 - 25/01/2022, La7, DiMartedì
<https://www.la7.it/dimartedi/rivedila7/dimartedi-puntata-25012022-26-01-2022-419982>
- 41 - 08/01/2021, Fanpage, **Miozzo dice che ci vuole l’arresto per chi non rispetta l’obbligo vaccinale Covid**
<https://www.fanpage.it/attualita/miozzo-dice-che-ci-vuole-larresto-per-chi-non-rispetta-lobligo-vaccinale-covid/>
- 42 - 28/07/2021, Il Fatto Quotidiano, Francesco Pastore (economista), **Io sono per l’obbligo vaccinale. E toglierei la parola ai ciarlatani no vax anche sui social**
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/07/28/io-sono-per-lobligo-vaccinale-e-toglierei-la-parola-ai-ciarlatani-no-vax-anche-sui-social/6276123/>
- 43 - 08/01/2021, La Repubblica, Michele Bocci, **L’identikit del No Vax: licenza di scuola media, disoccupato e con disagio abitativo**
<https://www.repubblica.it/cronaca/2022/01/08/news/l-identikit-del-no-vax-basso-livello-socio-economico-e-di-istruzi-one-333086915/>
- 44 - 23/09/2021, SkyTG24, **Green pass e certificati di esenzione falsi: indagati medici a Roma e Genova**
<https://tg24.sky.it/cronaca/2021/09/23/green-pass-falsi-indagati-medici-roma-genova>
- 45 - 04/12/2021, il Messaggero, **No vax, complottisti, terrapiattisti e sfiduciati: secondo il Censis lo stress da Covid ci ha reso più irrazionali**
<https://www.ilmessaggero.it/italia/no-vax-complottisti-terraplattisti-sfiducia-italia-censis-rapporto-numeri-ultime-notizi-e-6362880.html>
- 46 - Censis, **55° Rapporto Censis - La società italiana al 2021**
https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/La%20societaitaliana_2021.pdf

- 47 - 23/07/21, il Messaggero, **Green pass, Burioni e i no vax: «Dal 5 agosto chiusi in casa come sorci...»**
https://www.ilmessaggero.it/persona/green_pass_burioni_no_vax_netflix_tweet_vaccino-6098349.html
- 48 - 03/12/2021, Huffington Post, **“No Vax, vi curo ma non parlatemi: vi disprezzo”**: lo sfogo del primario di Pesaro
https://www.huffingtonpost.it/entry/lo-sfogo-del-primario-di-pesaro-contro-i-no-vax-vi-curo-ma-non-parlatemi-vi-disprezzo_it_61a9d56de4b0ae9a42badecf/
- 49 - 21/12/2021, Il Corriere, **Val Seriana, Mara Maffei, la dottoressa che non vuole curare i no vax: «Sono stanca di perdere tempo»**
https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/21_dicembre_29/val-seriana-mara-maffei-dottoressa-che-non-vuole-curare-no-vax-sono-stanca-perdere-tempo-c472840e-6871-11ec-b54e-d173b9021fcd.shtml
- 50 - 20/01/2022, EspansioneTV, **No vax, il consigliere Lissi all'attacco**
<https://www.expansionetv.it/2022/01/05/il-consigliere-lissi-all-attacco/>
- 51 - 27/07/2021, Nurse 24, **Infermiere attaccano no vax sui social. L'Asl si dissocia**
<https://www.nurse24.it/dossier/covid19/lucca-infermiere-attaccano-no-vax-sui-social-asl-si-dissocia.html>
- 52 - 31/07/2021, AssoCareNews, **Infermiere sui social: “cari no-vax non vedo l'ora di intubarvi tutti”**. Ed è polemica.
<https://www.assocarenews.it/infermieri/infermiere-sui-social-cari-no-vax-non-vedo-lora-di-intubarvi-tutti-ed-e-polemica>
- 53 - 19/10/2021, **La ministra Lamorgese parla di “forza ondulatoria” per l'agente in piazza, FdI urla: “Dimissioni”**
<https://video.repubblica.it/dossier/governo-draghi/dimissioni-dimissioni-fdi-protesta-in-aula-al-termini-dell-informativa-sugli-scontri-della-ministra-lamorgese/399146/399858>
- 54 - 11/10/2021, Secolo d'Italia, **Giallo sugli infiltrati no Green Pass, pressing sulla Lamorgese: fuori i nomi di quelli ripresi nei video**
<https://www.secoloditalia.it/2021/10/giallo-sugli-infiltrati-no-green-pass-pressing-sulla-lamorgese-fuori-i-nomi-di-quelli-ripresi-nei-video/>
- 55 - 20/01/2022, Huffington Post, **I No Vax al supermercato possono comprare solo “beni primari”**. Pronta la lista dei negozi
<https://www.huffingtonpost.it/covid/2022/01/20/news/i-no-vax-al-supermercato-possono-comprare-solo-beni-primari-pronta-la-lista-dei-negozi-7518830/>
- 56 - 21/08/2021, **Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection**, A. Israel, et al.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462761/>
- 57 - 30/12/2021, Ministero della Salute, **CIRCOLARE: Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron**
<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&anno=2021&anno=2021&anno=2021&anno=2021&area=213&testo=&tipologia=&giorno=&mese=&anno=2021&btnCerca=cerca&PageNo=1>
- 58 - **D.L. 44/21 - Testo coordinato con L. 76/21**
<https://www.cnel.it/LinkClick.aspx?fileticket=GjV7Cj-8V7s%3D&portalid=0>
- 59 - **D.L. 105/21 - Testo coordinato con L. 126/21**
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/09/30/21A05687/sg>
- 60 - **D.L. 111/21 - Testo coordinato con L. 133/21**
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/10/01/21A05795/sg>
- 61 - **D.L. 127/21 - Testo coordinato con L. 165/21**
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/11/20/21A06912/sg>
- 62 - **D.L. 172/21**
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9438024.pdf>

63 - D.L. 221/21

https://i2.res.24o.it/pdf2010/Editrice/IL.SOLE24ORE/QUOTIDIANI_VERTICALI/Online/Oggetti_Embedded/Documenti/2021/12/28/dl221.pdf

64 - D.L. 229/21

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/12/30/309/sg/pdf>

65 - D.L. 1/22

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/01/07/4/sg/pdf>

66 - Dichiarazione Universale Diritti Umani

https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf

67 - Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea

https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

68 - Costituzione della Repubblica italiana

https://it.wikisource.org/wiki/Italia,_Repubblica_-_Costituzione

69 - Ministero della Salute, **ORDINANZA n. 0059207-24/12/2021 - Aggiornamento delle indicazioni sull'intervallo temporale relativo alla somministrazione della dose "booster" (di richiamo) nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19**

https://www.aslroma1.it/uploads/files/38_48_circolare_24_dicembre_1.pdf

70 - Decreto legislativo 219 del 24/4/2006

<https://wipolex-res.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/it/it/it120it.pdf>

71 - 05/01/2022, ISS, **Epidemia COVID-19**

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_5-gennaio-2022.pdf

72 - 24/11/2021, ISS, **Epidemia COVID-19**

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_24-novembre-2021.pdf

73 - 06/12/2021, La Stampa, **Malato di Covid rifiuta le cure e muore in casa a Padova. I vicini: era No Vax**

<https://www.lastampa.it/cronaca/2021/12/06/news/malato-di-covid-rifiuta-le-cure-e-muore-in-casa-a-padova-i-vicini-era-un-no-vax-1134833/>

74 - La7, **L'aria che tira**, 21 gennaio 2022

<https://www.la7.it/laria-che-tira/rivedila7/laria-che-tira-puntata-21012022-21-01-2022-419269>

75 - 02/02/2022, **Report esteso ISS**

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_2-febbraio-2022.pdf

76 - 08/02/2022, La7, **DiMartedì**

<https://www.la7.it/dimartedi/rivedila7/dimartedi-puntata-del-822022-09-02-2022-422311>

77 - 11/02/2022, Start Magazine, **L'università Milano Bicocca punirà il professor Broccolo?**

<https://www.startmag.it/sanita/luniversita-milano-bicocca-punira-il-professor-broccolo/>

78 - 13/02/2021, L'Unione Sarda, **Focolaio nella Rsa durante la vaccinazione, contagiati 8 operatori e 36 ospiti**

79 - 14/08/2021, OMCeO di Latina, **Focolaio tra anziani, 1 morto e 3 ricoverati: erano tutti vaccinati con Pfizer**

<https://www.ordinemedicilatina.it/focolaio-tra-anziani-1-morto-e-3-ricoverati-erano-tutti-vaccinati-con-pfizer/>

80 - 28/10/2021, Il Resto del Carlino, **Padova, focolaio a festa per le nozze d'oro: 4 anziani vaccinati in terapia intensiva**

<https://www.ilrestodelcarlino.it/padova/covid-19-focolaio-cinquantesimo-anniversario-matrimonio-1.6969906>

81 - 17/12/2021, Newsprima, **Maxi focolaio di 92 persone dopo il viaggio ad Assisi: in Terapia intensiva un 78enne vaccinato**

<https://newsprima.it/glocal-news/maxi-focolaio-di-92-persone-dopo-il-viaggio-ad-assisi-in-terapia-intensiva-un-78enne-vaccinato/>

82 - 24/12/2021, Il Messaggero, **Focolaio sulla nave da crociera: 55 positivi e nave bloccata. United Airlines cancella 100 voli di Natale**

https://www.ilmessaggero.it/salute/storie/focolaio_nave_crociera_florida_united_airlines_cancella_voli_covid_usa_news-6403486.html

Focolaio sulla nave da crociera: 55 positivi (tutti vaccinati) e nave bloccata. United Airlines cancella 100 voli di Natale

https://web.archive.org/web/20211224081005/https://www.ilmessaggero.it/salute/storie/focolaio_nave_crociera_florida_united_airlines_cancella_voli_covid_usa_news-6403486.html

83 - 24/12/2021, Spectrum News 1, **Kentucky man shares experience onboard Royal Caribbean cruise with 55 passengers positive for COVID-19, all vaccinated**

<https://spectrumnews1.com/ky/louisville/news/2021/12/24/kentucky-man-onboard-royal-caribbean-cruise-with-55-passengers-positive-for-covid-19--all-vaccinated>

84 - 04/01/2022, il Fatto Quotidiano, **Focolaio su Msc Crociere: a bordo son tutti vaccinati**

<https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2022/01/04/focolaio-su-msc-crociere-a-bordo-son-tutti-vaccinati/6444472/>

85 - 11/11/2021, Youtube, **Dr. Jo Leysen, bestuurder AZ Turnhout**

https://youtu.be/7w-Sj_yaqdg

86 - 24/07/2021, Playmastermovie, **Obbligo vaccinale: reazioni in corsia – Un documentario di Playmastermovie**

<https://playmastermovie.com/obbligo-vaccinale-reazioni-in-corsia-un-documentario-playmastermovie>

87 - 09/06/2021, **Lettera della Dr. Tess Lawrie alla Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency**

<https://www.theitaliantribune.it/wp-content/uploads/2021/06/Evidence-based-Medicine-Consultancy-Ltd.pdf>

88 - **VAERS**

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

89 - 08/02/2022, Scenarieconomici.it, **Le liste dell'orrore: 38.983 morti e 3.530.362 danneggiati dai vaccini COVID nel database di EudraVigilance**

<https://scenarieconomici.it/le-liste-dellorrore-38-983-morti-e-3-530-362-danneggiati-dai-vaccini-covid-nel-database-eudravigilance/>

90 - AIFA, **Rapporti sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19**

<https://www.aifa.gov.it/rapporti-su-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>

91 - 30/07/2021, CDC, **Statement from CDC Director Rochelle P. Walensky**

<https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0730-mmwr-covid-19.html>

92 - 31/07/2021, medRxiv, **Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination**, K. K. Riemersa, *et al.*

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v4>

93 - 20/12/2021, CDC, **Omicron Variant: What You Need to Know**

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/omicron-variant.html>

94 - 02/02/2022, PHS, **COVID-19 & Winter Statistical Report As at 31 January 2022**

https://publichealthscotland.scot/media/11404/22-02-02-covid19-winter_publication_report.pdf

95 - **COVID-19 vaccine surveillance report - Week 5 – 3 February 2022**

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

96 - **Vaccini COVID-19: studi per l'approvazione**

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatmentsvaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-studies-approval#what-is-the-level-of-efficacy-that-can-be-accepted-for-approval?section>

97 - COVID-19 vaccine surveillance report - Week 51

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1043608/Vaccine_surveillance_report_-_week_51.pdf

98 - 01/04/2021, La7, Otto e mezzo, Vaccino anti-covid, la rivelazione del Prof. Galli: “Contro la variante inglese ‘funzionichia’, attualmente abbiamo delle reinfezioni negli stessi vaccinati”

<https://www.la7.it/otto-e-mezzo/video/vaccino-anti-covid-la-rivelazione-del-prof-galli-contro-la-variante-inglese-funzionichia-01-04-2021-373317>

99 - Risoluzione 2361/2021 del Consiglio d'Europa

<http://www.europeanrights.eu/index.php?funzione=S&op=3&id=1252>

100 - Regolamento (UE) 2021/953 del Parlamento europeo

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32021R0953>

101 – Vaccino Pfizer-BioNTech, Nota informativa di accompagnamento al modulo di consenso informato

Versione iniziale.

https://www.asl.vt.it/approfondimenti/vaccinazione_covid/consenso_informato_Pfizer.pdf

Versione aggiornata all'8 ottobre 2021:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_33_file.pdf

102 - 19/07/2021, Nota informativa importante concordata con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) e con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1313724/2021.07.19_NII_Vaccini_mRNA_COVID-19_DHPC_IT.pdf

103 - 27/06/2021, Open, Ragazzo americano muore di miocardite dopo il vaccino Pfizer? Il nesso non è dimostrato. Ecco cosa bisogna sapere

<https://www.open.online/2021/06/27/covid-19-ragazzo-americano-morto-miocardite-vaccino-pfizer/>

104 - 20/12/2021, USA Today, New Zealand man dies from myocarditis linked to Pfizer vaccine

<https://www.usatoday.com/story/news/health/2021/12/20/new-zealand-man-dies-myocarditis-linked-pfizer-vaccine/8966233002/>

105 - 18/10/2021, NCBI, Myocarditis-induced Sudden Death after BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination in Korea: Case Report Focusing on Histopathological Findings, Sangjoon Choi, et al.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664804/>

106 - 18/01/2022, EventiAvversi News, Viterbo. Irene Di Berardino ricoverata per una grave miopericardite post vaccino. La risposta dei medici: “È stata sfortunata!”

<https://www.eventiavversinews.it/viterbo-irene-di-berardino-ricoverata-per-una-grave-miopericardite-post-vaccino-la-risposta-dei-medici-e-stata-sfortunata/>

107 - 04/08/2021, il Giorno, Green pass, arriva la circolare per le esenzioni al vaccino: quello che c'è da sapere

<https://www.ilgiorno.it/cronaca/esenzioni-vaccino-circolare-1.6663081>

108 - 26/10/2021, ImolaOggi, Grave reazione allergica dopo il vaccino: negata esenzione dal Green pass

<https://www.imolaoggi.it/2021/10/26/grave-reazione-allergica-dopo-il-vaccino/>

109 - 11/01/2022, Casteddu Ondine, Jessica, 30enne sarda: “Orticaria e tachicardia dopo il vaccino, ho allergie ma non mi danno l'esenzione” (VIDEO)

<https://www.castedduonline.it/jessica-30enne-sarda-orticaria-e-tachicardia-dopo-il-vaccino-ho-allergie-ma-non-mi-danno-l'esenzione-video/>

110 - 08/10/2021, il Resto del Carlino, “Negato il Green pass: denuncio il medico”

<https://www.ilrestodelcarlino.it/rimini/cronaca/negato-il-green-pass-denuncio-il-medico-1.6893186>

111 - 04/10/2021, ComeDonChisciotte, Il medico del 118 rompe l'omertà: “Sui più fragili, il vaccino anti-Covid è l'arma letale”

<https://comedonchisciotte.org/il-medico-del-118-rompe-lomerta-sui-piu-fragili-il-vaccino-anti-covid-e-larma-letale/>

112 - Dichiarazione di Helsinki

<https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000059.pdf>

- 113 - Circolare del 9 febbraio 2021, **Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato** (Prot. N. 0005079-09/02/2021)
<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78775&parte=1%20&serie=null>
- 114 - **Convenzione internazionale sui diritti civili e politici**
https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1993/750_750_750/20111027/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1993-750_750_750-20111027-it-pdf-a.pdf
- 115 - AIFA, **Rapporti su Sorveglianza dei vaccini COVID-19**
<https://www.aifa.gov.it/rapporti-su-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>
- 116 - EMA **Cosa significa il triangolo nero?**
https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/what-does-black-triangle-mean_it.pdf
- 117 - **Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2015**
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/23/15A04666/sg>
- 118 - 02/06/2019, British Medical Journal, J. Puliyel, **Modernising vaccine surveillance systems to improve detection of rare or poorly defined adverse events**
<https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2268/rr-0>
- 119 - 22/10/2021, il Fatto Quotidiano, **Vaccini. “Il mio trauma post-Pfizer” “L’Aifa rileva pochi effetti collaterali”**
<https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2021/10/22/vaccini-il-mio-trauma-post-pfizer-laifa-rileva-pochi-effetti-collaterali/6364067/>
- 120 - 02/11/2021, BMJ, **Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer’s vaccine trial**
<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>
- 121 - 11/01/2022, Christine Cotton, **Evaluation des pratiques méthodologiques mises en œuvre dans les essais Pfizer dans le développement de son vaccin ARN-messager contre la COVID-19 en regard des Bonnes Pratiques Cliniques**
https://www.francesoir.fr/sites/francesoir/files/media-icons/Vaccine-expertise-GCP-CCotton-2022-01-11-French2-copyright_comp.pdf
- 122 - 01/02/2022, FranceSoir, **Essais Pfizer sur le vaccin anti-covid : le rapport explosif de Christine Cotton**
<https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/christine-cotton-essais-pfizer>
- 123 - 23/10/2021, **FDA Buries Data on Seriously Injured Child in Pfizer’s Covid-19 Clinical Trial**
<https://aaron.siri.substack.com/p/fda-buries-data-on-seriously-injured>
- 124 - 31/03/2021, Pfizer, **Pfizer-BioNTech Announce Positive Topline Results of Pivotal COVID-19 Vaccine Study in Adolescents**
<https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-biontech-announce-positive-topline-results-pivotal>
- 125 - 09/04/2021, FDA, **Emergency Use Authorization (EUA) Amendment for an Unapproved Product - Review Memorandum**
<https://www.fda.gov/media/148542/download>
- 126 - 12/06/2021, CDC, **COVID-19 Vaccine BNT162b2 – Safety, Immunogenicity, and Efficacy in Subjects 12-15-years-old – Presentation to ACIP**, John L. Perez
<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-05-12/02-COVID-Perez-508.pdf>
- 127 - 15/07/2021, NEJM, **Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents**, Robert W. Frenck, et al.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456>
- 128 - Pfizer, **5.3.6 Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28-Feb-2021**
<https://phmp.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

129 - Our World in Data
<https://ourworldindata.org/>

130 - 14/12/2021, TrialSiteNews, **FDA's forced hand drops Pfizer's Bombshell Safety Document**
<https://trialsitenews.com/fdas-forced-hand-drops-pfizers-bombshell-safety-document/>

131 - FDA, **Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee – 10/22/2020**
<https://youtu.be/1XTiL9rUpkg>

FDA, Steven Anderson, **CBER Plans for Monitoring COVID-19 Vaccine Safety and Effectiveness**
<https://www.fda.gov/media/143557/download>

132 - 11/01/2022, Bloomberg, **Frequent Boosters Spur Warning on Immune Response**
<https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-01-11/repeat-booster-shots-risk-overloading-immune-system-ema-says>

133 - 15/09/2021, Researchgate, **Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness: Why current studies (for or against vaccination) cannot be trusted and what we can do about it**, Norman Fenton, Martin Neil, Scott McLachlan
<https://www.researchgate.net/publication/354601308> Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness Why current studies for or against vaccination cannot be trusted and what we can do about it

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

135 - US Mortality
www.usmortality.com

136 - 01/11/2022, The Exposé, **Dr Mike Yeadon: The variability in serious adverse events by vaccine lot is the “calibration of a killing weapon”**
<https://dailyexpose.uk/2022/01/11/mike-yeadon-the-variability-in-serious-adverse-events/>

137 - 24/04/ 2012, Sage Journals, **Relative trends in hospitalizations and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990-2010**, G.S. Goldman, N.Z. Miller
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0960327112440111>

138 - Moderna Vaccine Batches and Toxicity – a full analysis
<https://www.howbad.info/modernatoxicity.pdf>

139 - 21/01/2021, County of Orange, **Update to County of Orange Advisory Regarding Moderna Vaccine LOT # 041L20A**
<https://ocovid19.ocalthinfo.com/oc-gov-press-release-county-orange-advisory-regarding-moderna-vaccine-lot-041l20a-0>

140- California OKs Use of Moderna COVID-19 Vaccine After Investigation
<https://www.healthline.com/health-news/why-california-put-a-pause-on-a-single-lot-of-the-moderna-covid-19-vaccine>

141 - A COVID-19 vaccine life cycle: from DNA to doses
<https://www.usatoday.com/in-depth/news/health/2021/02/07/how-covid-vaccine-made-step-step-journey-pfizer-dose/4371693001/>

142 - 25/11/2020, Pfizer, **COVID-19 Vaccine (BNT162, PF-07302048) BB-IND 19736 - Response to CBER Comments Received on 20 November 2020 Regarding Overall CMC Information**
<https://www.howbadismybatch.com/lotsizes.pdf>

143 - FDA, **21 CFR 210.1**
<https://www.ecfr.gov/current/title-21/chapter-I/subchapter-C/part-210/section-210.1>

144 - 17/12/2021, Elsevier, **Why are we vaccinating children against COVID-19?**, Ronald N. Kostoff, *et al.*
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221475002100161X>

145 - 31/10/2021, The Exposé, **Official Data shows Children are up to 52 times more likely to die following Covid-19 Vaccination than Unvaccinated Children & the ONS is trying to hide it**
<https://dailyexpose.uk/2022/01/29/ons-data-covid-vaccinated-children-52x-more-likely-to-die/>

- 146 - **Scheda tecnica vaccino Pfizer-BioNTech - pubblicazione iniziale EMA**
<https://www.ausl.fe.it/home-page/news/allegati-news/2020/covid-19-mrna-vaccine-bnt162b2>
- 147 - 19/07/2021, **Causa civile Stato Alabama 2:21-cv-00702-CLM**, America's Frontline Doctors *et al.* vs. Xavier Becerra, *et al.*
<https://ia802309.us.archive.org/15/items/cdc-45-000-covid-19-vaccine-deaths-law-suit/CDC%2045%2C000%20Covid%2019%20Vaccine%20deaths%20Law%20Suit.pdf>
- 148 - 02/12/2021, Youtube, **MPP Nicholls Questions MOH Elliott on Reports of Rising Stillbirths**
<https://www.youtube.com/watch?v=Cx7ICPIOnck>
- 149 - 19/11/2021, BBC News, **Investigation into spike in newborn baby deaths in Scotland**
<https://www.bbc.com/news/uk-scotland-59347464>
- 150 - **VAERS**: decesso in lattante di 5 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1166062>
- 151 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 9 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=927664>
- 152 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 7 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=939409>
- 153 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 6 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1254975>
- 154 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 7 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1272428>
- 155 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 2 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1395088>
- 156 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 3 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1415059>
- 157 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 3 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1445743>
- 158 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 9 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1031318>
- 159 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 9 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1113464>
- 160 - **VAERS**: evento avverso grave in lattante di 6 mesi
<https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1182232>
- 161 - 27/09/2021, AIFA, **Aggiornamento importante sul periodo di validità COMIRNATY®, Vaccino a mRNA anti-COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)**
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1279946/Aggiornamento_importante_periodo_di_validit%C3%A0_Comirnaty_04_10_21.pdf
- 162 - CDC, **Vaccine Lot Numbers Expiration**
[http://leadingagency.org/home/assets/File/Vaccine%2520Lot%2520Numbers%2520Expiration%2520\(1\).xlsx](http://leadingagency.org/home/assets/File/Vaccine%2520Lot%2520Numbers%2520Expiration%2520(1).xlsx)
- 163 - **Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale**
<http://www.cirpac.it/pdf/testi/Statuto%20di%20Roma%20della%20Corte%20Penale%20Internazionale.pdf>