

## Vaccini anti-covid (Pfizer-Biontech, Moderna, e AstraZeneca)

DIRITTO E DOVERE DI INFORMAZIONE E DIRITTO DI OBIEZIONE.....	1
SPERIMENTAZIONE.....	2
BREVE DESCRIZIONE DELLE TECNOLOGIE UTILIZZATE.....	4
Vaccino AstraZeneca.....	5
Vaccini a mRNA (Pfizer-BioNTech, Moderna).....	5
RAPPORTO BENEFICI/RISCHI.....	6
Benefici.....	9
<i>Efficacia</i> .....	9
<i>Trasmissibilità e durata della protezione</i> .....	10
Rischi.....	11
<i>Decesso</i> .....	11
<i>Trombocitopenia autoimmune e trombosi</i> .....	14
<i>Shock anafilattico</i> .....	16
<i>Potenziamento anticorpo-dipendente (ADE)</i> .....	16
<i>Effetti neurologici</i> .....	17
<i>Fertilità, gravidanza e allattamento</i> .....	17
<i>Genotossicità e potenziale cancerogeno</i> .....	18
<i>Focolai di COVID nelle RSA</i> .....	19
CONTRATTI TRA GOVERNO E AZIENDE FARMACEUTICHE.....	19
APPENDICI.....	20
APPENDICE 1.....	20
APPENDICE 2.....	22
Contaminazione da adenovirus replicanti e considerazione sulle “varianti”.....	23
Incremento della mortalità COVID-19 a seguito delle campagne vaccinali.....	23

Mentre si sta concretizzando l’instaurazione di mezzi ufficialmente riconosciuti di imposizione più o meno surrettizia del vaccino contro il COVID-19, come il “passaporto vaccinale” (“digital green pass”), già ora ci sono molteplici testimonianze di persone coartate a sottoporvisi, per esempio con minaccia di licenziamento o, nel caso di individui istituzionalizzati (anziani o disabili), con minaccia di espulsione dalle strutture che li ospitano. Quanto descritto sta avvenendo, del tutto impunemente, in aperta violazione di diritti fondamentali inalienabili sanciti in base a principi di giustizia e attualmente tutelati a livello sovranazionale e nazionale.

Il presente documento fornisce qualche spunto riguardo ai diritti del potenziale destinatario del vaccino, qualche considerazione in merito all’effettiva necessità dello sviluppo in emergenza di un vaccino contro il COVID-19 – una malattia infettiva che, in base ai dati ufficiali, colpisce in forma grave il 4 per mille degli individui che la contraggono – e varie informazioni, tutte facilmente verificabili, non prive di aspetti di rilievo criminale.

### DIRITTO E DOVERE DI INFORMAZIONE E DIRITTO DI OBIEZIONE

In considerazione di quanto statuito dal Codice di Norimberga, dal protocollo di Oviedo, dalla **Risoluzione 2361 del 2021 del Consiglio d’Europa**, e dall’art. 1 della legge n. 413 del 1993 (diritto di obiezione di coscienza, basato sulla Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo), i potenziali destinatari del vaccino contro il COVID-19 dovrebbero ricevere adeguata e corretta informazione in modo che la scelta se sottoporsi o meno ad esso sia effettivamente una scelta libera e informata, e non derivante da imposizioni, coercizioni, condizionamenti, o pressioni di alcun tipo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Le pressioni a livello mediatico e istituzionale sono notevoli; basti citare i seguenti esempi:

In particolare, la Risoluzione 2361 (2021) citata sopra, la quale al punto 7 prevede che gli Stati membri dell'UE garantiscano, *inter alia*, che i vaccini sviluppati contro il COVID-19 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 che gli organismi di regolamentazione incaricati di verificare e autorizzare i vaccini siano indipendenti e non sottoposti a pressioni politiche, al punto 7.3 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 nel caso in cui non lo desideri;*

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;*

[...]

7.3.5 *comunicare in maniera trasparente i contenuti dei contratti con i produttori dei vaccini e renderli disponibili pubblicamente allo scrutinio parlamentare e pubblico;»*

Da ciò che andrò ad esporre emergerà che queste raccomandazioni non sono state ad ora nella pratica attuate.

## SPERIMENTAZIONE

Per nessuno dei vaccini finora approvati dall'EMA (Agenzia Europea per i Medicinali) e dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), precisamente il vaccino Pfizer-BioNTech (nomi commerciali: Comirnaty e BNT162b2), il vaccino Moderna, e il vaccino AstraZeneca, è stata condotta una sperimentazione adeguata.

Si tratta di farmaci sviluppati facendo ricorso a tecnologie innovative, che non hanno ottenuto un'approvazione da parte di alcun organo di controllo, ma la cui commercializzazione<sup>2</sup>, come "medicinali soggetti a monitoraggio addizionale"<sup>3</sup>, è stata autorizzata da svariate agenzie del farmaco nazionali e internazionali in emergenza senza neppure attendere la conclusione di

---

ANSA, 28 dicembre 2020, **Infettivologo, per operatori sanità vaccino obbligatorio** – «*La vaccinazione anticovid per gli operatori sanitari, sia nelle Rsa che negli ospedali, dovrebbe essere obbligatoria. È un dovere etico-professionale. Altrimenti, meglio cambiare mestiere.*». Così in un'intervista a 'Il Messaggero' l'infettivologo Massimo Andreoni. (...) «*Nessuno è costretto a fare il medico, l'infermiere, il militare, il poliziotto. Per alcune persone è prevista la vaccinazione obbligatoria per il ruolo che si ricopre. Non è una privazione della libertà, è una regola.*» (...) Il governo non ha imposto l'obbligo «*perché non c'è una forza politica sufficiente per prendere una decisione che sicuramente sarebbe poco gradita ad una grande fetta dell'elettorato.*». Ritrosi alla vaccinazione ci sono anche tra gli operatori sanitari. «*Non è credibile che ci sia un infermiere, un medico che sia un no-vax. Altrimenti vuol dire che è stato sbagliato dare la laurea a ciascuno di loro.*».

[https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/focus\\_vaccini/2020/12/28/infettivologo-per-operatori-sanita-vaccino-obbligatorio\\_121b6a46-29cf-4b33-a8c5-1888c5dd21dd.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/focus_vaccini/2020/12/28/infettivologo-per-operatori-sanita-vaccino-obbligatorio_121b6a46-29cf-4b33-a8c5-1888c5dd21dd.html)

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, che a luglio compirà 80 anni e che, data la carica che riveste, appartiene necessariamente a una categoria a rischio, nel discorso di fine anno ha dichiarato: «*Vaccinarsi è una scelta di responsabilità, un dovere. Tanto più per chi opera a contatto con i malati e le persone più fragili. Di fronte a una malattia così fortemente contagiosa, che provoca tante morti, è necessario tutelare la propria salute ed è doveroso proteggere quella degli altri, familiari, amici, colleghi. Io mi vaccinerò appena possibile, dopo le categorie che, essendo a rischio maggiore, debbono avere la precedenza.*».

TgCom24, 14 marzo 2021, **Genova, positiva un'infermiera che rifiutò il vaccino: focolaio in ospedale | Bassetti: "Ora da Draghi una legge che lo renda obbligatorio per i sanitari"**

[https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/liguria/vaccini-bassetti-draghi-intervenga-con-legge-per-obbligatoriet-a-sanitari\\_29780341-202102k.shtml](https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/liguria/vaccini-bassetti-draghi-intervenga-con-legge-per-obbligatoriet-a-sanitari_29780341-202102k.shtml)

<sup>2</sup> ISS, 7 gennaio 2021, **Sviluppo, valutazione e approvazione dei vaccini contro COVID-19** – Per questi vaccini è stata concessa un'"autorizzazione condizionata all'immissione in commercio: un tipo di approvazione per i farmaci che rispondono a esigenze medico-sanitarie non ancora soddisfatte, in particolare in situazioni di emergenza come appunto nel caso della pandemia da SARS-CoV-2. (...) Le autorità regolatorie fanno ricorso a questo strumento se il beneficio della disponibilità immediata di un farmaco supera chiaramente il rischio legato al fatto che non tutti i dati sono ancora disponibili. L'autorizzazione condizionata si basa infatti su dati meno completi rispetto a quelli richiesti per una "normale" procedura di approvazione e immissione in commercio. Tuttavia, una volta concessa, le aziende sono obbligate a fornire entro determinate scadenze ulteriori dati per confermare che i benefici continuano a superare nettamente gli eventuali rischi.»

<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-sviluppo-valutazione-approvazione>

tutte le fasi di sperimentazione normalmente previste, e con riserva da parte delle aziende farmaceutiche di produrre entro date a venire (giugno, luglio 2021) documenti fondamentali, quali la certificazione dell'uniformità dei lotti, il profilo di purezza, la stabilità del principio attivo, come risulta evidente dai relativi foglietti illustrativi<sup>4</sup>.

La normale procedura di sperimentazione di un nuovo farmaco richiede infatti normalmente una decina di anni o più<sup>5</sup> e prevede dapprima di portare a termine i test preclinici, tipicamente della durata minima di tre anni, e di valutare compiutamente gli effetti *in vitro* e su modelli animali; solo in seguito si procede alla sperimentazione clinica sugli esseri umani. Una volta superate positivamente anche le fasi di sperimentazione clinica, si autorizza la commercializzazione del nuovo farmaco. Lo scopo della sperimentazione è infatti di valutare, oltre ovviamente all'efficacia del farmaco, anche eventuali effetti collaterali, e non solo quelli a breve termine, ma anche quelli a medio e lungo termine (cancro, malattie autoimmuni, malattie neurodegenerative, infertilità, ecc.).

Con questi vaccini si è proceduto alla fase clinica anche in assenza di pubblicazioni riguardo ai test preclinici effettuati *in vitro* e su modelli animali. E nemmeno la fase di sperimentazione clinica è stata completata prima dell'autorizzazione.

È proprio a causa di una sperimentazione troppo breve che le stesse aziende farmaceutiche produttrici sono completamente all'oscuro di quali possano essere gli effetti a medio e lungo termine, e ignorano persino un dato fondamentale, quale è la durata della protezione: le ipotesi spaziano da 6 mesi a 1 anno, e ovviamente i rischi di effetti collaterali aumentano in relazione al numero di richiami necessari per garantire la copertura.

Ma anche riguardo agli effetti a breve termine, la sperimentazione è stata condotta da tali aziende in maniera estremamente affrettata e superficiale, con **scarsa o nulla supervisione indipendente**. Non solo: su alcune categorie, e in particolare sulle fasce di popolazione a maggiore rischio di contrarre la patologia COVID-19 in forma grave, in particolare anziani al di sopra degli 80 anni, soggetti immunocompromessi, soggetti fragili in terapia plurifarmacologica, per i quali anche gli effetti collaterali del vaccino possono essere più imprevedibili, la sperimentazione clinica è stata condotta in maniera estremamente limitata o non è stata condotta nel modo più assoluto<sup>6</sup>.

Di fatto, si utilizza il pretesto di questa “pandemia”, rappresentata dalla gran maggioranza dei mezzi di informazione come piaga esiziale che risveglia antichi spettri (dall'influenza spagnola alla peste), per autorizzare il commercio di farmaci, tra cui anche i vaccini, prima del completamento della sperimentazione, e la raccolta di dati ulteriori procede nel corso della somministrazione su vasta scala in una maniera che apre serie perplessità di ordine etico, oltretutto metodologico. Con la campagna vaccinale in atto si sta in pratica sottoponendo la popolazione, a propria insaputa per via della scarsa informazione fornita e di una propaganda

---

<sup>3</sup> EMA, **Cosa significa il triangolo nero?** – Dopo la loro immissione sul mercato dell'UE, tutti i medicinali sono sottoposti a monitoraggio. Tuttavia, i medicinali soggetti a monitoraggio addizionale, contrassegnati dal triangolo nero, “sono sottoposti a un monitoraggio ancora più attento rispetto agli altri medicinali”. Per essi, ancor più che per gli altri, è 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.” Emergerà nel seguito con quale grado di cautela si sta effettuando questo monitoraggio.

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/what-does-black-triangle-mean\\_it.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/what-does-black-triangle-mean_it.pdf)

<sup>4</sup> Link a foglietti illustrativi:

Vaccino Pfizer-BioNTech Comirnaty: [https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer\\_005389\\_049269\\_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113](https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_005389_049269_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113)

Vaccino COVID-19 Moderna:

[https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer\\_005438\\_049283\\_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113](https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_005438_049283_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113)

Vaccino COVID-19 AstraZeneca:

[https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer\\_000690\\_049314\\_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113](https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_000690_049314_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113)

<sup>5</sup> Si veda per esempio: Teva, **Come nasce un farmaco**

<https://www.tevaitalia.it/our-products/article-pages/How-medicines-born/>

<sup>6</sup> Basti vedere, sui relativi foglietti illustrativi, quanto è specificato a proposito di soggetti immunocompromessi, interazioni con altri farmaci, fertilità.

vaccinale accecante, ad una vasta sperimentazione su esseri umani, in aperta violazione del Codice di Norimberga.

Peraltro, la raccolta di dati riguardanti efficacia e reazioni avverse, in questa fase di sperimentazione non dichiarata palesemente ma neppure taciuta<sup>7</sup>, è condotta in maniera estremamente dozzinale. Per la gran maggioranza degli effetti avversi riscontrati nei giorni immediatamente successivi alla somministrazione, regolarmente, complici conflitti di interesse ormai noti da tempo, viene escluso un nesso causale con la somministrazione del vaccino.

E mentre in taluni Paesi, per esempio in Svizzera e a seguire in Danimarca, Norvegia e Islanda<sup>8</sup>, la somministrazione di alcuni dei vaccini è stata sospesa o limitata, in Italia i mezzi di informazione dipingono il vaccino anti-COVID approvato, qualunque esso sia, come il mezzo salvifico, l'unico che potrà permetterci di uscire da questa "pandemia" (sebbene la luce in fondo al tunnel già sia completamente oscurata dal turbine della variante inglese comparsa contemporaneamente in varie parti del globo – a dispetto della forte limitazione nel movimento di persone – in seguito alle, o nonostante le, estese campagne vaccinali), e censurano pervicacemente ogni dato e ogni obiezione che possa accendere qualche spia di allarme.

## BREVE DESCRIZIONE DELLE TECNOLOGIE UTILIZZATE

Le tecnologie utilizzate per la produzione dei vaccini in questione sono state divulgate in maniera molto sommaria e superficiale. Poco è stato reso pubblico riguardo ai relativi dettagli tecnici delle procedure con cui sono stati ottenuti. Non si tratta infatti dei vaccini classici, costituiti cioè da agenti patogeni opportunamente trattati in modo da essere resi sostanzialmente innocui, i quali simulano il primo contatto con l'agente infettivo evocando la risposta immunitaria, ma sono ottenuti facendo ricorso a tecniche di ingegneria genetica.

Per coloro che si sottopongono al vaccino **non vi è possibilità di scegliere la tipologia**<sup>9</sup>.

Tutti e tre i vaccini andrebbero somministrati per via intramuscolare in due dosi a distanza di 3 settimane per il vaccino Pfizer-BioNTech, 4 settimane per il vaccino Moderna, da 4 a 12 settimane per il vaccino AstraZeneca. Il primo è indicato al di sopra dei 16 anni, il secondo e il terzo sono indicati al di sopra dei 18 anni.

Poiché sulla loro intercambiabilità non sono a disposizione dati, i relativi foglietti illustrativi prevedono che i soggetti che hanno ricevuto una dose di uno dei vaccini devono ricevere una seconda dose dello stesso vaccino per completare il ciclo di vaccinazione.

Non sempre queste procedure vengono osservate.

---

<sup>7</sup> Gli stessi produttori del vaccino a mRNA anti-COVID-19 dichiarano che *"la durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla"* (vedere per esempio il foglietto illustrativo del vaccino Pfizer-BioNTech). Gli "studi clinici" a cui si riferiscono sono anche a quelli non randomizzati in corso nei vari Paesi con la somministrazione di massa del vaccino.

<sup>8</sup> Luino Notizie, 17 febbraio 2021, **Covid, la Svizzera blocca il vaccino di AstraZeneca - Sospese le procedure per l'omologazione dopo il verdetto dell'agenzia del farmaco elvetica: "Servono più informazioni su sicurezza ed efficacia"**.

<https://www.luino notizie.it/2021/02/17/covid-la-svizzera-blocca-il-vaccino-di-astrazeneca/318756>

Giornale di Sicilia, 11 marzo 2021, **Danimarca, Norvegia e Islanda sospendono il vaccino AstraZeneca: "Problemi di coagulazione nei pazienti"**

<https://gds.it/articoli/mondo/2021/03/11/la-danimarca-sospende-il-vaccino-astrazeneca-problemi-di-coagulazione-nei-pazienti-fe57e4d8-e432-4d07-8144-b6ed401a5f23/>

<sup>9</sup> Quotidianosanità.it, 3 febbraio 2021, **Vaccino Covid. Ricciardi: "Italiani non potranno scegliere quale fare, spetta ai medici e alla scienza indicare quello più adatto"**

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=92128](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=92128)

## Vaccino AstraZeneca

Il vaccino AstraZeneca<sup>10</sup> è un vaccino a vettore virale non replicante (ossia incapace di replicarsi). Il vettore virale è un adenovirus di scimpanzé che codifica per la proteina spike del virus SARS-COV-2 ed è coltivato su cellule renali fetali umane (HEK)293 modificate geneticamente (OGM) mediante tecnologia a DNA ricombinante.

Sul foglietto illustrativo non è riportato alcun limite di età superiore per la somministrazione, benché si sottolinei che “*i dati degli studi clinici attualmente disponibili non consentono una stima dell'efficacia del vaccino in soggetti di età superiore ai 55 anni*”, e in Italia finora si sia disposta la somministrazione di questo vaccino soltanto a persone al di sotto dei 65 anni di età e in buona salute, per via di effetti collaterali, che insorgono in 1 o più persone su 10, piuttosto pesanti, come nausea, vomito, brividi, febbre anche elevatissima, capogiri (e tutti i rischi correlati). È in previsione in Italia l'estensione dell'uso anche oltre i 65 anni di età.

## Vaccini a mRNA (Pfizer-BioNTech, Moderna)

Pfizer-BioNTech<sup>11</sup> e Moderna sono vaccini basati su tecniche sperimentali che originariamente erano state sviluppate per la produzione di farmaci antitumorali, i quali tuttavia non avevano mai ricevuto autorizzazione al commercio da alcun ente regolatore. Ciò che questi farmaci contengono, al contrario dei vaccini classici, costituiti, come accennato sopra, da agenti patogeni opportunamente trattati, è informazione genetica che permette alle cellule dell'organismo di produrre determinate proteine (nella fattispecie le proteine spike del virus SARS-CoV-2): per questo sono detti anche “vaccini genici”.

Stando alla descrizione dei produttori, si tratta di una sequenza di RNA messaggero (mRNA) di sintesi prodotta *in vitro* senza l'utilizzo di cellule, avvolta in nanoparticelle lipidiche combinate chimicamente a polietilenglicole (PEG) in modo da rendere la sequenza atta a penetrare attraverso la membrana cellulare.

Secondo il meccanismo di funzionamento descritto, queste nanoparticelle lipidiche che contengono l'mRNA penetrerebbero all'interno delle cellule del sistema immunitario dette APC (*antigen-presenting cell*, ossia cellule presentanti l'antigene), le quali produrrebbero, in base all'informazione contenuta nell'mRNA, la proteina spike, mostrandola all'esterno, sulla propria membrana. La proteina spike andrebbe poi a stimolare il sistema immunitario, con l'attivazione di linfociti B, linfociti T helper, e linfociti T citotossici. I linfociti B sono in grado, tra le altre cose, di produrre gli anticorpi; i linfociti T helper (aiutanti) hanno la funzione di regolare la produzione e la differenziazione di altri linfociti; i linfociti T citotossici sono in grado di distruggere cellule con le quali vengono in contatto ed in particolare quelle infettate da virus o degenerate in cellule tumorali.

Con questa attivazione del sistema immunitario, si creerebbe la barriera anticorpale che permette di far fronte ad eventuali attacchi virali.

Nella realtà può tuttavia accadere ben altra cosa rispetto a quanto teorizzato: infatti, nulla sembra vietare l'ingresso dell'mRNA, proprio in quanto inglobato nella nanoparticella lipidica, all'interno di **qualsiasi cellula** con cui la nanoparticella entra in contatto, quindi non soltanto all'interno delle cellule APC del sistema immunitario come teorizzato.

E, come evidenzia il Prof. Paolo Bellavite, docente di Patologia generale all'Università di Verona, in un testo che sintetizzo di seguito, se la proteina spike può essere prodotta da **qualsiasi cellula** e presentata sulla propria membrana, la cellula in questione può essere attaccata e distrutta dai linfociti T citotossici. Se ciò avviene, le conseguenze per la persona

---

<sup>10</sup> Angela Merkel ha dichiarato: «*Io ho 66 anni e non appartengo al gruppo per cui AstraZeneca è consigliato*», «*è un vaccino affidabile, efficace e sicuro ed è stato approvato dall'agenzia europea del farmaco e in Germania consigliato fino ai 65 anni di età*».

<sup>11</sup> L'amministratore delegato di Pfizer Albert Bourla ha dichiarato alla CNBC il 14 dicembre: «*Ho 59 anni, sono in buona salute, non lavoro in prima linea, quindi non è consigliabile che il mio gruppo venga vaccinato ora*» e ha aggiunto che la società non vuole che i dirigenti della sua azienda «*abbiano priorità rispetto agli altri*» ricevendo il vaccino prima di chi è più a rischio, perché questo sarebbe un cattivo esempio.

sottoposta al trattamento potrebbero essere più o meno gravi secondo il tipo e il numero di cellule colpite, il tessuto dove avviene la reazione, o l'organo. Si potrà andare da un semplice malessere transitorio, al blocco di un organo, ad una reazione autoimmunitaria sistemica.

Altra criticità è rappresentata dal polietilenglicole (PEG) stesso, sostanza che, come detto, è combinata chimicamente alle nanoparticelle lipidiche. Questo componente, **mai utilizzato in precedenza nei vaccini approvati**, è noto per scatenare gravi reazioni allergiche, potenzialmente letali (shock anafilattico).

Infine, uno dei grossi scogli da superare nello sviluppo dei vaccini ad acidi nucleici è l'instabilità dell'RNA, e questa è la ragione primaria per la quale vi è la necessità, con questi vaccini, di garantire la catena del freddo<sup>12</sup>. Essi richiedono quindi basse temperature di conservazione, specificate intorno a -20°C per il Moderna e addirittura intorno ai -70°C per il Pfizer-BioNTech, il che determina non pochi problemi di natura logistica. Tuttavia, recenti disposizioni consentono la conservazione anche di quest'ultimo vaccino per due settimane a temperature intorno a -20°C<sup>13</sup>. Ignoro se sia stata condotta alcuna specifica verifica di stabilità relativamente al vaccino conservato a questa temperatura.

## RAPPORTO BENEFICI/RISCHI

Quando si considera di intraprendere una terapia farmacologica o di commercializzare un nuovo farmaco, è auspicabile che tale terapia o tale farmaco abbia un beneficio effettivo, e il beneficio deve ovviamente superare l'eventuale danno a cui si è disposti ad accettare di esporre il paziente, danno che deve essere il minore possibile.

Se può essere già problematico valutare il rapporto tra beneficio e rischio di danno nel caso di un farmaco ad uso terapeutico, ancor più problematico è valutare tale rapporto per un farmaco ad uso preventivo, quale è un vaccino. Infatti, contrariamente a un farmaco ad uso terapeutico, che si utilizza quando un soggetto è già affetto dalla malattia che il farmaco dovrebbe aiutare a guarire o della quale quanto meno esso dovrebbe alleviare la sintomatologia, non è assolutamente detto che la persona che si sottopone al vaccino contragga mai la malattia dalla quale il vaccino dovrebbe fornire protezione.

Nel caso del COVID-19, dai dati ufficiali emerge che intorno a 56,3 milioni di persone nel mondo intero lo hanno contratto e superato in un anno (dal 22 gennaio 2020 al 22 gennaio 2021); quindi l'incidenza della malattia sull'intera popolazione mondiale è intorno allo 0,7% in un anno (circa 5% in Italia). Di questi 56,3 milioni, circa 2,1 milioni, ovvero circa il 3,7% degli infetti, è deceduto. La mortalità globale annuale si attesta pertanto intorno ai **3 decessi su 10.000 abitanti (16 su 10.000** in Italia, con età media intorno agli 80 anni secondo i rapporti ISTAT). Per avere un'idea di quanto incide l'epidemia sulla mortalità globale, nel 2020 i decessi attribuiti al COVID-19 (1.824.666) rappresentavano **meno di 1/30 del totale dei decessi per qualsiasi causa** riferiti all'anno 2016 (56.873.804, di cui la prima causa sono le malattie cardiovascolari: 17.858.012 decessi nel 2016) e **meno di 1/4** dei decessi dovuti a

---

<sup>12</sup> British Medical Journal, 10 marzo 2021, **The EMA covid-19 data leak, and what it tells us about mRNA instability** – Questo articolo riporta che, da e-mail di funzionari dell'EMA (European Medicines Agency) datate alla seconda metà di novembre che erano state trafugate durante un attacco hacker a dicembre, risulta che i lotti del vaccino Pfizer non erano rispondenti alle specifiche dichiarate: erano presenti elevate quantità di porzioni di mRNA modificate o troncate in rapporto alla quantità di mRNA integro. La differenza (dal 78% al 55%) tra i lotti commerciali e quelli clinici aveva sollevato preoccupazioni tra i funzionari dell'EMA. Il 21 dicembre il vaccino è stato autorizzato al commercio, ma non è chiaro come tali preoccupazioni siano state risolte. Da un'e-mail del 25 novembre risulta che "Gli ultimi lotti indicano che la percentuale di RNA integro è tornata a valori intorno al 70-75%, il che ci lascia cautamente ottimisti sul fatto che ulteriori dati possano risolvere la questione." L'EMA sostiene che l'informazione divulgata è stata in parte manomessa.

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n627>

<sup>13</sup> La Repubblica, 19 febbraio 2021, **Il vaccino Pfizer-BioNTech si potrà conservare a temperature meno estreme** In una lettera all'autorità americana del farmaco, affermano che sarà sufficiente una temperatura compresa tra -25 gradi centigradi e -15 gradi, non più -70 come ora.

[https://www.repubblica.it/cronaca/2021/02/19/news/il\\_vaccino\\_pfizer-biontech\\_si\\_potra\\_conservare\\_a\\_temperature\\_meno\\_estreme-288320653/](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/02/19/news/il_vaccino_pfizer-biontech_si_potra_conservare_a_temperature_meno_estreme-288320653/)

**malattie infettive** riferiti all'anno 2016 (8.455.819)<sup>14</sup>. Di fatto, se si considera che, già dall'autunno 2020, dei circa 22 milioni di casi giornalmente attivi di COVID-19 nel mondo, appena il 4 per mille (circa 90 mila in tutto il mondo) versa in condizioni gravi o critiche, l'incidenza di casi gravi sull'intera popolazione mondiale è di circa 13 per milione di abitanti.

Quindi, considerando questi dati epidemiologici, visto che si sta pianificando una vaccinazione su scala estesissima o addirittura globale, il rischio di andare incontro a danni gravi da vaccino dovrebbe essere mantenuto ben al di sotto di tali valori, e in particolare occorrerebbe garantire che la somministrazione nell'arco di un anno causi un numero di decessi ben inferiore ai valori indicati relativi alla mortalità annuale del COVID-19. Vedremo anche nel seguito che in Norvegia si sono verificati 29 decessi post-vaccino (vaccino Pfizer-BioNTech) di persone con età pari o superiore ai 75 anni su 42.000 persone vaccinate appartenenti alle categorie considerate a rischio (operatori sanitari e anziani istituzionalizzati), il che equivale circa a **7 decessi post-vaccino su 10.000 vaccinati**, valore altamente preoccupante, al di là delle rassicurazioni dell'AIFA. Se la durata della copertura vaccinale è inferiore all'anno e si profila una vaccinazione globale, i decessi dovuti al vaccino sono destinati a superare di gran lunga quelli dovuti alla malattia da cui il vaccino dovrebbe proteggere.

Tra l'altro, i dati ufficiali epidemiologici relativi al COVID-19 forniti sopra non tengono in conto né che il numero di decessi attribuiti al COVID-19 è stato artatamente lievitato con l'inclusione di morti dovute ad altre cause, né che in ogni caso la mortalità di questa malattia potrebbe essere ulteriormente ridotta. È infatti ormai più che risaputo che, come per qualunque sindrome simil-influenzale, a maggior ragione per una malattia che ha elevata propensione ad evolvere verso quadri problematici, un approccio terapeutico a domicilio alla comparsa dei primi sintomi, con farmaci disponibili in qualunque farmacia (aspirina, antibiotici, cortisonici, cloroquina e analoghi, eparina, integratori minerali e vitaminici, ecc.), nella stragrande maggioranza dei casi riesce a prevenire l'evoluzione verso la fase infiammatoria, caratterizzata da coagulazione intravasale disseminata e interessamento polmonare. Quindi le forme gravi e potenzialmente letali potrebbero essere ulteriormente ridotte, anche in persone anziane con pluripatologie.

D'altra parte a Marsiglia, dove si è applicata la terapia precoce suggerita dal Prof. Didier Raoult (ossia il trattamento ai primi sintomi con idrossicloroquina associata a azitromicina, entrambi farmaci disponibili in qualunque farmacia, di basso costo, e dal profilo di sicurezza ben noto), da gennaio a fine maggio 2020 si è registrata una **riduzione nel numero di decessi totali** rispetto al periodo corrispondente del 2018 (riduzione dell'1%) e del 2019 (riduzione del 14%). Al contrario, Parigi, dove tale cura non solo non è stata applicata, ma è stata fortemente osteggiata, ha visto un aumento del +32% e +35% rispettivamente<sup>15</sup>.

Purtroppo la terapia domiciliare precoce è irresponsabilmente osteggiata a livello governativo in Italia (ma non solo). Soltanto ora – a ben un anno di distanza dai primi rilievi della presenza dell'agente patogeno in Italia – si osserva qualche iniziativa regionale<sup>16</sup> in

<sup>14</sup> World Health Organization, **Disease burden and mortality estimates**  
[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)  
RaiNews, **Emergenza coronavirus**

<https://www.rainews.it/ran24/speciali/2020/covid19/world.php>

<sup>15</sup> HCQ Trial, **Early treatment with hydroxychloroquine: a country-based analysis**

Variazione nella mortalità totale del 2020 rispetto agli anni precedenti (decessi totali da gennaio a fine maggio):

	2018	2019	2020	2020/2018	2020/2019
Parigi	6055	5927	7972	+32%	+35%
Marsiglia	1321	1509	1304	-1%	-14%

<sup>16</sup> <https://hcqtrial.com/> Sito Regione Piemonte, 5 marzo 2021, **Covid, aggiornato il protocollo delle cure a casa** – “Siamo convinti, perché lo abbiamo riscontrato sul campo fin dalla prima ondata - osserva Icardi - che in molti casi il virus si possa combattere molto efficacemente curando i pazienti a casa. Non vuol dire limitarsi a prescrivere paracetamolo per telefono e restare in vigile attesa, ma prendere in carico i pazienti Covid a domicilio da parte delle unità speciali di continuità assistenziale, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Siamo stati tra i primi, l'anno scorso, a siglare un protocollo condiviso con ASL, prefetture e organizzazioni di categoria dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. L'obiettivo è evitare che i ricoveri, così come le degenze prolungate oltre l'effettiva necessità clinica, delle persone che possono essere curate a domicilio, determinino una consistente occupazione di posti letto e l'impossibilità di erogare assistenza a chi versa

opposizione alle disposizioni attendistiche emanate a livello governativo, le quali prevedono, in vigilante attesa, l'esclusiva somministrazione di tachipirina, farmaco peraltro di efficacia più che dubbia nella terapia del COVID-19: anzi, è addirittura nocivo<sup>17</sup>.

In ogni caso, la malattia, pur in assenza di terapie adeguate, si è dimostrata colpire giovani e bambini in maniera molto limitata e con decorso nella stragrande maggioranza dei casi benigno. Quindi, quando si ipotizza la somministrazione del vaccino per queste fasce di età, occorre garantire che il rischio di danno sia praticamente nullo. Giova infatti ricordare che, in base alla sentenza della Corte Costituzionale 307/1990<sup>18</sup>, *“il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività ... non postula il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri”*.

Per quanto riguarda invece i soggetti a maggior rischio di contrarre il COVID-19 in forma grave, tipicamente individui anziani e/o con pluripatologie, occorre garantire comunque un danno inferiore al rischio effettivo di contrarre la malattia in forma grave. Il rischio di lesioni da vaccino è stato valutato molto marginalmente prima dell'autorizzazione al commercio in quanto, come detto nel precedente paragrafo, i criteri di inclusione della sperimentazione clinica in fase 3 non hanno previsto il reclutamento di soggetti immunocompromessi, e anche la popolazione anziana coinvolta nella sperimentazione è stata veramente esigua<sup>19</sup>.

Date queste importanti considerazioni, risulta più che opportuno valutare attentamente il rapporto rischi/benefici prima di proseguire con la messa in atto di una disavveduta campagna vaccinale su larga scala.

Vi è infatti un importante precedente nella storia recente dei vaccini che occorre tenere presente onde evitare di replicare errori con conseguenze potenzialmente catastrofiche, conseguenze per le quali le autorità sanitarie dovranno ritenersi legalmente e moralmente responsabili qualora abbiano ignorato i segnali di allarme e non abbiano adottato le adeguate misure precauzionali.

Tra il 2009 e il 2010<sup>20</sup> c'è stata l'epidemia di influenza suina, che ha mandato in panico il mondo intero. In Germania il Der Spiegel del 12 marzo 2010 scriveva: *“Quasi per un anno l'influenza suina ha tenuto il mondo in suspense; una gigantesca campagna vaccinale dovrebbe arrestarla, nonostante, dopotutto, stiamo affrontando un ceppo virale abbastanza innocuo”*. Il vaccino, autorizzato in emergenza, fu accolto con favore in Europa. Quasi tutti i Paesi europei, Polonia esclusa, immagazzinarono centinaia di milioni di dosi di vaccini per la vaccinazione di massa della popolazione. I tedeschi rifiutarono il vaccino, principalmente perché la letalità dovuta all'influenza suina era di fatto inferiore allo 0,02%: ciò equivale a 2

---

*in condizioni più gravi e con altre patologie di maggiore complessità.”*

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/covid-aggiornato-protocollo-delle-cure-casa>

<sup>17</sup> Il Primato Nazionale, 5 marzo 2021, **“A casa non bastano ‘tachipirina e vigile attesa’, si a cure precoci”**. Il **Tar del Lazio contesta l'Aifa** – “Il protocollo «tachipirina e vigile attesa», spiega il dottor Andrea Mangiagalli, «gira da tanto tempo: non capiamo da dove derivi, ma il paracetamolo ha un effetto negativo perché consuma glutatione, una sostanza antiossidante che serve per frenare l'iperossidazione negli stati infiammatori. In più, utilizzare solo il paracetamolo in questa patologia nasconde la curva termica e porta a problemi come l'ingresso nel secondo stadio, quello della polmonite, senza quasi accorgersene»”.

<https://www.ilprimatonazionale.it/cronaca/tachipirina-vigile-attesa-tar-lazio-aifa-184629/>

<sup>18</sup> Con Sentenza 307 del 14-22 giugno 1990, la Corte Costituzionale si era pronunciata dichiarando l'illegittimità della legge 4 febbraio 1966, n. 51 (Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica) “nella parte in cui non prevede, a carico dello Stato, un'equa indennità” per danni riconducibili al vaccino riportati “dal bambino vaccinato o da altro soggetto a causa dell'assistenza personale diretta prestata al primo”. Si trattava del caso di Iside Oprandi, che aveva contratto la malattia per contatto con il figlio Davide, sottoposto a vaccinazione obbligatoria antipoliomielitica.

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1990&numero=307>

<sup>19</sup> Nel caso dello studio preliminare relativo al vaccino Pfizer-BioNTech, come si evince anche dal relativo foglietto illustrativo, su 18.242 individui sottoposti al vaccino valutati per studiare l'efficacia, vi erano soltanto 804 persone di età pari o superiore a 75 anni.

The New England Journal of Medicine, 31 dicembre 2021, **Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine**

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034577>

<sup>20</sup> 21 agosto 2020, **Immunity and Immunization by Prof. Sucharit Bhakdi.**

<https://youtu.be/4uo2KGiSjrw>

decessi per 10.000 infezioni, che avevano interessato principalmente gli anziani. Come per il SARS-CoV-2, raramente i decessi riguardavano individui sotto i 60 anni. Al contrario, il vaccino creò un'elevata incidenza di lesioni permanenti anche in bambini e giovani adulti, i quali non avrebbero subito danni dall'influenza. In Svezia la campagna vaccinale fu su larghissima scala e incluse bambini e giovani. Nel Nord Europa, in particolare in Svezia, dove non erano stati registrati decessi in queste fasce, il vaccino causò circa 2000 casi di narcolessia. Si tratta di un disturbo del sonno, che determina sconvolgimento del ritmo sonno-veglia; gli individui colpiti hanno improvvisi attacchi di sonno durante le normali attività quotidiane e non riescono a star svegli; la qualità della loro vita risulta notevolmente compromessa.

## **Benefici**

### ***Efficacia***

Nel valutare i benefici di un vaccino, il fattore primario da tenere in conto è l'efficacia, ossia la capacità del vaccino di evitare che un soggetto vaccinato esposto all'agente infettivo contragga l'infezione.

L'efficacia dichiarata per i tre vaccini sarebbe compresa tra il 62,6% (AstraZeneca) e il 95% (Pfizer-BioNTech, Moderna).

Per il vaccino Pfizer-BioNTech, la cui efficacia propagandata sarebbe del 95% (di fatto più precisamente l'intervallo di credibilità al 95% sarebbe compreso tra il 90,0% e il 97,9%), è utile osservare, sulla Tabella 3 riportata nel relativo foglietto illustrativo, i valori dichiarati per fasce di età.

Gli intervalli di credibilità (o confidenza) rendono un'idea di quanto il dato di efficacia è incerto, e quindi di quanto è esiguo il campione utilizzato per stimare tale dato: si evince dalla tabella in questione che l'efficacia tra i 65 e i 75 anni di età ricade nell'intervallo compreso tra il 66,7% e il 99,9%, e al di sopra dei 75 anni di età ricade nell'intervallo tra il -13,1% (segno negativo!!!) e il 100%. Di fatto emerge che al di sopra dei 75 anni non è stato possibile valutare i benefici.

L'efficacia dichiarata sarebbe dimostrata a una settimana dalla somministrazione della seconda dose. Sono stati già segnalati diversi casi di persone vaccinate con entrambe le dosi che avrebbero contratto la malattia dopo tale periodo, ma i mezzi di informazione hanno sempre puntualizzato che non era trascorsa la settimana utile che garantirebbe completa copertura. Se questo è vero, non pare chiaro in base a quali lumi si stia ora ventilando l'ipotesi di effettuare, in casi più o meno specifici (per esempio negli anziani), la somministrazione unicamente di una dose, per quanto, dati i già evidenti segnali di allarme che vedremo nel seguito, una dose sia probabilmente più auspicabile che due.

La puntata di Report del 25 gennaio mette in evidenza diverse criticità del metodo con cui sono stati condotti e si stanno tuttora conducendo gli studi di efficacia. Peter Doshi, professore associato all'Università del Maryland, redattore associato del British Medical Journal, e uno dei massimi esperti mondiali di trial clinici, ha messo in guardia sul rischio che con il progredire della campagna vaccinale si possano perdere i dati di controllo del gruppo placebo, in quanto ai volontari partecipanti alla sperimentazione che fossero risultati nel gruppo placebo è stata data massima priorità di accesso al vaccino, una volta che questo fosse stato autorizzato. Egli spiega: *“Se perdiamo il gruppo placebo perderemo la possibilità di verificare il vaccino in termini di efficacia ed effetti avversi”*.

Lo stesso Prof. Doshi, relativamente ai dati pubblicati sull'efficacia, si è posto qualche dubbio, al punto da ritenere che l'efficacia reale dei nuovi vaccini non sia intorno al 95%, come dichiarato, bensì tra il 19% e il 29%, ciò che lo ha portato a concludere che questi

vaccini non sarebbero dovuti essere autorizzati alla distribuzione, dato il limite minimo di efficacia previsto del 50%<sup>21</sup>.

Si sta ora avviando all'Imperial College di Londra uno studio clinico (che sul piano etico ha lasciato aperti non pochi interrogativi, nonostante abbia ricevuto l'approvazione di un comitato etico) finalizzato a comprendere quali siano i vaccini più efficaci. Esso prevede il reclutamento di 90 giovani sani, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, i quali, dopo aver ricevuto il siero ed essere esposti al virus patogeno, saranno monitorati per un anno. Di notevole interesse l'articolo del Fatto Quotidiano<sup>22</sup> che ne parla. Riproduco di seguito stralci, peraltro contenenti alcune interessanti ammissioni:

*«Sulla home page del sito di Imperial College London, la foto di Sars-CoV-2 con le punte minacciose, stride con l'invito che appare proprio sotto: “Si cercano volontari per partecipare alla prima sfida umana al mondo sul Coronavirus”. A Londra si richiedono persone disposte a farsi spruzzare una dose minima di Covid-19 direttamente nelle narici, per consentire agli scienziati di studiare come si sviluppa il contagio, i meccanismi con cui il virus si trasmette da un individuo all'altro, e quelli della nostra risposta immunitaria ai vaccini. L'idea è dunque di accelerare lo sviluppo solo di quelli più efficaci. [...] «Nessuno dei vaccini che abbiamo va bene per tutti quindi dobbiamo continuare a sviluppare sieri di seconda generazione e terapie per proteggere dal Covid-19 la popolazione mondiale. – sostiene il Presidente di Vaccines Taskforce, Clive Dix – Ci aspettiamo che questo studio offra delle conoscenze uniche sul comportamento del virus e su come prevenire l'infezione». [...] Ma veniamo a loro, i volontari. Lo studio da 35 milioni di euro, sviluppato dalla taskforce di Imperial College London, la Royal Free London NHS Foundation Trust e il colosso dei test clinici hVIVO, prevede che prima vengano individuate le dosi minime del virus (il ceppo originario) necessarie perché si sviluppi il contagio. In una seconda fase queste verranno usate per infettare le “cavie umane”, precedentemente inoculate con i vaccini più promettenti, e sotto stretta osservazione 24 ore su 24 per due settimane.»*

### **Trasmissibilità e durata della protezione**

Altri importanti fattori da tenere in conto, oltre all'efficacia, sono la capacità del vaccino di impedire la trasmissione della malattia da cui esso deve fornire protezione e la durata della protezione conferita. Sul primo fattore posso citare l'AIFA, che sul sito nella sezione “Domande e risposte su vaccini a mRNA” scrive “*Gli studi clinici condotti finora hanno permesso di valutare l'efficacia del vaccino Pfizer sulle forme clinicamente manifeste di COVID-19 ed è necessario più tempo per ottenere dati significativi per dimostrare se i vaccinati si possono infettare in modo asintomatico e contagiare altre persone. Sebbene sia plausibile che la vaccinazione protegga dall'infezione, i vaccinati e le persone che sono in contatto con loro devono continuare ad adottare le misure di protezione anti COVID-19*”. Non è chiaro in base a quali dati si possa dedurre tale plausibilità.

Riguardo alla durata della protezione, come già accennato in precedenza, non è stato possibile valutarla. Ancora l'AIFA: “*La durata della protezione non è ancora definita con certezza perché il periodo di osservazione è stato necessariamente di pochi mesi, ma le conoscenze sugli altri tipi di coronavirus indicano che la protezione dovrebbe essere di almeno 9-12 mesi.*” Alla luce del fatto che svariati altri tipi di coronavirus (per esempio i coronavirus responsabili di SARS, MERS, e FIP) non hanno permesso la messa a punto di vaccini efficaci, per via della forte propensione dei coronavirus a scatenare il meccanismo di

<sup>21</sup> Si veda per esempio l'articolo pubblicato sul giornale online [affaritaliani.it](https://www.affaritaliani.it/coronavirus/efficacia-vaccino-tra-19-29-non-il-95-lo-dice-il-british-medical-journal-715851.html) il 12 gennaio 2021 intitolato **Efficacia vaccino Pfizer e Moderna? Tra 19%-29%, non il 95%. Lo dice il BMJ.**

<sup>22</sup> Il Fatto Quotidiano, 19 Febbraio 2021, **Londra cerca volontari per la prima “sfida umana” sul coronavirus: persone da infettare con Covid-19 per studiare il contagio.**  
<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/02/19/londra-cerca-volontari-per-la-prima-sfida-umana-sul-coronavirus-persone-da-infettare-con-covid-19-per-studiare-il-contagio/6105557/>

potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) di cui parlerò più avanti, anche qui non è assolutamente chiaro dove trovi fondamento quest'ultima affermazione dell'AIFA.

## Rischi

### Decesso

Avevo già accennato in precedenza dei dati norvegesi riguardanti il vaccino Pfizer-BioNTech, dai quali sono stati stimati 29 decessi post-vaccino in individui di età pari o superiore ai 75 anni su 42.000 vaccinati, corrispondente a un tasso di decessi pari a **7 casi su 10.000 vaccinati** (quasi l'1 per 1000).

Il medico capo dall'Agenzia Norvegese dei Medicinali (Norwegian Medicines Agency, NoMa) Sigurd Hortemo a metà gennaio aveva sollevato preoccupazioni, esprimendo l'ipotesi che *«reazioni avverse comuni ai vaccini a mRNA, come febbre e nausea, possono avere contribuito a un esito fatale in alcuni pazienti fragili»*. L'agenzia aveva messo in evidenza che gli studi sul vaccino Comirnaty di Pfizer-BioNTech hanno incluso pochi soggetti al di sopra degli 85 anni e non hanno coinvolto pazienti instabili o con malattie in fase acuta: l'età media dei volontari arruolati è infatti di 50 anni. L'istituto norvegese di salute pubblica ha giudicato che *«per i pazienti con più grave fragilità, anche gli effetti collaterali relativamente lievi possono avere gravi conseguenze. Per coloro che hanno comunque una brevissima speranza di vita residua, il beneficio del vaccino può essere marginale o irrilevante»*<sup>23</sup>.

In Italia questa notizia è stata divulgata dagli organismi ufficiali e dai principali mezzi di informazione in maniera molto approssimativa, spesso censurando affermazioni che potessero destare preoccupazione e suggerire estrema cautela nella somministrazione soprattutto a pazienti oltre i 75 anni di età e/o pluripatologici, e ponendo molta enfasi sulle affermazioni tranquillizzanti provenienti dall'AIFA, cosicché procede la somministrazione di massa del *«prodotto migliore»* (il vaccino incriminato) all'interno delle RSA<sup>24</sup>.

In Israele, la campagna vaccinale con somministrazione del vaccino Pfizer-BioNTech è estremamente capillare e imposta su vasta scala anche con l'ausilio dell'esercito, associata ad una strenua battaglia contro le notizie non allineate alla vulgata ufficiale, cosiddette "fake news" (notizie false).

In base a clausole di un contratto stretto tra il Governo e le aziende produttrici (contratto coperto da diversi *omissis*, intere parti oscurate in nero), il Primo Ministro Benjamin Netanyahu si è infatti impegnato a condurre un'estesa sperimentazione sui cittadini e/o residenti dello Stato di Israele. Si tratta a tutti gli effetti di una sperimentazione medica genetica su esseri umani in assenza di consenso informato, in aperta violazione del Codice di Norimberga, come denunciato il 18 febbraio 2021 dallo studio legale A. Suchovolsky & Co. in una nota indirizzata al Governo israeliano che reca come oggetto "Violazione del Codice di Norimberga da parte del Governo di Israele e altre parti"<sup>25</sup>. Tale sperimentazione prevede di

<sup>23</sup> Bloomberg, 16 gennaio 2021, **Norway Raises Concern Over Vaccine Jabs for the Elderly**  
<https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-01-16/norway-vaccine-fatalities-among-people-75-and-older-rise-to-29>

<sup>24</sup> Il Sussidiario.net, 16 gennaio 2021, **NORVEGIA, 29 ANZIANI MORTI DOPO VACCINO PFIZER "Troppo rischioso per malati over 80"** *Norvegia, 29 anziani morti dopo vaccino Pfizer: troppo rischioso per malati over 80? Dalla Cina: "Quelli a mRNA sono pericolosi". Invece Aifa: "Nessun allarme, ma verifiche"* – "Vittorio Demicheli, presidente del Comitato scientifico sorveglianza vaccini istituito dall'AIFA, resta tranquillo. «Non ci sono indizi che ci facciano dubitare della scelta fatta. Stiamo proteggendo i più fragili con il prodotto migliore che abbiamo. In Italia fra le molte decine di migliaia di vaccini già fatti nelle Rsa non è stato segnalato nulla di grave». L'epidemiologo ha spiegato che al momento «stiamo vaccinando persone che hanno comunque una probabilità di morire più alta». C'è grande attenzione, ma d'altra parte «gli studi non hanno mai dimostrato che c'è una probabilità maggiore di morire». Inoltre, essendoci stati molti studi di registrazioni, se ci fossero state situazioni rischiose «sarebbero emerse già» cosicché procede la somministrazione di massa spesso senza la minima attenzione alle condizioni cliniche e all'età dei destinatari."

<https://www.ilsussidiario.net/news/norvegia-23-anziani-morti-dopo-vaccino-pfizer-dalla-cina-quelli-a-mrna-pericolosi/2117774/>

<sup>25</sup> Studio legale A. Suchovolsky & Co., 18 febbraio 2021, **Violation of the Nuremberg Code by the Government of Israel and other Parties**

<http://kabbalad.com/MLH/wp-content/uploads/2021/02/Violation-of-the-Nuremberg-Code-by-Israel-goverment-.pdf>

somministrare milioni di dosi entro una data fissata e di fornire tutti i dati raccolti in seguito alle somministrazioni alla Pfizer.

Da un rapporto pubblicato sul sito ufficiale del Ministero della sanità, su 3.100.000 persone vaccinate a fine gennaio risultava che **20 su 10.000** (quindi circa 6200) erano morte dopo la prima dose del vaccino. Considerato che in Israele i decessi attribuiti al COVID-19 in un anno sono stati circa 5000 (meno di **6 su 10.000** abitanti), i decessi post-vaccino, somministrati in circa un mese, supererebbero quelli attribuiti al COVID-19 in un anno intero. Successivamente il dato riguardante i decessi post-vaccino è stato corretto, senza fornire alcuna spiegazione in merito, a **0,5 su 10.000**<sup>26</sup>.

Ma sui dati forniti dal Ministero della salute israeliano hanno prodotto un documento l'Ingegnere Haim Yativ e il Dottor Hervé Seligmann, ex ricercatore dell'unità di ricerca sulle malattie infettive e tropicali emergenti della facoltà di medicina dell'università di Aix-Marseille<sup>27</sup>.

Essi presentano una tabella che era stata pubblicata l'11 febbraio 2021 dal Ministero della salute israeliano. Questa tabella riporta tutti i casi e i decessi COVID-19 tra i soli soggetti vaccinati nel periodo che va dal 19 gennaio al 10 febbraio. In tale periodo 1.331.881 persone in Israele su una popolazione complessiva di 8,884 milioni avevano ricevuto almeno una dose di vaccino. In dettaglio, nella fascia di età superiore ai 60 anni si registrava un totale di 15.396 casi COVID-19, con 1048 casi gravi e critici e 636 decessi, di cui 546 dopo la prima dose del vaccino e 90 dopo la seconda dose; nella fascia di età inferiore ai 60 anni si registrava un totale di 28.475 casi COVID-19, con 203 casi gravi e critici e 24 decessi, di cui 22 dopo la prima dose e 2 dopo la seconda dose.

L'analisi di Yativ e Seligmann conclude una stima di mortalità COVID-19 conseguente a vaccino intorno a 18 su 10.000, quindi molto vicina al dato di 20 su 10.000 inizialmente pubblicato e successivamente corretto in 0,5 su 10.000. A questi decessi occorrerebbe aggiungere quelli conseguenti a vaccino non riferibili a COVID-19.

Ma i due studiosi osservano altri aspetti degni di particolare attenzione: in quel lasso di tempo, dal 19 gennaio al 10 febbraio, erano stati riportati in totale 1271 decessi COVID-19 in Israele. Di questi decessi, stando alla tabella in questione, 660 riguardavano persone sottoposte a una o due dosi del vaccino. Poiché i soggetti vaccinati in quel periodo rappresentavano meno di 1/6 della popolazione totale, si osserva una mortalità molto più elevata nella popolazione vaccinata: il 51.9% dei decessi del periodo riguarda infatti tale frazione. Essi concludono che **negli anziani vaccinati il numero di decessi per COVID-19 è stato 40 volte superiore rispetto al numero di decessi che probabilmente avrebbe causato la malattia in assenza di vaccino, mentre il numero di decessi nella popolazione giovane sarebbe stata addirittura 260 volte superiore**. Risulterebbe quindi tra i soggetti vaccinati una probabilità molto maggiore di contrarre il COVID-19 in forme gravi o letali.

Negli Stati Uniti, da un'analisi dei dati di eventi avversi post-vaccinali registrati nel database VAERS<sup>28</sup>, risulta che a gennaio 2021 il numero totale di reazioni avverse ai vaccini segnalate

<sup>26</sup> Youtube, Dea: «La situazione in Israele è drammatica»

<https://www.youtube.com/watch?v=834hO49PCmo>

Su Youtube si stanno moltiplicando testimonianze che denunciano una realtà allucinante, con censura su tutti i social network e i mezzi di informazione e radiazione di personale. Ai ragazzi dai 16 anni non è concesso di sostenere esami scolastici in assenza di certificato vaccinale, e anche i lavoratori sono coartati. Si sta procedendo al rilascio del passaporto vaccinale, cosiddetto passaporto verde, in assenza del quale non è possibile accedere a luoghi pubblici, centri commerciali, ecc. I dati privati sanitari vengono comunicati alle autorità locali in modo che queste siano informate della situazione vaccinale dei singoli individui. Chi rientra da viaggi esteri deve indossare un braccialetto alla caviglia per il suo tracciamento.

<sup>27</sup> H. Yativ, H. Seligmann, 15 febbraio 2021, **The uncovering of the vaccination data in Israel reveals a frightening picture**

<http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?p=276314>

<sup>28</sup> Vaccine Adverse Events Reporting System

<https://vaers.hhs.gov/>

Nakim, 13 febbraio 2021, **Unusual proportion of deaths in reports on vaccine reactions from January 2021**

<http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?p=276314>

era confrontabile con quello di gennaio dei cinque anni precedenti (di 2947 casi, di cui 2934 riguardavano i vaccini genici, 1980 il Pfizer-BioNTech e 954 il Moderna), ma il rapporto tra decessi e numero totale di eventi segnalati nelle varie fasce di età risultava di gran lunga superiore: per età superiori ai 70 anni si va dal 40% all'83% contro lo 0,1% - 2% medio degli anni precedenti. Anche questo dato suggerisce che ai vaccini genici siano tendenzialmente associati effetti avversi molto gravi.

Per quanto riguarda l'Italia, dove col neominato Commissario all'emergenza Gen. Francesco Paolo Figliuolo ci apprestiamo ad adottare il modello israeliano<sup>29</sup>, ricordo alcuni dei decessi comparsi su giornali nazionali e locali in seguito alla somministrazione dei vaccini Pfizer-BioNTech e AstraZeneca nei mesi di gennaio, febbraio e metà marzo. In svariati casi i giornali non hanno neppure riportato il fatto che il decesso era avvenuto in seguito alla vaccinazione. Si è trattato in quasi tutti i casi di malori improvvisi (es. arresto cardiaco ed emorragia cerebrale), anche nel sonno: Enrico Patuzzo, medico di 64 anni, Luigi Buttazzo, infermiere di 42 anni, Antonella Valentino, infermiera di 37 anni, Cristina Maria Murari, infermiera di 55 anni, Mauro Valeriano D'Auria, medico di 45 anni, Elisabeth Durazzo, infermiera di 39 anni, Gabriela Golay, farmacista di 49 anni, Antonio Geraci, dipendente del 118 di 47 anni, Silvia Dellavalle, infermiera di 40 anni, Michela Foderini, fotografa di 49 anni, Annamaria Mantile, docente di 62 anni, Giuseppe Maniscalco, vice-comandante dei carabinieri di 54 anni, Massimiliano Michelin, volontario CRI di 50 anni, Cornel Struening, odontoiatra di 63 anni, Stefano Paternò, sottufficiale della marina militare di 43 anni, Davide Villa, poliziotto di 50 anni, Vincenzo Russo, bidello di 58 anni, Silvia Simonini, operatrice socio-sanitaria di 42 anni, Sandro Tognatti, insegnante di 57 anni. Annamaria Mantile, Vincenzo Russo, Stefano Paternò, Davide Villa, e Sandro Tognatti<sup>30</sup> avevano ricevuto il vaccino AstraZeneca. Gli altri, laddove è stato specificato, avevano ricevuto il vaccino Pfizer-BioNTech.

Presumibilmente si tratta di una minima frazione di tutti i decessi che si stanno verificando, anche perché, se già è difficile reperire questi dati in caso di persone relativamente giovani e in ottima salute (l'unico dei soggetti citati che aveva patologie preesistenti era il dr. Enrico Patuzzo<sup>31</sup>), ancor più difficilmente un ultraottantenne che muore in un ospizio rischia di

---

<sup>29</sup> Il Giornale, 5 marzo 2021, **Vaccini, addio alle fasce di rischio: si seguirà il "modello israeliano"**

<https://www.ilgiornale.it/news/cronache/vaccini-addio-fasce-rischio-si-seguir-modello-israeliano-1928738.html>

<sup>30</sup> Vi sono stati in questi giorni anche due ricoveri d'urgenza, uno per ischemia e uno per emorragia cerebrale, che hanno colpito due giovani insegnanti in seguito al vaccino AstraZeneca.

I decessi di Paternò e Villa hanno spinto l'AIFA a ritirare il lotto ABV2856 del vaccino AstraZeneca in via precauzionale, ma il direttore dell'AIFA Magrini minimizza: «*Il rapporto tra benefici e rischi è estremamente favorevole. Non bisogna averne paura*». Dopo il decesso di Sandro Tognatti, il Piemonte ha bloccato il lotto ABV5811, ma ancora una volta l'AIFA insiste che il vaccino "è sicuro".

RaiNews, 11 marzo 2021, **AstraZeneca e i lotti ritirati: Draghi chiama von der Leyen**

<http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Ema-Non-ci-sono-indicazioni-del-legame-tra-vaccino-AstraZeneca-e-trombosi-Draghi-b06a0820-23c8-4ada-ba6d-1ad671b88a63.html>

Il Fatto Quotidiano, 13 marzo 2021, **Magrini (Aifa): "Mai visto tanto allarme con così pochi dati. AstraZeneca è sicuro, vaccinatevi"**

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/03/13/magrini-aifa-mai-visto-tanto-allarme-con-cosi-pochi-dati-astrazeneca-e-sicuro-vaccinatevi/6131899/>

La Repubblica, 14 marzo 2021, **Giorgio Palù: «Adesso basta con i falsi allarmi, i vaccini sono sicuri e l'Aifa vigila»**,

Il presidente dell'Agenzia del farmaco: «*Non bisogna assolutamente spaventarsi, perché così si mette a rischio la riuscita della strategia contro il coronavirus*»

<https://rep.repubblica.it/pwa/intervista/2021/03/14/news/>

[giorgio\\_palu\\_adesso\\_basta\\_con\\_i\\_falsi\\_allarmi\\_i\\_vaccini\\_sono\\_sicuri\\_e\\_l\\_aifa\\_vigila\\_-292262767/](https://rep.repubblica.it/pwa/intervista/2021/03/14/news/giorgio-palu-adesso-basta-con-i-falsi-allarmi-i-vaccini-sono-sicuri-e-l-aifa-vigila_-292262767/)

Today, 15 marzo 2021, **Perché il Piemonte ha sospeso Astrazeneca dopo la morte del docente di Biella ma il vaccino è sicuro**

<https://www.today.it/attualita/vaccino-astrazeneca-sospeso.html>

<sup>31</sup>

? Una nota stampa dell'azienda ospedaliera che ha eseguito l'autopsia recita: «*Non è stato individuato alcun elemento che possa ricondurre il decesso a una delle condizioni descritte in letteratura nei casi di reazioni avverse per vaccini comunemente utilizzati*». Il fatto è che aveva ricevuto il Pfizer-BioNTech, che, come detto, è un vaccino a mRNA innovativo, non assimilabile a nessuno dei vaccini pre-esistenti, e i cui effetti avversi sono tutti da scoprire.

balzare agli onori della cronaca<sup>32</sup>. E se, come si è visto, tra persone relativamente giovani la letalità del vaccino è così elevata, a maggior ragione lo sarà tra gli anziani, come d'altra parte emerge dalle conclusioni riguardanti l'analisi dei dati norvegesi.

Volgendo uno sguardo alle fonti ufficiali, dal "Primo rapporto AIFA sulla sorveglianza dei vaccini COVID-19" del 4 febbraio 2021 emerge che sono stati segnalati 558 eventi avversi gravi su poco più di un milione e mezzo di dosi somministrate (1.564.090 dosi, 99% vaccino Pfizer, 1% vaccino Moderna), ossia 3,6 eventi avversi gravi su 10.000 dosi somministrate, quindi su un numero inferiore di persone vaccinate, visto che nell'arco di tempo in esame sono state somministrate in vari casi entrambe le dosi previste<sup>33</sup>. Un'incidenza già non troppo rassicurante, e probabilmente sottostimata. Infatti, se si considera il dato fornito relativo ai decessi, dove il documento specifica che «*Nel periodo sono stati segnalati anche 13 decessi avvenuti nelle ore successive alla vaccinazione che, nelle segnalazioni più dettagliate e complete di dati, non sono risultati correlati alla vaccinazione e sono in larga parte attribuibili alle condizioni di base della persona vaccinata*», qualcosa inizia a vacillare. Questi 13 decessi comprendono presumibilmente anche i primi otto decessi elencati sopra, avvenuti nel periodo considerato nel rapporto, tutti relativi a persone al di sotto dei 75 anni. Pare assai improbabile, sia a livello intuitivo, ma anche e in particolare alla luce dei dati norvegesi, che di 13 decessi post-vaccino ben 8 (più della metà: quasi i 2/3) riguardino sicuramente persone al di sotto dei 75 anni. Inoltre 7 di loro (tutti tranne uno) erano al di sotto dei 60 anni e non presentavano problemi di salute: sarebbe quindi interessante sapere in che senso si intende che i decessi «*sono in larga parte attribuibili alle condizioni di base della persona vaccinata*».

In base a tali riscontri, il rapporto poi conclude che «*Le analisi condotte sui dati fin qui acquisiti confermano quindi un buon profilo di sicurezza di questi due vaccini a mRNA*».

È senz'altro ragionevole presumere che effettivamente, con una tale valutazione degli eventi avversi che si verificano, il profilo di sicurezza di questi vaccini continuerà a confermarsi buono!

D'altra parte l'AIFA è un ente «*con molti problemi legati a conflitti di interesse [...] Troppi legami con le aziende farmaceutiche che producono vaccini*», stando a un articolo pubblicato su Il Fatto Quotidiano nel 2016 intitolato "AIFA, conflitto di interessi fuori controllo: accusa del M5S".

### ***Trombocitopenia autoimmune e trombosi***

Dai giornali americani<sup>34</sup> si apprende che l'Agenzia del farmaco americana (FDA) e i CDC (Centers for Disease Control and Prevention) stanno indagando su 36 casi di trombocitopenia (o piastrinopenia) autoimmune avvenuti a seguito della somministrazione dei vaccini genici. Uno di tali casi riguardava un decesso, il cui nesso con la somministrazione del vaccino in un primo momento era stata esclusa: si trattava del ginecologo di Miami di 56 anni Gregory Michael, che aveva ricevuto il vaccino Pfizer-BioNTech.

Questa rara malattia autoimmune si innesca quando il sistema immunitario attacca e distrugge le piastrine e/o ne impedisce la produzione. Dalla scarsità di piastrine deriva la difficoltà del sangue di coagulare, il che causa sanguinamenti diffusi, chiazze, lividi, ematomi, e nei casi più gravi, come quello di Gregory Michael, refrattario a qualunque cura, emorragia cerebrale.

---

<sup>32</sup> D'altra parte, all'inizio della campagna vaccinale, in un'RSA di Genova un'anziana di 89 anni è deceduta dopo la somministrazione per via di un'emorragia cerebrale. Aveva presentato immediatamente dopo la somministrazione rash cutaneo. In un'altra RSA ligure nei dintorni di Albenga anche una donna di 85 anni era deceduta. In entrambi i casi, come d'altronde in tutti i casi ad ora esaminati, era stata esclusa la correlazione con l'assunzione del vaccino.

<sup>33</sup> È interessante che il documento non specifica il numero di persone vaccinate nel periodo in esame, ovviamente inferiore rispetto al numero di dosi somministrate.

<https://www.aifa.gov.it/-/primo-rapporto-aifa-sulla-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>

<sup>34</sup> KHN Morning Briefing, 9 febbraio 2021, **Rare Blood Disorder Could Be Linked To Covid Vaccine**  
<https://khn.org/morning-breakout/rare-blood-disorder-could-be-linked-to-covid-vaccine/>

Si osservi che molti dei malori improvvisi elencati nel paragrafo precedente sono stati causati proprio da emorragie cerebrali.

In uno studio sottoposto a una rivista scientifica e, in attesa della pubblicazione, nel frattempo divulgato in una versione di anteprima<sup>35</sup>, il Prof. Paolo Bellavite propone un'ipotesi di spiegazione al fenomeno della trombosi, che, in seguito alla somministrazione dei tre vaccini in esame, ha causato conseguenze anche fatali sia in Italia che all'estero:

*«È ben noto che il virus SARS-CoV-2 utilizza ACE2 (angiotensin-converting enzyme 2 [enzima di conversione dell'angiotensina, che interviene a livello del sistema cardiocircolatorio, regolando i livelli pressori]) come recettore di ingresso cellulare e ciò ha notevoli conseguenze nel corso della malattia COVID-19 [2]. Infatti, ACE2 normalmente distrugge la angiotensina II, un peptide di 8 amminoacidi che ha azione ipertensiva e provoca la ritenzione idrica, e la trasforma in "angiotensina 1-7", che ha un effetto ipotensivo. ACE2 è legato alla membrana di molti tipi cellulari (detta "mACE2"), ma ne esiste anche una forma solubile, libera nel plasma, detta "sACE2".*

*Studi recenti suggeriscono che SARS-CoV-2 possa infettare anche le cellule endoteliali legandosi a ACE2 e che la disfunzione dell'endotelio durante COVID-19 può esacerbare questi eventi deleteri incitando complicanze immuno-trombotiche polmonari ed extra polmonari deleterie nel COVID-19 grave [4]. Inoltre, le spike del virus (anche in forma libera) potenziano l'aggregazione piastrinica, favorendo quindi la trombosi [5]. [...]*

*I pazienti con COVID-19 hanno anche un aumento del volume piastrinico medio e dell'iperattività piastrinica, correlato a una diminuzione della conta piastrinica complessiva. Questo fenomeno è stato attribuito all'effetto della proteina spike che si lega all'ACE2 presente sulla loro membrana e aumenta l'aggregazione piastrinica e la secrezione di granuli densi indotta da vari agonisti [5]. Va ricordato che i granuli densi contengono serotonina e che un eccesso di essa può causare vari sintomi (sindrome serotoninergica) tra cui alterazioni dello stato mentale, agitazione psicomotoria, tremori, contrazioni muscolari involontarie, nausea, vomito, diarrea.*

*Infine, va considerato che l'insorgenza di immunità dopo qualche giorno dall'infezione potrebbe accelerare la "clearance" dei virus e se questi hanno legato sACE2, ciò potrebbe causare una rapida diminuzione della attività ACE2 circolante. Lo stesso meccanismo potrebbe forse complicare l'effetto dei vaccini, perché di essi è proprio la proteina spike l'elemento determinante [3]. Inoltre, dosi minime di proteina spike purificata inducono la produzione di molti tipi di citochine nel sangue intero dei pazienti con COVID-19 (...).*

*Alla luce di queste evidenze, è possibile ipotizzare che possano insorgere disturbi della pressione del sangue, delle chinine e dell'aggregazione piastrinica anche per l'azione delle proteine spike prodotte a seguito della vaccinazione coi prodotti biotecnologici attualmente in uso (a mRNA e vettori adenovirali). Di conseguenza, uno squilibrio della pressione sanguigna potrebbe insorgere inaspettatamente in due direzioni opposte: a) ipotensione, nel caso in cui le nuove proteine spike attivino la funzione enzimatica di ACE2 nel plasma o nella membrana cellulare, oppure b) rapido aumento della pressione sanguigna e infiammazione sistemica, nel caso in cui le proteine spike si leghino a sACE2 e vengano poi eliminate da anticorpi di nuova formazione. [...]*

*Purtroppo si sa poco di quante spike sono prodotte dalle cellule in cui è entrato il mRNA, quali cellule sono interessate e per quanto tempo. [...] Se fosse vero che le spike del vaccino si legano ai recettori ACE2 (cosa altamente plausibile perché sono simili a quelle del virus, le quali per certo si legano), si dovrebbe considerare anche il loro effetto diretto sull'enzima ACE2 e sulle cellule che contengono tali recettori. È un nuovo capitolo della vaccinologia, inatteso e finora non considerato con sufficiente attenzione. Il prodotto biotecnologico non sarebbe solo un "vaccino", ma anche un "farmaco". Con tutte le conseguenze del caso, a cominciare dalle intolleranze, sovradosaggi, ecc.*

*Secondo le regole AIFA, i farmaci richiedono prove di farmacocinetica prima dell'approvazione, cosa da cui sono esentati i vaccini.»*

<sup>35</sup> P. Bellavite, 26 febbraio 2021, **Renina-angiotensina, COVID-19 e vaccinazioni: un "caveat"**  
<https://sfero.me/article/renina-angiotensina-covid-19-vaccinazioni-caveat>.

Vedere anche nota 30, in particolare il primo articolo citato, in cui l'EMA sostiene l'assenza di correlazione tra vaccino AstraZeneca e trombosi.

### **Shock anafilattico**

La forte reattogenicità riscontrata nei vaccini a mRNA, con reazioni che comprendono lo shock anafilattico, sembra da attribuirsi alla presenza del PEG<sup>36</sup>.

A scopo precauzionale, dovrebbero essere esclusi dalla somministrazione tutti i soggetti che presentano allergie generiche, i quali, già in fase di sperimentazione, hanno mostrato una maggiore incidenza di eventi avversi gravi, incluso appunto lo shock anafilattico. Al contrario, persino il foglietto illustrativo di questi vaccini genici prevede la non somministrazione unicamente in caso di “*allergia al principio attivo o ad uno qualsiasi degli altri componenti del medicinale*”, ma non vi è alcuna raccomandazione riguardo a soggetti che presentano allergie generiche. Così si sta continuando a somministrare il farmaco anche a tali soggetti<sup>37</sup>.

Tra l'altro, è singolare che il PEG non è nominato neppure nel documento che accompagna il modulo per la firma del consenso informato<sup>38</sup> del vaccino Pfizer-BioNTech.

### **Potenziamento anticorpo-dipendente (ADE)**

Un altro fattore da tenere in conto è il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE, Antibody-Dependent Enhancement), un meccanismo non del tutto compreso che fa sì che il legame che si instaura tra virus e anticorpi non neutralizzanti sia tale da facilitare l'ingresso dei virus nelle cellule ospiti e talvolta da favorire anche la replicazione virale.

I vaccini sviluppati contro il virus Dengue, contro i coronavirus responsabili di SARS e MERS, contro il coronavirus della peritonite infettiva felina (FIP), e contro il virus respiratorio sinciziale (RSV) non hanno mai ricevuto autorizzazione all'uso perché si osservava già in animali da laboratorio che, in seguito ad esposizione virale, questo fenomeno causava l'insorgenza della malattia con forme molto più gravi e addirittura perniciose.

Cito da una petizione<sup>39</sup> rivolta all'EMA l'1 dicembre 2020 a firma dello pneumologo tedesco Dr. Wolfgang Wodarg, e del Dott. Michael Yeadon, ex amministratore delegato della casa farmaceutica Pfizer (in All. 1 la traduzione del testo originale inglese, senza allegati):

*«Affinché un vaccino funzioni, il nostro sistema immunitario deve essere stimolato a produrre un anticorpo neutralizzante, non un anticorpo non neutralizzante. Un anticorpo neutralizzante è un anticorpo che è in grado di riconoscere e di legarsi ad una regione ("epitopo") del virus e che successivamente impedisce al virus di entrare o di replicarsi nelle cellule. Un anticorpo non neutralizzante è quello che può legarsi al virus, ma per qualche ragione non riesce a neutralizzare l'infezione virale. In alcuni virus, se una persona ospita un anticorpo non neutralizzante al virus, una successiva infezione da parte del virus può indurre in quella persona una reazione più grave al virus a causa della presenza dell'anticorpo non neutralizzante. Quanto detto non vale per tutti i virus, ma soltanto per particolari virus. Questo meccanismo è detto potenziamento anticorpo-dipendente (Antibody-Dependent Enhancement – ADE) ed è un problema comune al virus Dengue, al virus Ebola, all'HIV, all'RSV, e alla famiglia dei coronavirus. In effetti, questo problema dell'ADE è una delle ragioni principali per cui molte sperimentazioni precedenti sui vaccini riguardanti altri coronavirus hanno fallito. I principali problemi di sicurezza sono stati osservati nei modelli animali. Se l'ADE si verifica in un individuo, la sua risposta al virus potrebbe essere peggiore della risposta che lo stesso individuo avrebbe se non avesse mai sviluppato in primo luogo un anticorpo. Ciò può causare una risposta iperinfiammatoria, una tempesta di citochine e una sregolazione generale del sistema immunitario, il che consente al virus di causare maggior danno ai polmoni e ad altri organi del corpo umano.»*

<sup>36</sup> Si vedano per esempio: <https://science.sciencemag.org/content/371/6524/10> e

[https://www.sciencemag.org/news/2020/12/suspicious-grow-nanoparticles-pfizer-s-covid-19-vaccine-trigger-rare-allergic-reactions?fbclid=IwAR2A\\_3B9qCme3viUNP3pu0EOSp7OvJ8SHvRXzWQp7lwMFvFSk9ZjaFborc](https://www.sciencemag.org/news/2020/12/suspicious-grow-nanoparticles-pfizer-s-covid-19-vaccine-trigger-rare-allergic-reactions?fbclid=IwAR2A_3B9qCme3viUNP3pu0EOSp7OvJ8SHvRXzWQp7lwMFvFSk9ZjaFborc)

<sup>37</sup> Si veda per esempio LiveSicilia, 6 gennaio 2021, **Vaccino, ausiliaria in shock anafilattico: Asp informa Aifa** [https://livesicilia.it/2021/01/06/vaccino-infermiera-in-shock-anafilattico-asp-informa-aifa/?refresh\\_ce](https://livesicilia.it/2021/01/06/vaccino-infermiera-in-shock-anafilattico-asp-informa-aifa/?refresh_ce)

<sup>38</sup> Link al modulo del consenso informato Vaccino Pfizer-BioNTech: <https://cdn.onb.it/2020/12/all-1-Consenso.pdf>

<sup>39</sup> W. Wodarg, M. Yeadon, 1 dicembre 2021, **Petizione all'EMA con allegati** <https://it.scribd.com/document/487135032/Wodarg-Yeadon-EMA-Petition-Pfizer-Trial-FINAL-01DEC2020-en-Unsigned-With-Exhibits>

Questo meccanismo potrebbe spiegare decessi come quello di Ugo Scardigli, operatore sanitario di 53 anni, che avrebbe contratto la variante inglese tra la prima e la seconda dose, sebbene occorra precisare che la positività al tampone molecolare si basa sul riconoscimento della proteina spike: dal momento che il vaccino genico è studiato per stimolare la produzione delle proteine spike da parte delle cellule in cui l'mRNA penetra, non c'è da stupirsi che venga rilevata la positività a seguito della somministrazione del vaccino, anche eventualmente in assenza di sintomatologia riferibile al COVID-19.

Anche i dati forniti dal Ministero della salute israeliano nella tabella riportata nello studio di Yativ e Seligmann (vedere paragrafo relativo e nota 27) sono di notevole interesse se considerati alla luce di questo aspetto.

### **Effetti neurologici**

Tra gli effetti avversi a livello neurologico, il sito dell'AIFA cita *“Debolezza nei muscoli di un lato del viso (paralisi facciale periferica acuta) si è verificata raramente, in meno di 1 persona su 1000”*.

Il riferimento è alla paralisi di Bell, che è quanto meno eufemistico definire come *“debolezza nei muscoli di un lato del viso”*. Al contrario, essa può avere manifestazioni estremamente invalidanti: i pazienti affetti possono presentare difficoltà nel parlare o problemi uditivi, asimmetria del viso, salivazione abbondante, incapacità di chiudere l'occhio dal lato paralizzato; una meno ovvia, ma altrettanto grave, conseguenza è l'incapacità ad esprimere emozioni dal lato affetto: questa incapacità di comunicazione non verbale può avere forti ripercussioni psicologiche e, in molti pazienti, determina anche riluttanza a mostrarsi in pubblico.

Peraltro *‘raramente’* non sembra essere l'avverbio giusto per definire un'incidenza di quasi uno su mille; anzi, si tratta di un dato estremamente preoccupante, specie se si profila l'idea di una vaccinazione di massa.

Effetti più rari a livello neurologico sono stati segnalati nei vari database delle reazioni avverse da vaccino e comprendono forme altamente invalidanti, come ad esempio:

- paralisi del braccio su cui è stato iniettato il vaccino o a metà del corpo, paraplegia
- difficoltà di deambulazione
- sordità, cecità
- spasmi muscolari ininterrotti e mioclonie diffuse anche estremamente invalidanti (come nei casi di Kristi Simmonds, Shawn Skelton, e Angelia Gipson Desselle).

### **Fertilità, gravidanza e allattamento**

Riguardo a questi importanti aspetti è utile porre a confronto i foglietti illustrativi messi a disposizione dall'AIFA, con i corrispondenti disponibili in lingua inglese.

Fornisco il seguente esempio riguardante il vaccino Pfizer-BioNTech. Le differenze sono sbalorditive:

- foglietto illustrativo in lingua inglese<sup>40</sup> (mia traduzione):

*«Gravidanza: La quantità di dati relativi all'uso del Vaccino a mRNA BNT162b2 è limitata o nulla. 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».*

<sup>40</sup> Link al foglietto illustrativo del vaccino Pfizer/BioNTech in lingua inglese:

<https://www.ausl.fe.it/home-page/news/allegati-news/2020/covid-19-mrna-vaccine-bnt162b2>

- foglietto illustrativo in lingua italiana:

*«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).»*

Nello Studio 2 citato sullo stesso foglietto illustrativo in lingua italiana riguardante la sperimentazione clinica del vaccino in questione, i produttori stessi del vaccino affermano espressamente che non sono state reclutate nello studio donne in gravidanza o in allattamento, quindi è mendace la dichiarazione che i dati riguardanti le donne in gravidanza sono in numero limitato: **sono semplicemente inesistenti**. Gli unici dati eventualmente a disposizione, molto parziali, concernono la sperimentazione su modelli animali, e anche relativamente a questi “non sono disponibili dati su Comirnaty relativi al trasferimento placentare o all'escrezione nel latte materno del vaccino”.

Riguardo ai possibili effetti sulla gravidanza cito ancora la petizione dei Dottori Wodarg e Yeadon (All. 2):

*«Si prevede che diversi candidati vaccini inducano la formazione di anticorpi umorali contro le proteine spike del SARS-CoV-2. La sincitina-1 (vedere Gallaher, B., "Response to nCoV2019 Against Backdrop of Endogenous Retroviruses" – <http://virological.org/t/response-to-ncov2019-against-background-of-endogenous-retroviruses/396>), che è derivata da retrovirus endogeni umani (HERV) ed è responsabile dello sviluppo della placenta nei mammiferi e nell'uomo, ed è quindi un prerequisito essenziale perché una gravidanza giunga a termine, si trova anche in forma omologa nelle proteine spike del virus SARS [SARS-CoV, n.d.t.]. Non c'è alcuna indicazione se gli anticorpi contro le proteine spike del virus SARS [SARS-CoV, n.d.t.] agiscano anche come anticorpi anti-sincitina-1. Tuttavia, se questo fosse il caso, ciò impedirebbe anche la formazione della placenta, il che sostanzialmente causerebbe sterilità nelle donne vaccinate.»*

Intanto il vaccino genico viene somministrato anche a donne in gravidanza e in allattamento, e non sono stati pochi i casi di interruzione di gravidanza verificatisi in seguito alla vaccinazione: il database di reazioni avverse MedAlerts<sup>41</sup> alla data del 26 febbraio registra 43 casi di aborto spontaneo avvenuti immediatamente dopo l'assunzione dei vaccini Pfizer-BioNTech e Moderna.

Per quanto riguarda la fertilità maschile, i ricercatori dell'Università di Miami, sotto la guida dell'urologo Dr. Ranjith Ramasamy, hanno avviato uno studio; in attesa di conclusioni rassicuranti, si suggerisce l'ipotesi per gli uomini che intendono sottoporsi al vaccino di depositare lo sperma nelle banche del seme.

### **Genotossicità e potenziale cancerogeno**

In relazione a questi dati, cito dai relativi foglietti illustrativi dei due vaccini genici (questo dato non è specificato per il vaccino AstraZeneca):

- Comirnaty: *«Non sono stati condotti studi di genotossicità o sul potenziale cancerogeno. Si ritiene che i componenti del vaccino (lipidi e mRNA) non presentino alcun potenziale genotossico.»*

- Moderna: *«Sono stati condotti studi di genotossicità in vitro e in vivo con il nuovo componente lipidico SM-102 del vaccino. I risultati suggeriscono che la potenziale genotossicità per gli esseri umani è bassa. Non sono stati eseguiti studi di cancerogenicità.»*

<sup>41</sup> Medalerts - [www.medalerts.org](http://www.medalerts.org)

## **Focolai di COVID nelle RSA**

Se effettivamente la composizione dei vaccini genici utilizzati nelle RSA è quella dichiarata, in linea teorica essi non potrebbero causare epidemie.

Necessita quindi di qualche spiegazione il fenomeno dei numerosissimi “focolai” scoppiati in varie RSA dopo la somministrazione dei vaccini, con conseguenze anche tragiche, come nel caso dell’RSA di Como, dove si è verificata un’epidemia che ha causato oltre 43 decessi.

Ma un esempio emblematico è il caso attualmente in studio dell’RSA di Muggia<sup>42</sup>, dove è partito un focolaio che ha coinvolto 19 residenti dopo che era stata somministrata la seconda dose. In questo caso, come in vari altri, non vi erano state all’interno della struttura precedenti casi di infezione.

Analoghi “focolai”, con numerosi decessi, si sono verificati anche in altri Paesi, come nel Regno Unito e in Spagna.

Viste le misure tipicamente adottate per scongiurare i contagi all’interno delle RSA, la causa con tutta probabilità non è da ricercare in “distrazioni” del personale addetto: la coincidenza di eventi suggerirebbe la ricerca di spiegazioni alternative.

## **CONTRATTI TRA GOVERNO E AZIENDE FARMACEUTICHE**

Ultimo aspetto, ma non di minore importanza, è il fatto che i contratti stipulati tra le aziende farmaceutiche produttrici e il Governo italiano (in gran parte secretati<sup>43</sup>, in barba a quanto statuito dalla Risoluzione 2361 del 2021 del Consiglio di Europa) prevedono che lo Stato si faccia carico del risarcimento in caso di danni derivanti dai vaccini<sup>44</sup>. È probabilmente anche per questa ragione che nella stragrande maggioranza dei casi viene negata ogni correlazione tra i vaccini e gli effetti riscontrati in seguito alla loro somministrazione, e si continua a ribadire e propagandare la totale sicurezza degli stessi.

Intanto è di ieri la notizia che Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, propone un provvedimento urgente per proteggere i medici vaccinatori, che preveda nella fattispecie uno scudo penale per far fronte al timore che, dopo le inchieste aperte sulle morti sospette dopo le somministrazioni di AstraZeneca, i medici si tirino indietro per non rischiare di finire indagati a causa di eventi che non dipendono da loro<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> Il Piccolo, 5 marzo 2021, **Anziani risultati positivi dopo le due dosi Pfizer: Muggia diventa un caso-studio** <https://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2021/03/05/news/anziani-risultati-positivi-dopo-le-due-dosi-pfizer-muggia-diventa-un-caso-studio-1.39986102>

<sup>43</sup> Link al contratto AstraZeneca, contenente svariate pagine oscurate in nero: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP\\_21\\_302](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_21_302)

Non sono riuscita a reperire i contratti relativi ai vaccini Pfizer-BioNTech e Moderna.

<sup>44</sup> QuiFinanza, 6 febbraio 2021, **Vaccino Covid, in caso di effetti collaterali chi paga? Tutti i dubbi sui contratti con la Ue** – Questo articolo rappresenta alcuni dettagli di interesse anche in merito al fatto che chi si sottopone al vaccino, tramite la firma del consenso informato, solleva l’azienda produttrice e il personale addetto alla somministrazione da ogni responsabilità in caso di danni da vaccino. <https://quifinanza.it/info-utili/video/vaccino-covid-effetti-collaterali-chi-paga-contratti-ue/459235/>

<sup>45</sup> Il Giornale, 15 marzo 2020, **Ora uno scudo penale. Il rischio è che i medici si rifiutino di vaccinare** <https://www.ilgiornale.it/news/politica/ora-scudo-penale-rischio-che-i-medici-si-rifiutino-vaccinare-1931080.html>

## APPENDICI

[22 aprile 2021]

### APPENDICE 1

Questo scritto, in una versione precedente (15 marzo 2021) che non conteneva l'analisi dei dati relativi a Israele riportati a p. 12, è stato da me inviato per e-mail in data 16 marzo al mio Comune di residenza, Valchiusa (TO), ai Carabinieri della Caserma di Valchiusa, e, con notifica di lettura, anche all'ASL-TO4, distretto di Ivrea (TO) (e-mail: [distretto.ivrea@aslto4.piemonte.it](mailto:distretto.ivrea@aslto4.piemonte.it)).

Il messaggio di accompagnamento era il seguente:

*«Alla Vostra cortese attenzione*

*Sono venuta a conoscenza del fatto che sul territorio del Comune di Valchiusa sono state somministrate, a ospiti e personale delle residenze per anziani e ad anziani non istituzionalizzati, le prime dosi del vaccino Pfizer-BioNTech. Invio in allegato un documento che raccoglie informazioni importanti relative ai vaccini anti-Covid al momento autorizzati in Italia, chiedendoVi gentilmente di prendere in considerazione e verificare i relativi contenuti e di adottare le opportune misure.*

*Il documento l'ho redatto prima che fosse pubblicata la disposizione, da parte dell'AIFA, della sospensione delle somministrazioni del vaccino AstraZeneca, una decisione assunta "in via precauzionale", dopo analoghe decisioni prese da Francia e Germania. L'AIFA sta operando in coordinazione con l'EMA, che spiega:*

*"Gli esperti stanno esaminando in dettaglio tutti i dati disponibili e le circostanze cliniche che circondano casi specifici per determinare se il vaccino potrebbe aver contribuito o se è probabile che l'evento sia stato dovuto ad altre cause".*

*Dal documento che allego emerge che, al di là delle costanti rassicurazioni governative e degli enti regolatori, nessuno dei tre vaccini (AstraZeneca, Pfizer e Moderna) è esente da problematiche altamente preoccupanti. Tra ieri e oggi ci sono state altre notizie di decessi che hanno coinvolto persone sottoposte a vaccino Pfizer (ad es. un agente della Polizia Municipale di Vibonati) e AstraZeneca. Peraltro vi sono casi di decessi conseguenti a vaccino che sono stati attribuiti al Covid.*

*Cordiali saluti*

*Carla Young»*

Ad ora non ho ricevuto riscontro, a parte la notifica di lettura dall'ASL-TO4.

Il 31 marzo, dopo aver apportato la modifica a p. 12 citata sopra, ho inviato il documento via e-mail anche al Presidente della Regione Piemonte Alberto Cirio, con il seguente messaggio di accompagnamento:

*«Gentile Presidente,*

*Visti i vari decessi che si sono registrati anche in Piemonte e in soggetti giovani senza malattie preesistenti in seguito alla somministrazione dei vaccini Pfizer-BioNTech e AstraZeneca (ora Vaxzevria) sviluppati contro il Covid-19, visti i numerosi casi di sintomatologia Covid e positività al test PCR conseguenti al vaccino, vista la propensione del vaccino stesso a indurre la creazione di mutazioni del virus resistenti agli anticorpi sviluppati tramite il vaccino - come dichiarato a La Repubblica dal prof. Massimo Andreoni, direttore dell'UOC Malattie Infettive del Tor Vergata -, e visto il fatto che con l'adozione di terapie precoci il Covid-19 risulta una malattia praticamente innocua persino in soggetti anziani e con pluripatologie, Le chiedo gentilmente di prendere in seria considerazione le informazioni, tutte facilmente verificabili, contenute nel documento che allego.*

*Ho appreso infatti dai giornali che intende coinvolgere nella campagna vaccinale anche i maturandi.*

*La ringrazio e Le invio cordiali saluti.*

*Carla Young»*

Il 4 aprile ho ricevuto dalla Segreteria del Presidente il messaggio di risposta (privo di firma) riportato di seguito.

*«Gentile Ingegnere,*

*La documentazione viene trasferita al Presidente per visione.*

*In ogni caso, considerato il Suo interesse alle materie segnalate, confidiamo che vorrà inoltrare la comunicazione a destinatari più appropriati sotto il profilo tecnico e istituzionale.*

*Distinti saluti,*

*La Segreteria del Presidente»*

## APPENDICE 2

### Note e considerazioni aggiuntive sulle tecnologie di sviluppo e sulle “varianti”

#### **Linee cellulari fetali**

In relazione all'utilizzo di cellule embrionali umane per lo sviluppo e la sperimentazione dei vaccini contro il COVID-19, desidero segnalare l'articolo pubblicato online il 26 marzo 2021 da The Conversation intitolato “*Le cellule fetali umane sono importanti per lo sviluppo dei vaccini, ma non sono un ingrediente*”<sup>46</sup>, un articolo che, come tanti altri, cerca di trasferire il messaggio che, nonostante per la sintesi e la sperimentazione si ricorra all'utilizzo di cellule fetali, non sarebbero comunque presenti tracce nei vaccini. Nell'articolo si legge quanto segue:

*«Per lo sviluppo dei vaccini COVID-19 sono state utilizzate due linee cellulari embrionali: cellule renali embrionali umane chiamate HEK 293 e cellule retiniche embrionali umane chiamate PER.C6. La linea cellulare PER.C6 è stata sviluppata da un aborto volontario avvenuto nei Paesi Bassi nel 1985 e la linea cellulare HEK 293 è stata sviluppata da un aborto di origine sconosciuta (spontaneo o volontario) avvenuto nei Paesi Bassi intorno al 1972.*

*Per lo sviluppo del vaccino COVID-19, Johnson&Johnson ha utilizzato cellule PER.C6, e il vaccino Oxford/AstraZeneca ha utilizzato cellule HEK 293. Anche i vaccini CanSino Biologics e Sputnik V di Gamaleya Research Institute hanno utilizzato cellule HEK 293.*

*Moderna e Pfizer/BioNTech hanno utilizzato cellule HEK 293 nei loro test di verifica teorica (proof of concept) per verificare l'efficacia nel recepimento delle istruzioni genetiche contenute in questi vaccini e nella sintesi della proteina spike richiesta. Ma nessuna delle due aziende ha utilizzato linee cellulari embrionali umane per la produzione del vaccino finale.»*

Sia la linea cellulare HEK 293 (sviluppata nel 1973 da Frank Graham, che pubblicò lo studio relativo nel 1977) sia la linea cellulare PER.C6 (sviluppata a partire da tessuto retinico di un feto di oltre quattro mesi abortito nel 1985) sono linee cellulari geneticamente modificate ottenute tramite trasfezione, con una porzione di DNA di adenovirus, di cellule di tessuti embrionali prelevati da aborti. Uno degli utilizzi di queste linee cellulari è appunto la propagazione di vettori adenovirali resi non replicanti.

Essendo i virus in grado di penetrare nelle membrane cellulari, essi costituiscono un efficiente mezzo di trasporto di geni all'interno delle cellule e quindi possono essere utilizzati per la cosiddetta “terapia genica”. Nel caso dei vaccini a vettore virale contro il COVID-19 il gene trasportato è la porzione del coronavirus SARS-CoV-2 che permetterebbe alla cellula del destinatario del vaccino la sintesi della proteina spike, la quale andrebbe a stimolare la risposta anticorpale. Si ritiene infatti che gli anticorpi che si legano alla proteina spike e bloccano l'ingresso virale nelle cellule ospiti siano i più importanti per la protezione dalla malattia. I virus utilizzati nei vaccini sviluppati contro il COVID-19 come vettore per il trasporto del gene sono adenovirus di scimpanzé (AstraZeneca – ora Vaxzevria: ChAd) o umani (Sputnik V: due diversi adenovirus ricombinanti rAd26 e rAd5, uno per dose; Johnson&Johnson: Ad26), oppure virus influenzali attenuati, virus del morbillo, virus della stomatite vescicolare, virus *vaccinia*<sup>47</sup> (quello utilizzato per la vaccinazione antivaiole, in Italia sospesa nel 1977 e abrogata definitivamente nel 1981 per via di effetti collaterali anche mortali, come l'eruzione varicelliforme di Kaposi).

Tuttavia, i virus utilizzati come vettori presentano notevole rischio di replicazione patogena. Questo rischio può essere evitato privando i virus di geni chiave, in particolare i geni che

---

<sup>46</sup> The Conversation, 26 marzo 2021, **Cells from human fetuses are important for developing vaccines – but they're not an ingredient**  
<https://theconversation.com/cells-from-human-foetuses-are-important-for-developing-vaccines-but-theyre-not-an-ingredient-157484>

<sup>47</sup> MSDManuals, 11 gennaio 2021, **Commenti: Aggiornamento sui vaccini per COVID-19**  
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/news/editorial/2021/01/08/14/02/covid-vaccine-update>

permettono la replicazione, in modo da renderli non replicanti in seguito all'ingresso nella cellula bersaglio.

La produzione su larga scala di un vaccino richiede la propagazione del vettore virale; a tale scopo, si ricorre a linee cellulari che esprimono i geni di replicazione mancanti. Poiché le cellule HEK-293 e PER.C6, come detto sopra, esprimono svariati geni adenovirali, esse vengono utilizzate per propagare i vettori adenovirali i cui geni di replicazione sono stati eliminati.

### **Contaminazione da adenovirus replicanti e considerazione sulle "varianti"**

Cito da una rassegna pubblicata nel 2010 sulla rivista National Center for Biotechnology Information (NCBI) e intitolata<sup>48</sup> *Cellule di coltura adenovirali*:

*«Questa rassegna si concentra sulle linee cellulari di coltura atte a complementare i vettori adenovirali non replicanti, a partire dalla storica linea cellulare HEK-293 [...] Inoltre, viene affrontato il problema della contaminazione da adenovirus competenti per la replicazione (RCA – Replication-Competent Adenovirus) in preparazioni virali ottenute da cellule HEK293, il quale ha portato allo sviluppo di linee cellulari alternative.*

[...]

*Lo svantaggio della linea cellulare HEK-293 è la possibilità di generare contaminazione da adenovirus competenti per la replicazione (RCA) all'interno della preparazione virale. [...] Sebbene la presenza di adenovirus competenti per la replicazione (RCA) sia molto bassa nei primi passaggi della produzione virale [...], questo aspetto risulta problematico per la produzione virale su larga scala e per applicazioni cliniche a causa di problemi di sicurezza del prodotto terapeutico.»*

La rassegna presenta poi la linea cellulare PER.C6: anch'essa, seppure in misura minore rispetto alla linea HEK-293 in quanto la porzione di DNA adenovirale con cui è stata eseguita la trasfezione è più limitata, non è esente dal problema della contaminazione; in questo caso, è possibile una ricombinazione che crea adenovirus atipici replicanti.

Dato quanto sopra, che si riferisce al substrato cellulare in assenza del vettore virale, mi chiedo se, a parte il potenziamento anticorpo-dipendente presentato a p. 18 del presente documento, la contaminazione da adenovirus replicanti (RCA) descritta nell'articolo citato sopra non possa essere uno dei fattori per i quali si sono registrati infezioni, focolai, ed epidemie di cosiddette "varianti" del COVID-19 a strettissimo giro dalla somministrazione dei vaccini.

Personalmente sono a conoscenza diretta di diversi casi di persone che hanno contratto forme simil-influenzali contagiose subito dopo la somministrazione del vaccino AstraZeneca e che sono risultate positive al tampone molecolare. Mi chiedo se, vista l'ormai notoria scarsissima selettività del tampone molecolare, queste infezioni non siano dovute, piuttosto che all'agente patogeno originario eventualmente mutato, a un agente virale chimerico (di fatto replicante) ottenuto dalla combinazione di un adenovirus con un coronavirus.

Nel caso dei vaccini a mRNA, anche questi coinvolti in diversi focolai e infezioni, non essendo state divulgate le relative procedure di sintesi *in vitro*, ed essendo tutt'altro che chiaro il meccanismo di azione effettivo, non so se una tale eventualità possa esistere o meno.

### **Incremento della mortalità COVID-19 a seguito delle campagne vaccinali**

Oltre a ricordare i dati israeliani riportati a pagina 12, i quali sembrano indicare una probabilità intorno a **sette volte** superiore di contrarre il COVID-19 con esito mortale nella popolazione vaccinata rispetto alla popolazione non vaccinata, desidero presentare un articolo pubblicato il 30 marzo 2021 intitolato<sup>49</sup> *Aumento drammatico nei decessi tra gli anziani*

<sup>48</sup> NCBI, 16 agosto 2010, **Adenoviral Producer Cells**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185730/#b7-viruses-02-01681>

<sup>49</sup> 30 marzo 2021, **Dramatic increase in deaths among seniors since "corona vaccinations" began**

<https://telegra.ph/Dramatic-increase-in-deaths-among-seniors-since-corona-vaccinations-began-03-30>

dall'inizio delle "vaccinazioni COVID", traduzione in inglese di un articolo tedesco pubblicato il 2 marzo 2021.

Esso riporta gli istogrammi di mortalità nei vari Laender tedeschi nella classe di età di 80 anni o più, il primo gruppo in Germania ad essere coinvolto nella campagna vaccinale. Gli istogrammi sono stati ottenuti a partire dai dati messi a disposizione dal Robert Koch-Institut (RKI). Essi, per tale classe di età, mettono a confronto i decessi attribuiti al COVID-19 in un periodo di due mesi a partire dall'inizio della campagna vaccinale (in rosso) con i decessi attribuiti al COVID-19 durante tutto il 2020 (in blu).

In ben **22 Laender** (grafico a sinistra nella pagina seguente), dall'inizio della campagna vaccinale il numero totale di decessi COVID-19 tra gli ultraottantenni ha superato di almeno **sei volte** in soli due mesi (dal 28-12-2020 al 24-02-2021) il numero totale di decessi COVID-19 avvenuti in un anno intero prima dell'inizio della campagna vaccinale (dal 01-01-2020 al 27-12-2020).

In **51 Laender** (grafico a destra nella pagina seguente), dall'inizio della campagna vaccinale il numero totale di decessi COVID-19 ha superato di almeno **quattro volte** in soli due mesi il numero totale di decessi COVID-19 avvenuti in un anno intero prima dell'inizio della campagna vaccinale.

Per fornire un quadro più completo dell'impatto del COVID-19 in Germania, è da osservare che, come mortalità totale, nell'anno 2020 si è registrato poco più di **1 decesso in più ogni 10.000 abitanti** rispetto all'anno precedente e quasi **1 decesso in meno ogni 10.000 abitanti** rispetto al 2018.

I dati relativi alla mortalità registrata in Germania negli ultimi quattro anni<sup>50</sup> sono riportati nella tabella seguente.

Anno	Mortalità	Popolazione	Decessi su 1000 abitanti	Incremento rispetto all'anno precedente %
2017	932272	82.658.409	11.27	-
2018	954874	83.124.018	11.49	+2,0%
2019	939536	83.517.045	11.25	-2,1%
2020	955600 ca.	83.783.942	11.41	+1,4%

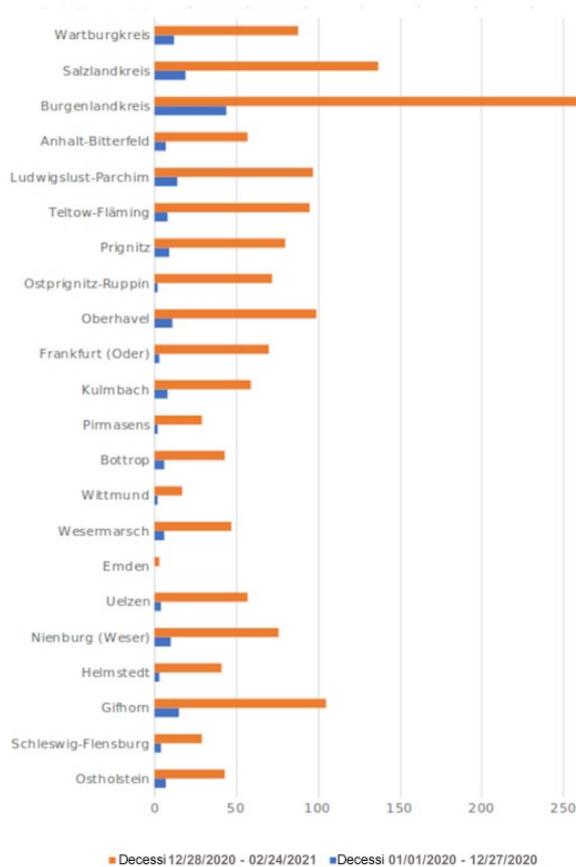
**Dramatischer Anstieg der Todesfälle unter Senioren seit Beginn der "Corona-Schutzimpfungen"**  
<https://corona-blog.net/2021/03/02/dramatischer-anstieg-der-todesfaelle-unter-senioren-seit-beginn-der-corona-schutzimpfungen/>

<sup>50</sup> Mortalità 2017-2019: <https://www.statista.com/statistics/1127989/deaths-number-germany/>

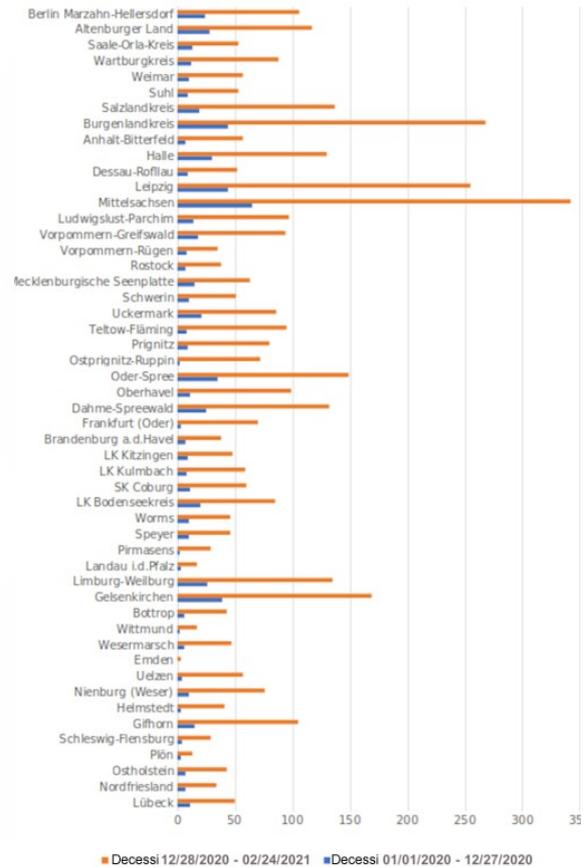
Mortalità 2020: <https://knoema.com/atlas/Germany/topics/Demographics/Mortality/Number-of-deaths>

Popolazione totale: <https://www.worldometers.info/world-population/germany-population/>

Impatto della campagna vaccinale  
sui decessi Covid-19 nel gruppo 80+  
22 Laender con mortalità almeno sestupla



Impatto della campagna vaccinale  
sui decessi Covid-19 nel gruppo 80+  
51 Laender con mortalità almeno quadrupla



Inserito: 24 aprile 2021; correzione refuso: 15.VII.2021  
 Scienza e Democrazia/Science and Democracy  
[www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem](http://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem)