

INFORMARSI: UN DOVERE

INFORMATIVA PER IL MEDICO DI BASE (MMG)

Il presente lavoro viene divulgato a scopo meramente informativo affinché tutti i MMG siano resi perfettamente consapevoli delle problematiche relative al SARS Cov-2 ed alle vaccinazioni in corso.

Il MMG è stato catapultato dal DL44/21 al centro di una gravissima responsabilità di cui il Governo ed i suoi esecutori dovranno rispondere in prima persona.

Il MMG viene investito di un potere che è quello di decidere se un individuo sia idoneo o no ad essere sottoposto alla somministrazione di un farmaco sperimentale.

Quindi il MMG da una parte deve rendere conto al proprio giuramento ippocratico e dall'altra deve obbedire a ordini privi di ogni logica e base medico scientifica.

Non è tollerabile in una società libera e democratica, che il ministero della salute e gli altri enti ad esso collegati impongano il divieto di prescrivere esami clinici finalizzati a stabilire se un individuo debba essere o meno sottoposto alla cosiddetta vaccinazione obbligatoria prevista da una norma unica al mondo.

IL SARS –Cov-2

Il SARS-Cov-2 è un beta-coronavirus costituito da un filamento singolo di RNA con un involucro lipidico che contiene quattro componenti proteiche strutturali, di cui la più importante è la proteina S (Spike).

Questa proteina determina il tropismo del virus e la sua patogenicità, in quanto contiene il sito di legame per il recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2) che ne facilita l'ingresso nelle cellule che lo esprimono (in particolare le cellule dell'intestino) e costituisce il bersaglio degli anticorpi sia prodotti in seguito all'infezione naturale che alla vaccinazione.

VACCINO

Un vaccino è una preparazione biologica che migliora l'immunità contro una particolare malattia. Un vaccino tipicamente contiene un agente che assomiglia ad un microrganismo che causa la malattia ed è spesso costituito da forme indebolite o uccise del microbo, dalle sue tossine o proteine di superficie.

L'agente stimola il sistema immunitario del corpo in modo che sia in grado di riconoscere l'agente come estraneo, di distruggerlo e "ricordarlo", così il sistema immunitario sarà in grado di riconoscere e distruggere più facilmente qualsiasi di questi microrganismi che incontrerà successivamente. (definizione WHO)

I vaccini sono costituiti da:

1. Antigeni
2. Adjuvanti

3. Conservanti

4. Eccipienti

Possono contenere impurezze (residui di lavorazione e contaminazioni) chimiche, biologiche ed elementari.

ENTRATA DEL VIRUS

L'inizio della replicazione virale può causare la morte delle cellule infettate e rilascio di mediatori pro-infiammatori con l'attivazione di una prima ondata di mediatori dell'inflammatione.

A seconda dell'intensità di questa prima risposta infiammatoria l'infezione può essere asintomatica o sintomatica.

FASI DELL'INFEZIONE COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 19)

FASE SINTOMATICA DELL'INFEZIONE VIRALE INIZIALE

I sintomi sono simili a quelli influenzali e durano circa 7-10 giorni.

Il sistema immunitario innato reagisce per bloccare la replicazione del virus.

Se la persona ha una risposta immunitaria efficiente l'infezione si risolve senza complicazioni.

FASE SINTOMATICA DELL'INFEZIONE VIRALE AVANZATA

L'infezione da SARS-CoV-2 determina una risposta antivirale inferiore caratterizzata da bassi livelli di Interferone-I (IFN-I) e IFN-III e da un'iperinflammatione dovuta all'elevata espressione di mediatori dell'inflammatione e di IL-6. In questa fase può manifestarsi l'immunosoppressione e la linfopenia in una parte di individui infetti, il SARS-CoV2 elude il riconoscimento da parte del sistema immunitario attraverso la soppressione dei meccanismi antivirali, favorendo la complicazione della malattia.

COMPLICAZIONE DELL'INFEZIONE

Comparsa dei sintomi polmonari. Il sistema immunitario reagisce in maniera esagerata all'infezione, non contenuta durante la prima fase, con la produzione di alte quantità di mediatori dell'inflammatione.

La coagulazione intravascolare disseminata o trombosi diffusa è una delle patologie che portano a morte il paziente, se non trattato opportunamente nella fase iniziale. Se non si interviene farmacologicamente, la complicazione può progredire rapidamente alla fase più grave, con il danno multiorgano.

* solo il 30-50% circa dei pazienti è febbrile al momento del ricovero

FASI DELL'INFEZIONE COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 19)

Durante la complicazione la persona può andare incontro a coinfezioni di tipo batterico (soprattutto ospedaliere antibiotico-resistenti), che aggravano ulteriormente il quadro clinico.

FASE POST-INFETTIVA

L'esistenza di autoanticorpi suggerisce un aumento del rischio di malattie autoimmuni, in alcuni pazienti con COVID-19 e sono, senz'altro, raccomandati ulteriori studi in gruppi più ampi di pazienti e a lungo termine, per chiarire queste osservazioni.

MECCANISMI DI EVASIONE VIRALE

Quando il virus infetta le cellule epiteliali che presentano il recettore ACE2 in superficie, riesce ad evadere la risposta immunitaria antivirale bloccando la produzione degli interferoni di tipo I e delle citochine infiammatorie (IL-1, IL-6 e TNF- α).

L'eccessiva replicazione virale e la morte delle cellule epiteliali richiamano dal flusso sanguigno le cellule del sistema immunitario innato che internalizzano il virus e attivano la risposta infiammatoria, con lo scopo di bloccare la replicazione del virus, che però porta ad un maggiore danno tissutale.

Quando il virus infetta le cellule del sistema immunitario (monociti e macrofagi tissutali) entra come complesso con gli anticorpi (immunocomplesso) attraverso il legame con il recettore Fc γ presente sulla superficie di queste cellule, blocca la produzione degli interferoni e altri mediatori antivirali ma stimola un'alta produzione di citochine proinfiammatorie che portano alla tempesta di citochine e al danno tissutale grave (potenziamento della malattia mediata dall'anticorpo - ADE)

L'ADE è un fattore di rischio importante per le vaccinazioni contro il COVID-19 e l'influenza, a causa dell'elevata variabilità dei virus che può predisporre alla produzione di anticorpi non neutralizzanti.

L'ADE spiega perché sono più a maggior rischio gli anziani rispetto ai bambini e gli adulti sani, in quanto possiedono una quantità maggiore di anticorpi non neutralizzanti provenienti da infezioni da coronavirus o da vaccinazioni non recenti, e presentano un sistema immunitario poco efficiente nel combattere le infezioni.

Tele meccanismo di tossicità è il potenziamento dipendente dall'anticorpo, in corso di studio per il coronavirus SARS-Cov-2 (58), ma studiato in maniera più approfondita anche per il SARS-Cov-1(59), la MERS(60) , la Dengue(61), lo Zika virus(62) , l'Ebola(63), L'HIV (64) e, come già accennato l'influenza stagionale(65).

Il meccanismo del potenziamento dipendente dall'anticorpo è piuttosto complesso, ma si può riassumere in questo modo: quando un soggetto che possiede un livello anticorpale sub-ottimale o anticorpi non neutralizzanti (in seguito ad un'infezione primaria o a vaccinazione) viene a contatto con un virus simile e si infetta, il suo sistema immunitario favorisce l'infezione e le complicazioni fatali della malattia.

In altre parole, una parte dei vaccinati sono predisposti dalla vaccinazione proprio a manifestare le complicazioni gravi e fatali della malattia dalla quale si vogliono proteggere.

57) J Virol. 2020 Feb 14;94(5). pii: e02015-19. doi: 10.1128/JVI.02015-19.

Molecular Mechanism for Antibody-Dependent Enhancement of Coronavirus Entry.

Wan Y#1, Shang J#1, Sun S2, Tai W3, Chen J4, Geng Q1, He L2, Chen Y2, Wu J1, Shi Z4, Zhou Y2, Du L5, Li F6.

58) Nat Rev Immunol. 2020 Apr 21. doi: 10.1038/s41577-020-0321-6.

The potential danger of suboptimal antibody responses in COVID-19.

Iwasaki A1,2, Yang Y3.

<https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6><https://www.nature.com/articles/s41577-020-0321-6>

Swiss Med Wkly. 2020 Apr 16;150:w20249. doi: 10.4414/smw.2020.20249.

Is antibody-dependent enhancement playing a role in COVID-19 pathogenesis?

Negro F1.

Medical Countermeasures Analysis of 2019-nCoV and Vaccine Risks for Antibody-Dependent Enhancement (ADE)

(2/27/2020).

Ricke, Darrell and Malone, Robert W.,

<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3546070>

64)Hum Vaccin Immunother. 2014;10(10):3013-6. doi: 10.4161/21645515.2014.972148.

Could vaccination with AIDSVAX immunogens have resulted in antibody-dependent enhancement of HIV infection

in human subjects?

Shmelkov E1, Nadas A, Cardozo T.

65)Proc Natl Acad Sci U S A. 2019 Jul 23;116(30):15194-15199. doi: 10.1073/pnas.1821317116.

Antibody-dependent enhancement of influenza disease promoted by increase in hemagglutinin stem flexibility

and virus fusion kinetics.

Winarski KL1, Tang J1, Klenow L1, Lee J1, Coyle EM1, Manischewitz J1, Turner HL2, Takeda K1, Ward AB2, Golding-H1, Khurana S3.,

LA SCOPERTA DEL FENOMENO

Questo meccanismo è stato scoperto negli anni '60, quando il dott. Scott Halstead e i suoi colleghi stavano studiando il virus della Dengue in Thailandia e hanno notato che le persone che erano state esposte alla Dengue una seconda volta, avevano un aumentato rischio di Dengue grave rispetto a quelle che non erano state precedentemente esposte.

Normalmente dopo un'infezione con un agente patogeno, il corpo "ricorda" l'infezione per lungo tempo perché le cellule B e T della memoria rimangono nel corpo. Poiché ricordano la prima infezione, queste cellule della memoria possono reagire rapidamente per fornire una risposta adattiva quando un'infezione colpisce una seconda volta. Le cellule della memoria possono rimanere nel corpo di una persona per molti anni, anche per un'intera vita. I ricercatori si sono chiesti quindi perché queste cellule della memoria non aiutano a combattere una seconda infezione da Dengue, e perché una seconda infezione da Dengue è spesso peggiore della prima. Halstead ha proposto un fenomeno chiamato "potenziamento dell'infezione dipendente dall'anticorpo" per spiegare queste osservazioni.

L'infezione da virus Dengue (DENV) con uno qualsiasi dei 4 sierotipi virali correlati (DENV1 a DENV4) provoca una varietà di manifestazioni cliniche, che vanno dalla malattia febbrile autolimitante, nota come febbre dengue (DF), alle malattie gravi potenzialmente letali, come la febbre emorragica da Dengue (DHF) o la sindrome da shock da Dengue (DSS), caratterizzata da perdita vascolare, trombocitopenia, sanguinamento e livelli elevati di citochine, e si era osservato che le cellule della memoria forniscono l'immunità dalla reinfezione solo con il sierotipo Dengue che ha causato la prima infezione.

Halstead ha proposto che quando una persona è infettata da un secondo sierotipo di Dengue, gli anticorpi della prima infezione aiutino in realtà a diffondere l'infezione virale della Dengue e ad aumentare la viremia, cioè la quantità di virus nel flusso sanguigno. Questo fenomeno può verificarsi anche nei bambini che hanno ricevuto anticorpi contro la Dengue dalle loro madri durante la gravidanza. Sorprendentemente, invece di distruggere il virus, gli anticorpi esistenti e gli anticorpi appena prodotti dalle cellule della memoria B possono effettivamente aiutare il virus a infettare le cellule ospiti in modo più efficiente. Ironia della sorte, la conseguenza del potenziamento dipendente dall'anticorpo è che la risposta del sistema immunitario peggiora in realtà i sintomi clinici della Dengue e aumenta il rischio delle complicazioni gravi. (66)

È degno di nota che i virus possono cross-reagire nell'indurre l'ADE (es. Dengue/Zika virus; SARS-Cov-2/altri coronavirus).

Questo fenomeno è ben documentato per Dengue/Zika: sono entrambi membri della famiglia Flaviviridae, trasmessi da vettori, ed esiste un'elevata somiglianza tra i virus a livello di nucleotidi e aminoacidi, e ciò può portare allo sviluppo di anticorpi cross-protettivi e cross-reattivi.

Nella stessa area geografica, le infezioni da ZIKV e DENV portano alla generazione di anticorpi crociati che potrebbero essere neutralizzanti (protettivi) o non neutralizzanti (non protettivi). È stato dimostrato che a causa degli anticorpi cross-reattivi non neutralizzanti contro la DENV, l'intensità delle complicazioni delle infezioni contro lo Zika virus dovute all'ADE potrebbe essere amplificata e viceversa.(67)

66) Host Response to the Dengue Virus

<https://www.nature.com/scitable/topicpage/host-response-to-the-dengue-virus-22402106/>

67) Front Immunol. 2018 Apr 23;9:597. doi: 10.3389/fimmu.2018.00597.

Modulation of Dengue/Zika Virus Pathogenicity by Antibody-Dependent Enhancement and Strategies to Protect

Against Enhancement in Zika Virus Infection.

Khandia R1, Munjal A1, Dhama K2, Karthik K3, Tiwari R4, Malik YS5, Singh RK6, Chaicumpa W7.

PLoS Pathog. 2019 Apr 18;15(4):e1007640. doi: 10.1371/journal.ppat.1007640.

The possible role of cross-reactive dengue virus antibodies in Zika virus pathogenesis.

IMMUNOPATOLOGIA DEL SARS-COV-2 E DEI SUOI VACCINI

I virus MERS-CoV, SARS-CoV-1 e SARS-CoV-2 sono correlati dal punto di vista evolutivo e condividono molte somiglianze nelle caratteristiche e nella progressione della malattia umana.

La prima fase della malattia lieve della progressione virale presenta generalmente modesti

sintomi simil-influenzali. La maggior parte dei pazienti non progredisce oltre questa fase e in

genere si riprende rapidamente e senza conseguenze. Nel modello animale murino, le cellule

fagocitiche contribuiscono all'eliminazione mediata da anticorpo di SARS-CoV-1 e

probabilmente le risposte innate sono sufficienti per sopprimere MERS-CoV e SARS-CoV-2 nella maggioranza dei pazienti.

Per alcuni individui (18,5%), l'infezione passa a una seconda fase grave che spesso coincide con il tempismo tipico di inizio della risposta anticorpale adattativa dell'immunità umorale (circa 7-14 giorni dopo l'infezione).

IMMUNOPATOLOGIA dell'ADE

Il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) è un fenomeno che coinvolge i complessi immunitari infettivi di anticorpi IgG, i quali mediano il peggioramento delle malattie che coinvolgono un ampio spettro di microbi e vertebrati.

L'ADE è un nuovo tipo di immunopatologia di Gell-Coombs:

- tipo I, ipersensibilità immediata mediata da IgE;
- tipo II, malattia acuta del complesso immunitario mediata dall'anticorpo;
- tipo III: malattia del complesso immunitario dell'antigene estraneo dipendente dal complemento mediato da IgG;
- tipo IV, malattie immunitarie e autoimmuni cellulo-mediate; 68
- e tipo V, potenziamento del complesso immunitario di IgG da infezione microbica nelle cellule portatrici di recettori per gli Fc (FcR).

Nelle immunopatologie di tipo II, gli anticorpi IgG sono spesso diretti contro gli autoantigeni, in quanto gli antigeni microbici mimano sequenze proprie delle proteine umane in vari tessuti umani, generando una risposta immunitaria che abbatte la tolleranza immunitaria e includono la febbre reumatica acuta.

Nelle immunopatologie di tipo III i complessi antigene-anticorpo estranei sono spesso intrappolati nelle membrane basali dei rivestimenti endoteliali. Gli esempi patologici includono la malattia acuta da siero, la nefrite glomerulare, le malattie post-immunizzanti da morbillo (69) e le infezioni respiratorie sinciziali nei riceventi del vaccino che provocano la formazione di complessi immunitari di IgG distruttivi principalmente nel polmone.

L'immunopatologia di tipo V differisce dalle immunopatologie di tipo II e III in quanto i complessi immunitari non sono direttamente citotossici ma servono ad aumentare la gravità della malattia regolando la produttività dell'infezione microbica intracellulare. (70)

68) Hypersensitivity Reactions (Types I, II, III, IV)

<http://njms.rutgers.edu/sgs/olc/mci/prot/2009/Hypersensitivities09.pdf>

https://www.amboss.com/us/knowledge/Hypersensitivity_reactions

Immunol Allergy Clin North Am. 2004 Aug;24(3):373-97, v-vi.

Immune mechanism of drug hypersensitivity.

Pichler WJ1.

69) Proc R Soc Med. 1974 Nov;67(11):1120-2.

Immunopathology of measles.

Lachmann PJ.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003591577406701115>

70) Microbiol Spectr. 2014 Dec;2(6). doi: 10.1128/microbiolspec.AID-0022-2014.

Dengue Antibody-Dependent Enhancement: Knowns and Unknowns.

Halstead SB1.

II PECCATO ANTIGENICO ORIGINALE

Quando il vaccinato si infetta con un mutante del virus selvatico diverso rispetto all'antigene vaccinale, il suo sistema immunitario adattativo risponde in maniera non specifica e debole, perché programmato per rispondere in maniera efficace solo all'antigene vaccinale. Il virus continua a replicarsi nel vaccinato portando ad un'infezione cronica con il rischio di sviluppare uno stato infiammatorio-autoimmune a lungo termine e recidive dell'infezione in forma atipica e resistente ai trattamenti farmacologici.

EFFICACIA QUASISPECIE

Le quasispecie virali sono definite come 'collezioni' di genomi virali strettamente correlati, sottoposti a un processo continuo di variazione genetica, competizione tra le varianti generate e selezione delle distribuzioni più idonee in un dato ambiente.

I tassi di errore per virus a RNA, retrovirus e alcuni virus a DNA sono nell'intervallo tra 10^{-3} e 10^{-5} mutazioni introdotte per nucleotide copiato, da 10⁴ a 10⁶ volte superiore a quelli che avvengono durante la normale replicazione del DNA cromosomico cellulare.

I VACCINI NON SONO STATI AUTORIZZATI ma ne è stata autorizzata solo l'immissione in commercio condizionata. **Sono farmaci sperimentali.**

Le due procedure principali per l'autorizzazione dei vaccini contro l'influenza pandemica sono:

la "procedura di simulazione" [mock-up procedure], che consente di sviluppare e autorizzare un vaccino prima di una pandemia, sulla base delle informazioni generate con un ceppo virale che potrebbe potenzialmente causare una pandemia. Una volta identificato il ceppo virale effettivo che causa la pandemia, il produttore può includere questo ceppo nel vaccino di simulazione e richiedere che sia autorizzato come vaccino pandemico "finale";

la "procedura di emergenza", che consente l'approvazione accelerata di un nuovo vaccino sviluppato dopo che una pandemia è già stata dichiarata. L'autorizzazione di questi vaccini

contro la pandemia è più rapida rispetto a un normale vaccino, poiché le informazioni fornite dal produttore vengono valutate in un arco di tempo accelerato (circa 70 giorni anziché 210 giorni). Una terza procedura consente di modificare i vaccini autorizzati contro l'influenza non pandemica, "influenza stagionale", in modo da offrire protezione contro l'influenza pandemica.

CONDIZIONI PER AVERSI SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA SULL' UOMO

Ai sensi dell' art. 4 del Regolamento CE n.507/2006 nel caso di sperimentazione sull' uomo per la prima volta di farmaco, dovrebbero essere rispettate precise condizioni e precisamente:

- a) il rapporto rischio /beneficio del medicinale, quale definito all' art1.paragrafo 28 bis, della direttiva 2001/83/CE, risulta positivo;
- b) i benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità sul mercato del medicinale in questione superano il rischio inerente al fatto che occorrono ancora dati supplementari

AIFA nel terzo rapporto sulla sorveglianza dei vaccini da Covid riferentesi al periodo dal 27 dicembre 2020 al 26 marzo 2021, ha reso noto che sono morti 100 italiani dopo aver fatto il vaccino(dato statistico ci tiene a sottolineare l' AIFA). La maggior parte di loro aveva ricevuto una o due dosi di Pfizer/BionTech, mentre 12 Moderna e 12 AstraZeneca. Il tasso di segnalazione di letalità è stato quindi 1,1 ogni 100 mila dosi inoculate per Pfizer, di 2,8 ogni 100 mila dosi per Moderna, e di 0,7 ogni 100 mila per AstraZeneca.

L' EMA (Agenzia Europea per i medicinali), responsabile della gestione e del mantenimento di efficienza di Eudra Vigilance, ha fotografato la situazione al 22.maggio 2021 nei seguenti termini:

12 272 morti

Casi	Astrazeneca	Pfizer-Biontech	Moderna	Janssen
Totali	237.648	191.215	29.616	4.997
Gravi	130.369	69.435	14.234	2.339
Fatali	2.489	6.049	3.365	369

Lo stesso regolamento (UE) n.536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE, mette in chiara evidenza come devono essere individuati:

c)

c)

ii) i rischi e gli inconvenienti per il soggetto, tenendo conto di tutti gli aspetti seguenti: — le caratteristiche e le conoscenze in merito ai medicinali sperimentali e ai medicinali ausiliari, — le caratteristiche dell'intervento rispetto alla normale pratica clinica, — le misure di sicurezza, incluse le disposizioni per ridurre al minimo i rischi, il monitoraggio, le comunicazioni in materia di sicurezza e il piano di sicurezza, — il rischio per la salute del soggetto legato alla condizione clinica per la quale il medicinale sperimentale è oggetto di sperimentazione,

La stessa legge italiana con il decreto legge 21 dicembre 2017 riporta i medesimi principi nell'ambito della sperimentazione clinica, sottolineando la prevalenza dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti rispetto agli interessi della scienza e della società:

2.2 Prima che uno studio abbia inizio, devono essere valutati rischi ed inconvenienti prevedibili rispetto al beneficio atteso sia per il singolo soggetto dello studio che per la società. Uno studio potrà essere iniziato e continuato solamente se i benefici previsti giustificano i rischi.

2.3 I diritti, la sicurezza, e il benessere dei soggetti dello studio costituiscono le considerazioni più importanti e devono prevalere sugli interessi della scienza e della società.

2.4 Le informazioni disponibili, non cliniche e cliniche, relative ad un prodotto in sperimentazione devono essere adeguate a supportare lo studio clinico proposto.

CONDIZIONI PER TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

A maggior ragione quando un trattamento sanitario viene imposto come obbligatorio, devono essere rispettate sempre tre condizioni. (Sentenza Corte Costituzionale n. 258/94):

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1994&numero=258>

1. IL TRATTAMENTO DEVE ESSERE DIRETTO A PRESERVARE LO STATO DI SALUTE DI CHI VI È ASSOGETTATO E A PRESERVARE LO STATO DI SALUTE DEGLI ALTRI.

Questa condizione è contraddetta dal Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 del 13/3/21

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+4_2021d.pdf/5ece92de-7793-5f04-4edb-26762a55b47b?t=1615996998754

che ricorda che anche i vaccinati possono comunque contagiarsi ed essere fonte di contagio per altri e raccomanda il mantenimento in uso dei presidi di protezione individuale anche per i soggetti vaccinati al fine di scongiurare questa eventualità.

2. IL TRATTAMENTO NON DEVE INCIDERE NEGATIVAMENTE SULLA SALUTE DI CHI VI È SOTTOPOSTO.

Nemmeno questa condizione è garantita perché i vaccini attualmente in uso sono vaccini ancora in fase sperimentale 3, impiegati su larga scala solo in via emergenziale.

Gli effetti collaterali del vaccino a medio e lungo termine non sono noti, e non è nemmeno indagata l'eventuale cancerogenicità o genotossicità e i dati di sicurezza sono attualmente insufficienti. Ciò è esplicitato nello stesso bugiardinato con un triangolo nero rovesciato (▼) accompagnato dalla dicitura "Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale".

a)

VAXZEVRIA – nota AIFA del 06.04.2021

<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFile>

Name=footer_000690_049314_FI.pdf&retry=0&sys=m0b113

b)

COMIRNATY – nota AIFA del 08.04.2021

<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFile>

Name=footer_005389_049269_FI.pdf&sys=m0b113

c) **MODERNA – nota AIFA del 30.01.2021**

<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFile>

Name=footer_005438_049283_RCP.pdf&retry=0&sys=m0b113

d) **JANSSEN – nota AIFA del 16.03.2021**

<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFile>

Name=footer_001306_049395_FI.pdf&retry=0&sys=m0b113

LA FASE 3 DI SPERIMENTAZIONE FINIRA':

(Fonte dati: National Institutes of Health - NIH):

a) Moderna 27/10/2022

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04470427?term=moderna&phase=2&draw=2>

b) BioNTech/Pfizer 06/04/2023

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>

c) AstraZeneca (ora Vaxzevria) 14/02/2023

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04516746>

d) Janssen Vaccines & Prevention BV 02/01/2023

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04505722>

C. La produzione di un nuovo vaccino segue le stesse fasi di sviluppo di un potenziale farmaco e richiede tempi anche molto lunghi (sino a 10 anni). Questo, però, non si è verificato nella fattispecie:

a) ISS

✓ <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniSviluppoCommercio>

D. Ne consegue che, sulla scorta dei documenti sub-A, sub-B e sub-C, i vaccini anti-Covid19 non hanno concluso tutti i cicli di verifica, sperimentazione e test.

D'altra parte, ragionando all'opposto e per assurdo, se la sicurezza di somministrazione fosse già stata assodata, non avrebbe avuto senso l'introduzione dello scudo penale per il personale vaccinatore contenuto nello DL 44/2021.

3) NELL'IPOTESI IN CUI DAL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO SI PRODUCA UN DANNO DEVE ESSERE PREVISTO UN INDENNIZZO A FAVORE DEL

DANNEGGIATO.

Nemmeno questa condizione è garantita perché, attualmente, chi decide di sottoporsi alla vaccinazione sottoscrivendo un consenso informato in cui accetta consapevolmente il rischio di eventuali effetti collaterali, peraltro ancora non completamente noti, solleva, di fatto, da ogni responsabilità tanto lo Stato quanto la Casa produttrice.

Va da sé, quindi, che, se vaccinarsi è un obbligo imposto dallo Stato, dovrebbe essere lo Stato a farsi carico di eventuali risarcimenti da danno da vaccino, ma questa eventualità non è esplicitata nel DL 44/2021 e rimane una questione aperta !

QUESITI SUI RISCHI/BENEFICI DELLA VACCINAZIONE

A. Nel rapporto sulla sorveglianza dei vaccini contro il Sars-Cov2 redatto da AIFA (https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_4.pdf) si afferma che al 26 aprile 2021:

a) sono state effettuate **56.110 segnalazioni** su un **totale di 18.148.394 dosi di vaccino** somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose somministrata;

b) sono state segnalate “**sospette reazioni avverse GRAVI**” che hanno **colpito 4.825 soggetti (pari al 8,6%)**, mentre il numero dei **decessi è pari a 223**: la valutazione del ruolo causale dei vaccini delle segnalazioni gravi sono oggetto di continuo approfondimento a livello nazionale ed europeo;

c) allo stato attuale delle conoscenze, il ruolo della vaccinazione anti-Sars-Cov2 nel causare una attivazione/riattivazione virale, in particolare relativa ai virus erpetici, resta indeterminabile ed è difficile da stabilire.

B. Un recentissimo rapporto di EudraVigilance - il database europeo delle segnalazioni di sospette reazioni ai farmaci (EudraVigilance), che tiene traccia anche delle segnalazioni di lesioni e decessi a seguito dell'uso dei "vaccini" sperimentali antiCOVID19 -, **elenca 10.570 morti e 405.259 lesioni (dati aggiornati al 08/05/2021).**

<https://www.eutimes.net/2021/05/massacre-more-than-10000-europeans-killed-by-covid-19-vaccines-according-to-official-eu-data/>

CREAZIONE DI VARIANTI A CAUSA DELLA VACCINAZIONE DI MASSA

Fonti scientifiche autorevoli evidenziano, tra l'altro, che la vaccinazione di massa durante una pandemia può essere improduttiva se non addirittura dannosa, creando “varianti” e “mostri irrefrenabili” e “vaccini imperfetti”:

a) OMS:

✓ https://www.adnkronos.com/covid-altre-19-varianti-sottoosservazione_67LNZEJMCLJgSh2nSPE9Tc

L'Oms fa il punto: "Il virus muta ed è normale che ci sia un certo numero di varianti, ma il possibile emergere di mutanti più pericolosi introduce ulteriori incognite "Oltre alle 3 varianti

di coronavirus che destano preoccupazione - inglese, sudafricana e brasiliana - finora sono state "6 le varianti designate come di interesse (Voi) e altre 19 sono attualmente in corso di indagine", sotto osservazione. A fare il punto è l'Organizzazione mondiale della sanità, in un focus del suo aggiornamento settimanale sul Covid. Soprattutto "finché l'incidenza globale rimane elevata" con il contagio che continua a correre, avverte l'Oms, "per i prossimi mesi continua ad esserci il rischio di comparsa di più varianti con implicazioni fenotipiche". Alcune di quelle già presenti, riepiloga l'ente, "sono state associate a una maggiore gravità della malattia (quella inglese e quella sudafricana), aumento del rischio di fuga immunitaria (sudafricana e brasiliana) e di riduzioni della neutralizzazione (sudafricana e brasiliana) da parte dei sieri di convalescenti o vaccinati rispetto al virus originario, suggerendo un rischio aumentato di reinfezione o di fallimento del vaccino".

b) NEJM

✓ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105000>

“Le varianti emergenti della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) destano preoccupazione clinica. Il sequenziamento virale ha rivelato varianti di probabile importanza clinica, tra cui E484K in 1 donna e tre mutazioni (T95I, del142–144 e D614G) in entrambe. Queste osservazioni indicano un potenziale rischio di malattia dopo la vaccinazione riuscita e la successiva infezione con il virus variante e forniscono supporto per gli sforzi continui per prevenire diagnosticare l'infezione e per caratterizzare le varianti nelle persone vaccinate. (Finanziato dal National Institutes of Health e altri.)

c) BMJ

✓ https://www.bmj.com/content/372/bmj.n86?ijkey=5444e483f857dc0fc21cb639e3ed4da67d065077&keytype=tf_ipsecsha

d) PLOS BIOLOGY

✓ <https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002198>

Imperfect Vaccination Can Enhance the Transmission of Highly Virulent Pathogens

Andrew F. Read ,Susan J. Baigent,Claire Powers,Lydia B. Kgosana,Luke Blackwell,Lorraine P. Smith,David A. Kennedy,Stephen W. Walkden-Brown,Venugopal K. Nair

- Alcuni vaccini potrebbero guidare l'evoluzione di agenti patogeni più virulenti? La saggezza convenzionale è che la selezione naturale rimuoverà gli agenti patogeni altamente letali se la morte dell'ospite riduce notevolmente la trasmissione. I vaccini che mantengono in vita gli ospiti ma consentono comunque la trasmissione potrebbero quindi consentire a ceppi molto virulenti di circolare in una popolazione. Qui mostriamo sperimentalmente che l'immunizzazione dei polli contro il virus della malattia di Marek

migliora l'idoneità dei ceppi più virulenti, rendendo possibile la trasmissione di ceppi iperpatogeni. L'immunità provocata dalla vaccinazione diretta o dalla vaccinazione materna prolunga la sopravvivenza dell'ospite ma non previene l'infezione, la replicazione virale o la trasmissione, prolungando così i periodi infettivi di ceppi altrimenti troppo letali per persistere. I nostri dati mostrano che i vaccini anti-malattia che non impediscono la trasmissione possono creare condizioni che promuovono l'emergere di ceppi patogeni che causano malattie più gravi negli ospiti non vaccinati.

Omissis”

Gli esperimenti con il virus della malattia di Marek nel pollame hanno, mostrato che i moderni vaccini commerciali leaky possono avere proprio questo effetto: consentono la trasmissione in avanti di ceppi altrimenti troppo letali per persistere.

“La vaccinazione potrebbe stimolare l'evoluzione di agenti patogeni più virulenti nel modo seguente. Di solito si presume che la forza primaria che impedisce l'emergere evolutivo di ceppi più virulenti sia che uccidano i loro ospiti e, quindi, tronchino i loro stessi periodi infettivi. In tal caso, mantenere in vita gli ospiti con vaccini che riducono la malattia ma non prevengono l'infezione, la replicazione e la trasmissione (i cosiddetti vaccini "imperfetti") potrebbe consentire la circolazione di ceppi più virulenti. La selezione naturale favorirà anche la loro circolazione se i ceppi virulenti hanno una trasmissione più elevata in assenza di morte dell'ospite o sono in grado di superare meglio l'immunità dell'ospite. Pertanto, i vaccini salvavita hanno il potenziale per aumentare la virulenza media della malattia di una popolazione di patogeni (come testato su ospiti non vaccinati) [2-4].

La plausibilità di questa idea (di seguito denominata “ipotesi del vaccino imperfetto”) è stata confermata con modelli matematici [2,5-9]. L'efficacia e la modalità di azione sono fondamentali. Se il vaccino si sta sterilizzando, in modo che la trasmissione venga interrotta, non può verificarsi alcuna evoluzione. Ma se non è sterilizzante, in modo che i patogeni acquisiti naturalmente possano trasmettere da individui immunizzati (quello che di seguito chiamiamo un vaccino "leaky"), i ceppi virulenti saranno in grado di circolare in situazioni in cui la selezione naturale li avrebbe una volta rimossi [2]. Pertanto, i vaccini anti-malattia (quelli che riducono la replicazione nell'ospite o la patogenicità) hanno il potenziale per generare un'evoluzione dannosa per il benessere umano e animale; i vaccini che bloccano l'infezione o la trasmissione non lo fanno [2-9]. Si noti che la possibilità di evoluzione della virulenza guidata dal vaccino è concettualmente distinta dall'evoluzione dell'epitopo guidata

dal vaccino (fuga antigenica), in cui le varianti degli antigeni bersaglio si evolvono perché consentono a patogeni che sono altrimenti meno adatti a eludere l'immunità indotta dal vaccino. L'evoluzione delle varianti di fuga è stata osservata frequentemente [4,10].

Trasmissione in avanti

“Per confermare che il virus diffuso nell'ambiente fosse un affidabile proxy per il potenziale di trasmissione da uccello a uccello, abbiamo ospitato uccelli infettati dai nostri tre ceppi più virulenti con uccelli sentinella immunologicamente naïve (Esperimento 2). Quando gli uccelli non vaccinati sono stati infettati con i due ceppi più letali (Md5 e 675A), sono stati tutti morti entro 10 giorni, prima che fosse iniziata una sostanziale eliminazione virale. Di conseguenza, nessun uccello sentinella in quegli isolatori è stato infettato e nessuno è morto. Al contrario, quando gli uccelli vaccinati con HVT sono stati infettati da uno di questi ceppi iperpatogeni, sono sopravvissuti per 30 giorni o più, consentendo una sostanziale diffusione virale (S2 Fig). Di conseguenza, tutte le sentinelle co-alloggiate sono state infettate (Fig. 2B) e morirono a causa dell'infezione da MDV (Fig. 2C). **Pertanto, in accordo con l'ipotesi del vaccino imperfetto, la vaccinazione ha consentito la trasmissione successiva di virus altrimenti troppo letali per la trasmissione, esponendo gli individui non vaccinati a un grande rischio di malattie gravi e morte.**”

I VACCINI IN COMMERCIO SONO LEAKY.

Essi prevengono le malattie senza effettivamente prevenire le infezioni.

Questi nuovi vaccini possono provocare un tipo di evoluzione microbica diversa e potenzialmente più spaventosa, di cui occorre tenere conto soprattutto nello scenario attuale dei molteplici vaccini anti-COVID già autorizzati o candidati (sono oltre 200 quelli in corso di sviluppo, e spesso molto diversi l'uno dall'altro per tecnologia usata).

e) Prof. Luc Montagnier

✓ <https://www.detoxed.info/premio-nobel-luc-montagnier-la-vaccinazione-di-massaun-errore-enorme-sta-creando-le-varianti/>

“Potenziamento dipendente dall'anticorpo" (ADE).

Come riportato a RAIR nell'aprile dello scorso anno, il prof. Montagnier ha presentato un caso importante secondo cui il coronavirus è stato creato in un laboratorio. I suoi commenti all'epoca offesero così tanto l'establishment di sinistra che tentarono aggressivamente di

screditare la sua dichiarazione. Ora, i media stanno facendo marcia indietro sull'origine del coronavirus dopo che eminenti scienziati hanno chiesto ulteriori controlli.

I vaccini stanno creando le varianti

Il prof. Montagnier ha definito il programma vaccinale per il coronavirus un “errore inaccettabile”. Le vaccinazioni di massa sono un "errore scientifico oltre che un errore medico", ha affermato. “È un errore inaccettabile. I libri di storia lo dimostreranno, perché è la vaccinazione che sta creando le varianti”, ha continuato il prof. Luc Montagnier.

L'eminente virologo ha spiegato che "ci sono anticorpi, creati dal vaccino", costringendo il virus a "trovare un'altra soluzione" o morire. Qui è dove vengono create le varianti. Sono le varianti che “sono una produzione e risultano dalla vaccinazione”.

Se guardiamo la curva dell'OMS, da quando sono iniziate le vaccinazioni a gennaio, la curva dei nuovi contagi (contaminazioni) è esplosa, insieme ai decessi, in particolare tra i giovani, dice Montagnier.

La vaccinazione di massa—È un errore enorme, non è vero? Un errore scientifico oltre che medico. È un errore inaccettabile. I libri di storia lo dimostreranno, perché è la vaccinazione che sta creando le varianti.

—Le nuove varianti sono una produzione e risultano dalla vaccinazione. Lo vedi in ogni paese, è lo stesso: la curva della vaccinazione è seguita dalla curva dei decessi.

—È chiaro che le nuove varianti sono create dalla selezione mediata da anticorpi dovuta alla vaccinazione. ok?

✓<https://rairfoundation.com/bombshell-nobel-prize-winner-reveals-covid-vacc> <https://rairfoundation.com/bombshell-nobel-prize-winner-reveals-covid-vacc>

LA PROTEINA SPIKE DANNEGGIA I VASI SANGUIGNI.

Studio Usa-Cina . <https://www.ansa.it-Medicina>

Gli effetti negativi del Covid sulla circolazione, come ictus e trombosi, non sono dovuti solo all'infiammazione indotta dall'infezione, ma sono una diretta conseguenza dell'azione della proteina spike. Questa la conclusione di uno studio, pubblicato sulla rivista Circulation Research, che suggerisce come Covid-19 non sia solo una malattia respiratoria ma anche, e forse soprattutto, una malattia vascolare.

Come noto, il Sars-Cov-2, grazie alla proteina spike si lega al recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2) per entrare e infettare cellule ospiti. I ricercatori

dell'Università della California San Diego, negli Usa, e della Xi'an Jiaotong University, in Cina, hanno mostrato che la proteina spike non solo si lega alle cellule sane per diffondere l'infezione, ma provoca danni direttamente alle cellule dell'endotelio, il tessuto che rivestono i vasi sanguigni e che sono fondamentali per la circolazione. Il team ha utilizzato degli pseudovirus, ovvero virus 'vuoti' e non infettivi ma che esprimono la proteina S (pseudo-spike) sulla superficie, iniettandoli nella trachea di criceti. Questi hanno avuto come conseguenza danni ai polmoni e alle arterie, dimostrando che la proteina spike da sola causa la malattia, a prescindere dalla diffusione dell'infezione virale.

Il team ha eseguito un altro esperimento esponendo cellule endoteliali sane alla proteina spike: questa, legandosi con ACE2, ha danneggiato le cellule, causandone la frammentazione dei mitocondri (le cosiddette centraline energetiche delle cellule). "Molte persone - commenta Uri Manor, uno degli autori - considerano il Covid-19 una malattia respiratoria, ma in realtà è una malattia vascolare".

LA PROTEINA SPIKE non è un antigene ma una proteina patogena. Stiamo inavvertitamente inoculando persone con una tossina che può causare danni cardiovascolari e infertilità. (Dott.re Peter Moloney Foundation , professore associato in immunologia virale all' Università di Guelph)

IN DEFINITIVA: LA VACCINAZIONE ANTI COVID E' UNA SPERIMENTAZIONE DI MASSA SULL'UOMO CHE NON E' IN GRADO DI IMMUNIZZARE I VACCINATI E CHE PROVOCA LA MORTE PER IL 18% DEGLI STESSI. NON SI CONOSCONO GLI EFFETTI A MEDIO E LUNGO TERMINE. INOLTRE IL VACCINO CREA VARIANTI MOLTO PIU' PERICOLOSI PER I NON VACCINATI. LA PROTEINA SPIKE PROVOCA DANNI AI VASI SANGUIGNI.

<https://www.databaseitalia.it/vaccini-mrna-danni-medio-lungo-termine/>

In questo video vengono **evidenziati tre aspetti importanti**: il **primo** è che tutti i vaccini causano danni avversi gravi principalmente nelle donne con una percentuale media del 70% , il **secondo** che esiste uno studio che dimostra che i farmaci a base mRNA causeranno danni degenerativi al sistema neurologico nel medio-lungo termine, il **terzo** è che la notifica all'opinione pubblica dell' esistenza di cure già autorizzate ed efficaci contro la malattia COVID19, già presenti e conosciute anche dalle case farmaceutiche, impedirebbe immediatamente la somministrazione di questi farmaci, ingannevolmente chiamati vaccini.

SIAMO SICURI CHE SI STIA FACENDO LA COSA PIU' GIUSTA PER LA SALUTE DELL' UOMO????

DIFFERENZA FRA SARS COV 2 E MALATTIA COVID-19

Coronavirus e sindrome respiratoria acuta (COVID-19, MERS e SARS)

Di ***Brenda L. Tesini*** , MD, University of Rochester School of Medicine and Dentistry

I coronavirus sono virus a RNA con capsula che causano malattie respiratorie di gravità variabile dal raffreddore comune alla polmonite fatale.

Numerosi coronavirus, scoperti per la prima volta nel pollame domestico negli anni '30, causano malattie respiratorie, gastrointestinali, epatiche e neurologiche negli animali. Solo 7 coronavirus sono noti per causare malattie negli esseri umani.

Quattro dei 7 coronavirus negli esseri umani in genere si manifestano con i sintomi del **raffreddore comune**. I coronavirus 229E, OC43, NL63 e HKU1 causano circa il 15-30% dei casi di comune raffreddore. Raramente, possono verificarsi gravi infezioni delle basse vie respiratorie, compresa una bronchiolite e una polmonite, soprattutto nei lattanti, negli anziani e nelle persone immunocompromesse.

Tre dei 7 coronavirus causano infezioni respiratorie molto più gravi, e talvolta fatali, nell'uomo rispetto ad altri coronavirus e hanno causato gravi focolai di polmonite mortale nel XXI secolo:

- Il SARS-CoV-2 è un nuovo coronavirus identificato come la causa della malattia da coronavirus nel 2019 (COVID-19) che ha iniziato a Wuhan, in Cina, alla fine del 2019 e si è diffuso in tutto il mondo.
- Il coronavirus MERS-CoV è stato identificato nel 2012 come la causa della sindrome respiratoria del Medio Oriente (Middle East respiratory syndrome [MERS]).
- Il SARS-CoV identificato nel 2003 come la causa di un focolaio di sindrome respiratoria acuta grave che è iniziato in Cina verso la fine del 2002.

Questi coronavirus che causano gravi infezioni respiratorie sono patogeni zoonotici, che iniziano negli animali infetti e vengono trasmessi dagli animali alle persone. Il SARS-CoV-2 ha una capacità di trasmissione significativa da persona a persona.

COVID-19

Il COVID-19 è una malattia respiratoria acuta, a volte grave, causato da un nuovo coronavirus SARS-CoV-2.

SARS-CoV-2

COVID-19 è stato segnalato per la prima volta alla fine del 2019 a Wuhan, in Cina e da allora si è diffuso ampiamente in tutto il mondo. Per informazioni aggiornate sul numero di casi e sui decessi, vedi il Centers for Disease Control and Prevention: 2019 Novel Coronavirus e il World Health Organization's Novel Coronavirus (COVID-2019) situation reports.

TRASMISSIONE del COVID-19 ALTISSIMA CONTAGIOSITA'

Il virus si diffonde attraverso uno stretto contatto da persona a persona, principalmente mediante le goccioline respiratorie prodotte quando una persona infetta tossisce, starnutisce, canta, fa esercizio o parla. Le grandi goccioline respiratorie viaggiano entro 2 m da una persona contagiosa, ma il SARS-CoV-2 a volte può essere diffuso a più di 6 m da piccole particelle di aerosol respiratorie che possono rimanere in aria per diverse ore e infettare persone separate da distanze precedentemente considerate sicure. La diffusione del virus può anche avvenire attraverso il contatto con una superficie contaminata da goccioline respiratorie. È noto che le persone asintomatiche e presintomatiche, così come i pazienti sintomatici, possono trasmettere il virus, rendendo difficile il controllo di un'epidemia.

Una persona è più contagiosa durante i diversi giorni prima e dopo l'insorgenza dei sintomi, momento in cui la carica virale nelle secrezioni respiratorie è maggiore. Il virus SARS-CoV-2 si diffonde facilmente tra le persone. In generale, maggiore è l'interazione con una persona infetta, più lungo è il rischio di diffusione del virus.

Gli eventi o le situazioni di "super-diffusione" hanno avuto un ruolo estremamente importante nel diffondere l'epidemia di SARS del 2003 e hanno anche un ruolo importante nell'attuale epidemia di COVID-19. Le situazioni di super-diffusione sono quelle in cui un piccolo numero di casi contribuisce a una grande percentuale della trasmissione della malattia. Ciò è probabilmente dovuto a una combinazione di fattori biologici, ambientali e comportamentali.

Le situazioni ad alto rischio di trasmissione comprendono strutture abitative (p. es., case di cura, strutture di assistenza a lungo termine, carceri, navi) così come ambienti affollati e poco ventilati come servizi religiosi al coperto, palestre, bar, locali notturni, ristoranti al coperto, e strutture per il confezionamento della carne. Tali situazioni comportano elevata densità di popolazione e spesso difficoltà a mantenere le precauzioni per evitare il contagio.

Quarantena e isolamento

La quarantena e misure di isolamento vengono applicate nel tentativo di limitare la diffusione locale, regionale e globale di questo focolaio. Vedi anche la trattazione del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) del [Contact Tracing for COVID-19](#) che comprende raccomandazioni per l'isolamento e la quarantena.

Uno **stretto contatto** è una persona che

- Si trovava entro 2 m da una persona infetta per un totale di 15 minuti o più per un periodo di 24 ore a partire da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi o di un test positivo (se asintomatico)

Altre situazioni che potrebbero essere prese in considerazione nel considerare che una persona è un contatto stretto, sono le situazioni nelle quali la persona ha avuto un contatto fisico diretto con la persona malata (p. es., abbracci o baci, posate o bicchieri condivisi) o se la persona infetta poteva con alta probabilità generare aerosol respiratori significativi (p. es.,

starnuti, tosse, canto, grida). Il CDC raccomanda di non prendere in considerazione la persona in contatto se indossava una maschera.

La **quarantena** ha lo scopo di separare e limitare il movimento dei contatti stretti che sono stati esposti a una persona contagiosa per verificare se si ammalano. La durata raccomandata si basa sul periodo di incubazione del patogeno, che va fino a 14 giorni per il virus SARS-CoV-2. (Vedi anche [CDC: When to Quarantine](#).) Le seguenti persone devono mettere stare quarantena per 14 giorni dopo la loro ultima esposizione:

- Contatti ravvicinati asintomatici testati negativi
- Contatti ravvicinati asintomatici che non sono stati testati (escludendo le persone che hanno avuto la COVID-19 negli ultimi 3 mesi)

Non è necessario che le persone che sono state completamente vaccinate contro la malattia negli ultimi 3 mesi e non mostrano sintomi siano messe in quarantena dopo contatto ravvicinato.

L'isolamento è destinato a separare le persone contagiose da quelle che possono essere infettate. La durata raccomandata si basa sui sintomi del paziente, così come sui dati sul decorso temporale della scomparsa del SARS-CoV-2 dalle secrezioni delle alte vie respiratorie. (Vedi anche [CDC: Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19](#).)

Le seguenti persone devono essere isolate:

- Le persone con sintomi COVID-19 che non sono state testate
- Chiunque risulti positivo per la sindrome respiratoria acuta grave-CoV-2 (sintomatica o asintomatica)

L'isolamento e le precauzioni per i pazienti che hanno avuto sintomi da lievi a moderati possono essere sospesi per la maggior parte dei pazienti 10 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi, a condizione che siano stati apiretici per ≥ 24 ore senza l'uso di farmaci che riducono la febbre e i cui altri sintomi stanno migliorando significativamente. I pazienti asintomatici possono interrompere l'isolamento 10 giorni dopo la data del loro primo test diagnostico positivo per la SARS-CoV-2.

La stretta aderenza a queste misure ha avuto successo nel controllare la diffusione dell'infezione in aree selezionate.

Sintomatologia

Le persone infettate dal COVID-19 possono avere pochi o nessun sintomo, anche se alcuni si ammalano gravemente e muoiono. I sintomi possono comprendere

- Febbre
- Tosse
- Mancanza di respiro o difficoltà respiratoria

- Brividi o scosse ripetute con brividi
- Stanchezza
- Dolore muscolare
- Cefalea
- Mal di gola
- Perdita recente dell'olfatto o del gusto
- Congestione del naso o naso che cola
- Nausea o vomito
- Diarrea

Il tempo di incubazione (ossia, dall'esposizione all'esordio dei sintomi) varia da 2 a 14 giorni, con una mediana di 4-5 giorni. La maggior parte delle persone infette (probabilmente l'80%) non presenta sintomi o ha una malattia lieve. Il rischio di malattia grave e di morte da COVID-19 aumenta con l'età, nei fumatori, e nelle persone con altri gravi disturbi medici, come cancro, malattie cardiache, polmonari, renali o epatiche, diabete, condizioni di immunocompromissione, drepanocitosi o obesità (1, 2). La malattia grave è caratterizzata da dispnea, ipossia e ampie lesioni polmonari all'imaging. Questo può progredire fino all'insufficienza respiratoria che richiede ventilazione meccanica, al shock, a un'insufficienza multiorgano e a morte.

Oltre alle malattie respiratorie che possono progredire fino alla sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e morte, altre gravi complicanze comprendono le seguenti:

- Disturbi cardiaci tra cui aritmie, cardiomiopatia e danno cardiaco acuto
- Disturbi della coagulazione tra cui tromboembolismo e emboli polmonari, coagulazione intravascolare disseminata, emorragia e formazione di coaguli arteriosi
- Sindrome di Guillain-Barré (rara)
- Sepsi, shock e insufficienza multiorgano

Una rara sindrome infiammatoria postinfettiva definita sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini (multi-system inflammatory syndrome, MIS-C) è stata osservata come una rara complicanza dell'infezione da SARS-CoV-2. Ha caratteristiche simili a quelle della malattia di Kawasaki o alla sindrome da shock tossico. I bambini con MIS-C (sindrome infiammatoria multisistemica ([multi-system inflammatory syndrome, MIS-C]) più comunemente presentano febbre, tachicardia e sintomi gastrointestinali con segni di infiammazione sistemica. I casi che soddisfano i seguenti criteri devono essere segnalati al Centers for Disease Control and Prevention (CDC) come sospetti di MIS-C: soggetti di < 21 anni con febbre > 24 ore, prove di laboratorio di infiammazione, segni di ≥ 2 organi coinvolti, e associazione biologica o epidemiologica con l'infezione da SARS-CoV-2 (3). È stata anche segnalata una sindrome infiammatoria multisistemica simile nei giovani e negli adulti di mezza età (4).

Risoluzione dei sintomi

Nella maggior parte dei pazienti, i sintomi si risolvono nel giro di circa una settimana. Tuttavia, alcuni pazienti peggiorano clinicamente dopo una settimana, progredendo a malattia grave tra cui [ARDS](#). Anche i pazienti con malattia lieve (circa un terzo in uno studio) possono avere sintomi persistenti tra cui dispnea, tosse e malessere, che possono durare per settimane o anche mesi. Una malattia prolungata sembra essere più frequente nel caso dei soggetti con malattia grave. I test PCR (reazione a catena della polimerasi) virale nei pazienti possono rimanere positivi per almeno 3 mesi indipendentemente dai sintomi. **Tuttavia, anche i pazienti con sintomi persistenti non sono generalmente considerati infettivi, in quanto il virus è raramente o mai in grado di essere coltivato a partire dal tratto respiratorio superiore dei pazienti dopo 10 giorni di malattia.**

Tuttavia, recentemente, è stato riportato un numero molto piccolo di casi in cui un ceppo geneticamente diverso di SARS-CoV-2 è stato identificato in pazienti guariti che hanno manifestato sintomi ricorrenti di COVID-19 (o pochi che erano asintomatici). Il fatto che un ceppo geneticamente diverso sia stato rilevato suggerisce fortemente che questi pochi casi rappresentino una reinfezione piuttosto che la riattivazione della malattia. Questo si verifica con maggiore probabilità > 3 mesi dopo l'infezione iniziale, ma può essere considerato se i sintomi si ripresentano appena 45 giorni dopo l'infezione iniziale (vedi [CDC: Investigative Criteria for Suspected SARS-CoV-2 Reinfection](#))).

Riferimenti per la sintomatologia

- 1. [Centers for Disease Control and Prevention](#): Symptoms and Testing
- 2. [Centers for Disease Control and Prevention](#): People Who Are at Higher Risk for Severe Illness
- 3. [Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, et al](#): Multisystem inflammatory syndrome in U.S. children and adolescents. *N Engl J Med* 383(4):334-346, 2020. doi:10.1056/NEJMoa2021680
- 4. [Morris SB, Schwartz NG, Patel P, et al](#): Case series of multisystem inflammatory syndrome in adults associated with SARS-CoV-2 infection — United Kingdom and United States, March–August 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69:1450–1456, 2020. doi: 10.15585/mmwr.mm6940e1

Diagnosi

- La real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) delle secrezioni delle vie respiratorie inferiori e superiori e del siero

I test diagnostici per il COVID-19 stanno diventando sempre più disponibili attraverso laboratori commerciali e ospedalieri oltre ai laboratori di sanità pubblica. Rest point-of-care di rilevamento degli antigeni o la PCR sono anche in commercio. Questi test sono tipicamente meno sensibili dei test standard della PCR (reazione a catena della polimerasi) con trascrittasi inversa real time e possono non essere approvati per l'uso in individui asintomatici o dopo 5-7 giorni di sintomi.

Per i test diagnostici iniziali per la COVID-19, il [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#) [raccomanda](#) di raccogliere e testare un singolo campione delle alte vie respiratorie. I seguenti sono campioni accettabili:

- Un campione rinofaringeo raccolto da un operatore sanitario (tipo di prelievo preferito se disponibile)
- Un campione orofaringeo (gola) prelevato da un operatore sanitario
- Un tampone nasale a livello del turbinato medio raccolto da un operatore sanitario o mediante un'auto-raccolta in ambiente sanitario controllata da un operatore (utilizzando un tampone appropriato)
- Un campione a livello delle narici anteriori raccolto da un operatore sanitario o mediante auto-raccolta in ambiente sanitario o in casa (utilizzando un tampone appropriato)
- Un campione di lavaggio/aspirazione nasofaringeo o di lavaggio/aspirazione nasale prelevato da un operatore sanitario
- Un campione di saliva raccolto con l'auto-raccolta controllata

Fare riferimento alle istruzioni per l'accettazione della raccolta del laboratorio, perché non tutte le piattaforme di test e laboratori possono essere in grado di testare tutti i tipi di campione. Per i campioni nasofaringei e orofaringei, utilizzare solo tamponi di fibre sintetiche con asta di plastica o filo metallico. Non utilizzare tamponi di alginato di calcio o tamponi con aste di legno, in quanto possono contenere sostanze che inattivano alcuni virus e inibiscono il test PCR (reazione a catena della polimerasi). I tamponi devono essere posizionati immediatamente in una provetta sterile da trasporto contenente 2-3 mL di mezzo di trasporto virale, di mezzo di trasporto Amies o di soluzione fisiologica sterile, a meno che non si utilizzi un test progettato per analizzare direttamente il campione, come un test point-of-care. Mantenere un adeguato controllo delle infezioni quando si raccolgono i campioni.

Il CDC raccomanda anche di testare le vie respiratorie inferiori, se possibile. Per i pazienti per i quali è clinicamente indicato (p. es., quelli sotto ventilazione meccanica invasiva), un campione di aspirato del tratto respiratorio inferiore o di lavaggio bronco alveolare deve essere raccolto e testato come campione del tratto respiratorio inferiore. La raccolta dell'espettorato deve essere effettuata solo per quei pazienti con tosse produttiva. L'induzione dell'espettorato non è raccomandata. (Vedi [CDC: Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons for Coronavirus Disease 2019](#).) Per motivi di biosicurezza, il Centers for Disease Control and Prevention raccomanda alle istituzioni locali di non tentare di isolare il virus mediante coltura cellulare o di effettuare la caratterizzazione iniziale degli agenti virali nei pazienti con sospetto di infezione da COVID-19.

I test diagnostici per la SARS-CoV-2 (sindrome respiratoria acuta grave-CoV-2) stanno diventando sempre più disponibili negli Stati Uniti, e le precedenti restrizioni sulla selezione dei pazienti per il test sono state allentate. I test SARS-CoV-2 sono raccomandati per diagnosticare l'infezione acuta sia di individui sintomatici che asintomatici e per guidare la tracciabilità dei contatti, le opzioni di trattamento e i requisiti di isolamento. I medici devono valutare se i sintomi e i segni di un paziente sono compatibili con il COVID-19 e se i test potrebbero avere un impatto sulla cura del paziente o su misure di salute pubblica. La deci-

sione di eseguire il test può anche tener conto dell'epidemiologia locale del COVID-19, del decorso della malattia e dei fattori epidemiologici del paziente come un contatto ravvicinato con un caso confermato di COVID-19 avvenuto entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi. I medici sono anche incoraggiati a testare altre cause di malattie respiratorie simili (p. es., Influenza) se epidemiologicamente appropriate. I pazienti asintomatici possono anche essere candidati per i test basati sulle linee guida sanitarie locali. (Vedi [CDC: Overview of Testing for SARS-CoV-2.](#))

I risultati dei test positivi devono essere segnalati ai dipartimenti sanitari locali e statali, inoltre i pazienti richiedono un rigoroso isolamento a casa o in una struttura sanitaria.

NOTA: i test sierologici o anticorpali non devono essere utilizzati per diagnosticare la malattia acuta da COVID-19, poiché gli anticorpi di solito diventano rilevabili solo 1-3 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi. I test anticorpali aiutano a determinare se la persona sottoposta al test è stata precedentemente infettata e sono importanti per la sorveglianza e gli studi epidemiologici.

I risultati di laboratorio di routine per i soggetti con malattia grave comprendono una linfopenia così come risultati meno specifici quali elevati livelli di aminotransaminasi (ALT, AST), elevati livelli di lattato deidrogenasi, di D-dimero, di ferritina, e dei marker infiammatori come la proteina C-reattiva.

I reperti dell'imaging del torace possono essere normali nella malattia lieve e aggravarsi con l'aumentare della severità della malattia. I reperti tipici sono compatibili con la polmonite virale e comprendono opacità a vetro smerigliato e consolidamento alla RX o alla TC del torace. La diagnostica per immagini del torace non è raccomandata come strumento di screening di routine per la COVID-19.

Trattamento

- Supporto
- A volte, remdesivir per la malattia grave
- A volte, il desametasone per la malattia grave

Il trattamento della COVID-19 dipende dalla gravità della malattia. Le [definizioni della gravità del CDC](#) sono le seguenti:

- Malattia lieve: pazienti che hanno segni e sintomi di COVID-19 (p. es., febbre, tosse, mal di gola, malessere, cefalea, dolore muscolare), ma senza dispnea o anomalie all'imaging del torace
- Malattia moderata: pazienti che hanno evidenza di patologie delle basse vie respiratorie mediante valutazione clinica o diagnostica per immagini, e una saturazione di ossigeno (SpO₂) \geq 94% in aria ambiente a livello del mare
- Malattia grave: pazienti con una frequenza respiratoria $>$ 30/minuto, SpO₂ $<$ 94% in aria ambiente a livello del mare (o, nei pazienti con ipossiemia cronica, una diminu-

zione > 3% dal basale), un rapporto tra pressione parziale arteriosa di ossigeno e frazione di ossigeno inspirato (PaO₂/FiO₂) < 300 mmHg, o infiltrati polmonari > 50%

- Malattia critica: pazienti con insufficienza respiratoria, shock settico e/o disfunzione multiorgano

Il trattamento del COVID-19 è principalmente di supporto. Molti studi clinici di trattamento e vaccino sono attualmente registrati, ma i dati su una terapia efficace rimangono scarsi. L'agente antivirale remdesivir è l'unico trattamento approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) per la COVID-19. È approvato per l'uso in pazienti di età ≥ 12 anni e ≥ 40 kg che richiedono il ricovero per COVID-19. E anche disponibile mediante autorizzazione d'urgenza dell'FDA (Food and Drug Administration) per i pazienti pediatrici ospedalizzati di ≥ 3,5 kg e non altrimenti coperti da approvazione, indipendentemente dall'età. Le attuali linee guida nazionali mettono in guardia contro l'uso di agenti terapeutici al di fuori degli studi clinici con l'eccezione del remdesivir e del desametasone (vedi [National Institutes of Health \(NIH\) COVID-19 Treatment Guidelines](#) e [Infectious Diseases Society of America \(IDSA\) Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19](#)). Per ciascun agente terapeutico i benefici devono essere valutati rispetto ai possibili rischi per ciascun paziente.

Le [NIH treatment guidelines](#) (linee guida di terapia della NIH) raccomandano l'uso di desametasone (alla dose di 6 mg 1 volta/die durante fino a 10 giorni o fino alla dimissione ospedaliera, a seconda di quale evento si verifichi per primo) in pazienti con COVID-19 ventilati meccanicamente o che richiedono ossigeno supplementare, ma sconsigliano l'uso di desametasone in pazienti non richiedono ossigeno supplementare. Se il desametasone non è disponibile, possono essere utilizzati altri glucocorticoidi (p. es., prednisone, metilprednisolone, idrocortisone).

L'[NIH raccomanda](#) di utilizzare il remdesivir per 5 giorni o fino alla dimissione ospedaliera, a seconda di quale evento si verifichi per primo, nei pazienti ospedalizzati con COVID-19 che necessitano di ossigeno supplementare ma che non richiedono la somministrazione di ossigeno attraverso un dispositivo ad alto flusso, come la ventilazione non invasiva, la ventilazione meccanica invasiva o l'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO).

Sono state utilizzate numerose terapie immunitarie e sono in fase di valutazione in studi clinici. L'FDA (Food and Drug Administration) ha emesso un'autorizzazione all'uso d'emergenza per 2 terapie con anticorpi monoclonali (bamlanivimab e casirivimab più imdevimab) per il trattamento del COVID-19 da lieve a moderato negli adulti e nei pazienti pediatrici (≥ 12 anni e di peso ≥ 40 kg) con COVID-19 e che sono ad alto rischio per una malattia grave (cioè quelli che hanno ≥ 65 anni o che hanno alcune patologie mediche croniche). Non ci sono dati sufficienti provenienti da studi clinici per raccomandare a favore o contro questi trattamenti, e questi trattamenti non devono essere considerati standard di cura.

L' IMMUNITA' dopo il SARS-CoV-2

L'immunità ,secondo un recentissimo studio,pubblicato su Nature, dura tutta la vita.

SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>

“Le plasmacellule del midollo osseo a lunga vita (BMPC) sono una fonte persistente ed essenziale di anticorpi protettivi.

Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Gli individui convalescenti hanno un rischio significativamente più basso di reinfezione. Tuttavia, è stato riportato che gli anticorpi sierici anti-SARS-CoV-2 subiscono un rapido decadimento nei primi mesi dopo l'infezione, sollevando preoccupazioni sul fatto che i BMPC di lunga durata potrebbero non essere generati e l'immunità umorale contro questo virus potrebbe essere di breve durata. Qui dimostriamo che nei pazienti che hanno manifestato infezioni lievi (n = 77), gli anticorpi sierici anti-SARS-CoV-2 spike (S) diminuiscono rapidamente nei primi 4 mesi dopo l'infezione e poi più gradualmente nei successivi 7 mesi, rimanendo rilevabili almeno 11 mesi dopo l'infezione. I titoli anticorpali anti-S erano correlati con la frequenza dei BMPC S-specifici ottenuti dagli aspirati del midollo osseo di 18 pazienti convalescenti SARS-CoV-2 da 7 a 8 mesi dopo l'infezione. BMPC S-specifici non sono stati rilevati negli aspirati di 11 soggetti sani senza storia di infezione da SARS-CoV-2. Dimostriamo che i BMPC che legano S sono quiescenti, indicando che fanno parte di un compartimento di lunga durata. Coerentemente, negli individui convalescenti sono state rilevate cellule B di memoria a riposo circolanti dirette contro la proteina S. Nel complesso, mostriamo che l'infezione da SARS-CoV-2 induce una risposta immunitaria umorale antigene-specifica e di lunga durata negli esseri umani.

LA VALIDITA' DELLE CURE DOMICILIARI

Lo **studio clinico** [A Simple, Home-Therapy Algorithm to Prevent Hospitalization for COVID-19 Patients](#) pubblicato da poco **pre-print su MedRxiv** ha **dato ufficialità** al primo documento presentato da Norberto Perico, Fredy Suter e Giuseppe Remuzzi, dal titolo [A recurrent question from a primary care physician: How should I treat my COVID-19 patients at home?](#), uscito su **Clinical and Medical Investigations nel 2020**.

Nell'articolo a firma Perico, Suter, Remuzzi del **2020**, citato anche nelle recenti [Indicazioni per il trattamento domiciliare dei pazienti con Covid-19](#) della Società italiana di medicina generale (SIMG),

Come curare il Covid a casa: lo studio su Medrxiv

Algoritmi efficaci per il trattamento domiciliare, implementati sulla base di un approccio razionale, fisiopatologico e farmacologico per **accelerare la guarigione e prevenire l'ospedalizzazione** dei pazienti nella fase iniziale di Covid-19, avrebbero importanti implicazioni per i pazienti e il sistema sanitario.

Lo [studio di coorte](#) (Academic matched-cohort study), citato sopra, ha confrontato i risultati

consecutivi-tra:

- **90 pazienti con Covid-19 lieve**, trattati a casa dal medico di famiglia tra **ottobre 2020 e gennaio 2021**, secondo l'algoritmo proposto

rispetto a:

- **90 pazienti** confrontabili per età, sesso e comorbidità che hanno **ricevuto altri regimi terapeutici**.

Il risultato primario era il **tempo per la risoluzione dei principali sintomi**. Gli esiti secondari includevano la **prevenzione del ricovero** in ospedale. Le analisi erano “**by intention-to-treat**”.

[La locuzione inglese **intention to treat** sta per “intenzione al trattamento”. Propriamente, adottare un approccio intention to treat (ITT) significa tener conto nell’analisi primaria di ogni soggetto incluso inizialmente nello studio. La definizione proposta da [wikipedia](#): “in epidemiologia, l'analisi intention to treat è un'analisi statistica che, nella valutazione di un esperimento, si basa sugli intenti iniziali di trattamento e non sui trattamenti effettivamente somministrati].

Tutti i pazienti hanno raggiunto la remissione completa.

- Il **tempo mediano** [IQR] per la **risoluzione dei maggiori sintomi** era di 18 [14-23] giorni nella coorte con l’algoritmo terapeutico "raccomandato" e di 14 [7-30] giorni nella corrispondente coorte di "controllo" ($p = 0,033$).
- Altri **sintomi persistevano** in una percentuale inferiore di pazienti nella coorte con la terapia proposta, rispetto alla coorte "controllo" (23,3% contro 73,3%, rispettivamente, $p < 0,0001$) e per un periodo più breve ($p = 0,0107$).
- Due pazienti nella coorte "raccomandata" sono stati ricoverati in ospedale, rispetto a 13 (14,4%) della coorte di controllo (Log-rank test, $p = 0,0038$).
- L'**algoritmo di prevenzione** ha ridotto i giorni e i costi cumulativi di ricovero di > 90% (da 481 a 44 giorni e da € 296.000 a € 28.000, rispettivamente).
- 1.2 pazienti dovevano essere trattati per prevenire un evento di ricovero.

L'implementazione di un **algoritmo di trattamento domiciliare precoce non è riuscita ad accelerare il recupero** dai principali sintomi di COVID 19, ma ha **quasi eliminato il rischio di ospedalizzazione** e correlati costi di trattamento.

La ricerca **non ha identificato studi clinici randomizzati o studi osservazionali** che abbiano valutato l'efficacia di **regimi di trattamento adottati precocemente** per sintomi lievi di COVID-19, non in ambito di ricovero.

L'algoritmo proposto:

I pilastri della raccomandazione terapeutica proposta sono tre:

- intervenire all'**inizio dei sintomi lievi / moderati** a casa

- **iniziare il trattamento il prima possibile** dopo che il medico di famiglia è stato chiamato dal paziente, senza attendere i risultati di un tampone nasofaringeo
- fare affidamento su **farmaci antinfiammatori non steroidei** specifici, salvo controindicazioni. Dopo l'iniziale esposizione a SARS-CoV-2, i pazienti in genere sviluppano sintomi che indicano un processo infiammatorio in media tra 5 e 6 giorni.

Viene suggerito di **aggiornare il trattamento** verso l'uso di **corticosteroidi** o iniziare la **profilassi anticoagulante**, basandosi anche su **test ematochimici** che documentino eventuali aumenti degli **indici infiammatori** (PCR, conta dei neutrofili) e / o D-dimero, rispettivamente, oltre che sul **giudizio clinico**.

Tuttavia, soddisfare il requisito del **test di laboratorio** nella fase iniziale della malattia non era stato possibile, poiché tutti i pazienti avevano la conferma di infezione da SARS-CoV-2 ed erano stati quindi messi in **quarantena a casa**, rendendo impossibile il loro accesso al laboratorio.

Una precisa descrizione dei **farmaci proposti** e dei loro **dosaggi** è contenuta nella parte **“Summary of proposed recommendations for treatment of COVID-19 patients at home”** (pag. 35-36 dell'articolo [pdf](#)), suddivisi in 5 categorie:

1. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
2. Corticosteroidi
3. Anticoagulanti
4. Ossigenoterapia
5. Antibiotici

Nelle conclusioni si legge che i risultati di questo studio potrebbero fornire un “background” e delle “ipotesi” per **progettare futuri studi prospettici** in questo contesto.

Per saperne di più:

- [A Simple, Home-Therapy Algorithm to Prevent Hospitalization for COVID-19 Patients: A Retrospective Observational Matched-Cohort Study](#)

Fredy Suter, Elena Consolaro, Stefania Pedroni, Chiara Moroni, Elena Pastò, Maria Vittoria Paganini, Grazia Pravettoni, Umberto Cantarelli, Nadia Rubis, Norberto Perico, Annalisa Perna, Tobia Peracchi, Piero Ruggenenti, Giuseppe Remuzzi. Medrxiv Posted March 31, 2021.

- [A recurrent question from a primary care physician: How should I treat my COVID-19 patients at home?](#)

Suter F, Perico N, Cortinovis M, Remuzzi G. Clin Med Invest 2020 DOI: 10.15761/CMI.1000207

- SIMG. Indicazioni per il trattamento domiciliare dei pazienti con Covid-19 (7 aprile 2021)
- Ministero della salute. Covid-19, nuova circolare del Ministero aggiorna le linee guida per le cure domiciliari (26 aprile 2021)

BASSA LETALITA' DEL COVID

ISS, 3 febbraio 2020

Dopo l'ultimo aggiornamento delle cifre dell'epidemia di coronavirus il numero dei morti in Cina, oltre 360, ha superato il bilancio della Sars, che nel paese asiatico aveva fatto 349 morti. Il 'sorpasso', commenta **Gianni Rezza**, direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, era atteso.

"Il coronavirus attuale sta mostrando una capacità superiore di trasmettersi rispetto alla Sars, quindi dà un numero di casi maggiore, anche se la letalità appare almeno al momento più bassa. Ad aumentare la contagiosità c'è anche il fatto che i sintomi spesso sono più lievi, e quindi, soprattutto quando ancora non si era consapevoli dei rischi, le persone contagiate circolavano maggiormente".

Di seguito un riassunto dei numeri relativi alle epidemie di coronavirus e di altri virus zoonotici che hanno dato origine a epidemie in anni recenti.

2019-nCoV: al momento il virus ha fatto 17383 casi e 361 morti, con una letalità stimata al momento intorno al 2-3%, anche se la cifra è assolutamente preliminare

MERS-CoV: al momento l'epidemia del coronavirus 'mediorientale' ha fatto 2494 casi con 858 morti, con un tasso di letalità del 34,4%

SARS-CoV: l'epidemia di Sars in due anni ha fatto 8096 casi con 774 morti, con un tasso di letalità del 9,6%

ALTRI VIRUS

INFLUENZA STAGIONALE: La letalità stimata per l'influenza stagionale è inferiore all'uno per mille.

EBOLA Il virus Ebola, la cui epidemia in corso in Congo è tutt'ora un'Emergenza Internazionale di Salute Pubblica dell'Oms, ha un tasso di letalità stimato intorno al 50%.

ISS, 1 febbraio 2021 - La letalità del Covid-19 in Italia nella seconda fase dell'epidemia è del 2,4%, più bassa rispetto a quella della prima fase durante la quale però l'accessibilità rallentata ai test diagnostici e la diversa distribuzione geografica dei casi potrebbero aver fornito un dato distorto. Il calcolo è contenuto in un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità

appena pubblicato, dove sono presentate anche le stime a livello regionale e in riferimento alle diverse fasi dell'epidemia, da cui emerge che le differenze tra regioni appaiono meno evidenti alla luce delle differenze della struttura demografica e della diffusione dell'epidemia nel tempo. Secondo il report tra i casi confermati diagnosticati fino a ottobre, la percentuale di decessi standardizzata per sesso ed età (il cosiddetto 'Case Fatality Rate o CFR) è stata complessivamente del 4,3%, con appunto ampie variazioni nelle diverse fasi dell'epidemia: 6,6% durante la prima fase (febbraio-maggio, 1,5% nella seconda fase (giugno-settembre) e 2,4% tra i casi diagnosticati nel mese di ottobre.

IN SINTESI: LA MALATTIA COVID 19 ha una alta morbilità ma una bassissima letalità. Inoltre è facilmente curabile.

MANCANZA DEI PRESUPPOSTI PER UNA SPERIMENTAZIONE DI MASSA

Vengono a questo punto a cadere i presupposti stessi per aversi la somministrazione di farmaci sperimentali, come è perfettamente stabilito dal Regolamento Europeo CE n.507/2006 commissione Comunità Europea:

REGOLAMENTO (CE) N. 507/2006 DELLA COMMISSIONE

del 29 marzo 2006

relativo all'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dei medicinali per uso umano che rientrano nel campo d'applicazione del regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio

(Testo rilevante ai fini del SEE)

LA COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE,

visto il trattato che istituisce la Comunità europea,

visto il regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'Agenzia europea per i medicinali ⁽¹⁾, in particolare l'articolo 14, paragrafo 7,

considerando quanto segue:

- (1) Prima di ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio in uno o più Stati membri, un medicinale per uso umano va in genere sottoposto a studi approfonditi volti a garantirne la sicurezza, l'elevata qualità e l'efficacia di impiego per la popolazione destinataria. Le norme e le procedure per ottenere un'autorizzazione all'immissione in commercio sono stabilite dalla direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano ⁽²⁾, e dal regolamento (CE) n. 726/2004.

(2 Nel caso di determinate categorie di medicinali, **al fine di rispondere a necessità mediche insoddisfatte dei pazienti e nell'interesse della salute pubblica, può tuttavia risultare necessario concedere autorizzazioni all'immissione in commercio basate su dati meno completi di quelli normalmente richiesti e subordinate ad obblighi specifici, di seguito «autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate».** Le categorie interessate sono i medicinali destinati al trattamento, alla prevenzione o alla diagnosi di malattie gravemente invalidanti o potenzialmente letali, o i medicinali da utilizzare in situazioni di emergenza in risposta a minacce per la salute pubblica riconosciute dall'Organizzazione mondiale della sanità o dalla Comunità nel quadro della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 settembre 1998, che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità ⁽³⁾, o i medicinali designati come medicinali orfani a norma del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, concernente i medicinali orfani ⁽⁴⁾.

(3 Anche se i dati su cui si basa un parere relativo ad un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata possono essere meno completi, **il rapporto rischio/beneficio, quale definito all'articolo 1, paragrafo 28 bis, della direttiva 2001/83/CE, dovrebbe risultare positivo. I benefici per la salute pubblica derivanti dalla disponibilità immediata sul mercato del medicinale in questione dovrebbero inoltre superare il rischio inerente al fatto che occorranza ancora dati supplementari.**

(4 Il rilascio delle autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate andrebbe limitato ai casi in cui solo la parte clinica del fascicolo della domanda è meno completa della norma. **Dati farmaceutici o preclinici incompleti andrebbero accettati solo nel caso di un prodotto destinato ad essere utilizzato in situazioni di emergenza, in risposta a minacce per la salute pubblica.**

(5 Al fine di conseguire il giusto equilibrio fra agevolare l'accesso ai medicinali ai
) pazienti con necessità mediche insoddisfatte ed evitare di autorizzare medicinali che presentano un rapporto rischio/beneficio sfavorevole, occorre subordinare ad obblighi specifici tali autorizzazioni all'immissione in commercio. È opportuno richiedere che il titolare completi o intraprenda determinati studi per confermare che il rapporto rischio/beneficio è positivo e per risolvere qualsiasi dubbio relativo alla qualità, alla sicurezza e all'efficacia del prodotto.

(6 Le autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate si differenziano dalle
) autorizzazioni all'immissione in commercio rilasciate in circostanze eccezionali conformemente all'articolo 14, paragrafo 8, del regolamento (CE) n. 726/2004. L'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata è rilasciata prima che tutti i dati siano disponibili. Essa non è tuttavia destinata a rimanere condizionata a tempo indeterminato. Quando vengono forniti i dati mancanti dovrebbe piuttosto essere possibile sostituirla con un'autorizzazione all'immissione in commercio non condizionata, vale a dire non subordinata ad obblighi specifici. Non sarà invece mai possibile, in linea di massima, costituire un fascicolo completo per un'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata in circostanze eccezionali.

(7 È inoltre opportuno precisare che le domande di autorizzazioni all'immissione in
) commercio condizionate possono essere oggetto di una procedura di valutazione accelerata conformemente all'articolo 14, paragrafo 9, del regolamento (CE) n. 726/2004.

(8 Poiché alle autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate si applicano le
) disposizioni del regolamento (CE) n. 726/2004, salvo quanto diversamente disposto dal presente regolamento, la procedura di valutazione di un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata è la normale procedura di cui al regolamento (CE) n. 726/2004.

(9 A norma del regolamento (CE) n. 726/2004 le autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate hanno una validità di un anno, rinnovabile. È opportuno che la domanda di rinnovo sia presentata sei mesi prima della scadenza dell'autorizzazione all'immissione in commercio e che il parere sulla domanda formulato dall'Agenzia europea per i medicinali, di seguito «l'Agenzia», sia adottato entro 90 giorni dal ricevimento della stessa. **Al fine di garantire che i medicinali non vengano ritirati dal mercato tranne qualora sussistano motivi legati alla salute pubblica**, l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dovrebbe rimanere valida finché la Commissione non abbia adottato una decisione basata sulla procedura di valutazione del rinnovo, purché la domanda di rinnovo sia stata presentata entro i termini fissati.

(1 **È opportuno fornire ai pazienti e agli operatori sanitari informazioni chiare sul carattere condizionato delle autorizzazioni. Tali informazioni devono pertanto figurare chiaramente nel riassunto delle caratteristiche del prodotto e nel foglietto illustrativo del medicinale in questione.**

HA ADOTTATO IL PRESENTE REGOLAMENTO:

Articolo 1

Oggetto

Il presente regolamento stabilisce le norme per il rilascio di un'autorizzazione all'immissione in commercio subordinata ad obblighi specifici a norma dell'articolo 14, paragrafo 7, del regolamento (CE) n. 726/2004 (di seguito «autorizzazione all'immissione in commercio condizionata»).

Articolo 2

Campo di applicazione

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

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

2 medicinali da utilizzare in situazioni di emergenza in risposta a minacce per la salute pubblica, debitamente riconosciute dall'Organizzazione mondiale della sanità ovvero dalla Comunità nel contesto della decisione n. 2119/98/CE;

3 medicinali designati come medicinali orfani a norma dell'articolo 3 del regolamento (CE) n. 141/2000.

Articolo 3

Richieste o proposte

1. Il richiedente può presentare una richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio condizionata insieme a una domanda a norma dell'articolo 6 del regolamento (CE) n. 726/2004. Tale richiesta è corredata di informazioni dettagliate attestanti che il prodotto rientra nel campo di applicazione del presente regolamento e rispetta le condizioni di cui all'articolo 4, paragrafo 1.

L'Agenzia informa immediatamente la Commissione delle domande che contengono una richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio condizionata.

2. Nel suo parere su una domanda a norma dell'articolo 6 del regolamento (CE) n. 726/2004 il comitato per i medicinali per uso umano (di seguito «il comitato»), può proporre un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata, previa consultazione del richiedente.

Articolo 4

Condizioni

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

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

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

c) il medicinale risponde ad esigenze mediche insoddisfatte;

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

Nelle situazioni di emergenza di cui all'articolo 2, paragrafo 2, può essere rilasciata un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata anche in assenza di dati farmaceutici o preclinici completi purché siano rispettate le condizioni di cui alle lettere da a) a d) del presente paragrafo.

2. Ai fini del paragrafo 1, lettera c), per esigenze mediche insoddisfatte si intende **una patologia per la quale non esiste un metodo soddisfacente di diagnosi, prevenzione o trattamento autorizzato nella Comunità** o, anche qualora tale metodo esista, in relazione alla quale il medicinale in questione apporterà un sostanziale vantaggio terapeutico a quanti ne sono affetti.

Esaminando i dati relativi ai decessi ,agli eventi gravi avversi,ai danni permanenti alle persone che hanno ricevuto e stanno ricevendo tali farmaci sperimentali, ed il fatto che con le terapie sperimentali il 98,99% dei pazienti contagiati guarisce non possiamo non arrivare a dedurre che lo stesso presupposto per l' utilizzo e per il proseguimento di tale sperimentazione è venuto a cadere.

Inoltre è in atto un' aperta violazione del diritto all' autodeterminazione dell' individuo.

MANCATO RISPETTO DELLE REGOLE SUL CONSENSO INFORMATO

Nel nostro Paese, da diversi anni, è in atto un dibattito dottrinario il cui elemento fondante è il riconoscimento dell'autodeterminazione del paziente nella consapevole adesione ai trattamenti medici a lui proposti dal personale medico e sanitario. L'evoluzione dottrinale e giurisprudenziale ha infatti riconosciuto che il diritto alla salute contempla una generale libertà di autodeterminazione nelle scelte terapeutiche, attribuendo al singolo il diritto ad una piena conoscenza dei trattamenti sanitari, al fine di poter scegliere consapevolmente quale cura adottare o addirittura se ricorrere o meno ad una cura. E' da tempo, infatti, che si riconosce l'esistenza di un principio consensualistico nei trattamenti sanitari. **La stessa Corte costituzionale (cfr. sentenza n. 438/2008), ha statuito che "il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere**

obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Connessa al tema del consenso è quello dell'ammissibilità del "testamento biologico" - o, cioè le disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita.

Il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo ed in conseguenza di quest'obbligo è esente da ogni responsabilità civile o penale. In ogni caso il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Tale sperimentazione di massa viola numerosi trattati internazionali e precisamente: la Convenzione di Oviedo, il Codice di Norimberga.

<https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>

Convenzione di Oviedo: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina

Tale Convenzione è il primo strumento giuridico internazionale obbligatorio che protegge la dignità, i diritti e le libertà dell'essere umano contro ogni abuso di progressi della biologia e della medicina.

Tale trattato parte dalla idea che l'interesse dell'essere umano deve prevalere sull'interesse della scienza o della società. Essa indica una serie di principi e di divieti concernenti la genetica, la ricerca medica, il consenso della persona interessata, il diritto al rispetto della vita privata ed il diritto all'informazione, il trapianto di organi, l'organizzazione di dibattiti pubblici su queste problematiche.

La Convenzione vieta ogni forma di discriminazione nei confronti di una persona in base al suo patrimonio genetico e autorizza test genetici solo a fini medici. Essa permette interventi di ingegneria genetica solo per ragioni preventive, diagnostiche o terapeutiche e solo quando il suo scopo non sia di modificare il patrimonio genetico di una persona.

Gli attuali vaccini in commercio modificano il patrimonio genetico del vaccinato.

La Convenzione **fissa delle regole relative all'esercizio della ricerca medica, prevedendo condizioni dettagliate e precise, particolarmente per le persone che non hanno la capacità di dare il proprio consenso alla ricerca.** Essa vieta la costituzione di embrioni umani per la ricerca e quei paesi in cui la ricerca sugli embrioni *in vitro* è consentita devono assicurare una protezione adeguata dell'embrione.

La Convenzione consacra il principio che la persona interessata deve dare il suo consenso prima di ogni intervento, salvo le situazioni di urgenza, e che egli può in ogni momento ritirare il suo consenso. Un intervento su persone incapaci di dare il proprio consenso, per esempio su un minore o su una persona sofferente di turbe mentali, non deve essere eseguito, salvo che non produca un reale e sicuro vantaggio per la sua salute.

L' Articolo 5 statuisce che:

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

Ad oggi possiamo affermare che si presta il consenso al fatto che non esistono studi relativi alla reale pericolosità del farmaco sperimentale per la nostra salute, autorizzando la nostra eutanasia.

Si presta il consenso a qualcosa che è in fase di sperimentazione e di cui la stessa comunità scientifica, come sua espressa ammissione, ignora gli effetti a medio e lungo termine sull'uomo!!!!

Nei nuovi moduli di consenso informato, allegati, si dichiara di possedere una consapevolezza terapeutica che non esiste in ambito scientifico e meno che mai in ambito privato. (all.1)

SOMMINISTRAZIONE DI MASSA DI UN FARMACO E' CRIMINE CONTRO L'UMANITA'

Il **Codice di Norimberga** nasce dalle carte dei processi che si svolsero al termine della seconda guerra mondiale nell'omologa città tedesca, in particolare da quelle del cosiddetto "Processo ai dottori" contro i medici nazisti che avevano perpetrato torture e sperimentazioni disumane contro innocenti in numerosi campi di sterminio tra cui quelli di Auschwitz e Birkenau. Su di esso si basa il Comitato Etico, ovvero quell'organismo indipendente che si occupa di tutelare i diritti, la sicurezza e il benessere dei soggetti che partecipano ad una sperimentazione.

Il Codice traccia una linea di divisione tra sperimentazione lecita e tortura, e su sperimentazioni non regolate, prive di fondamenti etici.

Consiste di 10 punti:

1. Il soggetto volontariamente dà il proprio consenso a essere sottoposto a un esperimento. **Prima di dare il consenso, la persona deve conoscere: natura, durata e scopo della sperimentazione clinica, il metodo e i mezzi con cui sarà condotta, eventuali effetti sulla salute e sul benessere della persona, eventuali pericoli cui sarà sottoposta.** (Questo è alla base del concetto di "consenso informato", ovvero di un consenso fornito in piena consapevolezza delle implicazioni di quello a cui ci si sta per sottoporre).
2. L'esperimento dovrà essere tale da fornire risultati utili al bene della società; la natura dell'esperimento non dovrà essere né casuale, né senza scopo.
3. Ci dovrà essere una pianificazione dell'esperimento sulla base degli esperimenti in **fase preclinica in vivo, e sulla base della conoscenza approfondita della malattia**
4. L'esperimento **dovrà essere condotto in modo tale da evitare ogni sofferenza o lesione fisica o mentale che non sia necessaria.**
5. **Non si deve eseguire la sperimentazione se a priori si è a conoscenza che tale sperimentazione possa causare danni o morte.**
6. Il grado di rischio da correre non dovrà oltrepassare quello dei vantaggi, determinati dalla rilevanza umanitaria del problema che l'esperimento dovrebbe risolvere.
7. **Si dovrà fare una preparazione tale da evitare che il soggetto abbia lesioni, danni o morte.**
8. L'esperimento potrà essere condotto solo da persone scientificamente adeguate e qualificate, con il più alto grado di attenzione verso la sperimentazione e l'essere umano.
9. Nel corso dell'esperimento il soggetto umano dovrà avere la libera facoltà di porre fine ad esso se ha raggiunto uno stato fisico o mentale per cui gli sembra impossibile continuarlo.

10. Durante l'esperimento lo scienziato responsabile deve essere pronto a interromperlo in qualunque momento se indotto a credere che la continuazione dell'esperimento comporterebbe probabilmente lesioni, invalidità o morte per il soggetto umano.

MANCATA PRESCRIZIONE DI ESAMI O VISITE SPECIALISTICHE

La legge italiana con il decreto legge 21 dicembre 2017 riporta i medesimi principi dei trattati internazionali sopra riportati, nell'ambito della sperimentazione clinica, sottolineando la prevalenza dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti rispetto agli interessi della scienza e della società:

2.2 Prima che uno studio abbia inizio, devono essere valutati rischi ed inconvenienti prevedibili rispetto al beneficio atteso sia per il singolo soggetto dello studio che per la società. Uno studio potrà essere iniziato e continuato solamente se i benefici previsti giustificano i rischi.

2.3 I diritti, la sicurezza, e il benessere dei soggetti dello studio costituiscono le considerazioni più importanti e devono prevalere sugli interessi della scienza e della società.

2.4 Le informazioni disponibili, non cliniche e cliniche, relative ad un prodotto in sperimentazione devono essere adeguate a supportare lo studio clinico proposto.

Di conseguenza è pieno diritto di ciascun individuo essere sottoposto ad accertamenti clinici pre vaccinali al fine di ricevere il vaccino più indicato e scongiurare qualsiasi pericolo per la sua vita.

RESPONSABILITA'

Giuramento di Ippocrate

Testo attuale

(deliberato dal Comitato

Centrale FNOMCeO 23 marzo

2007)

"Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto:

di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla;

di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo,

GIURO:

di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;

di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;

di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;

di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;

di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;

di promuovere l' alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel

**LE CONSEGUENZA DELL' AGIRE SCCELLERATO DI UNA FALSA SCIENZA E LE
RESPONSABILITA' CONNESSE TROVERANNO ACCERTAMENTO E GIUSTIZIA
NELLE OPPORTUNE SEDI E SOLO ALLORA SI POTRA'SCRIVERE LA
PAROLA:**

FINE

INFORMARSI: UN DOVERE

INDICE

PREMESSA:

IL SARS –Cov-2

VACCINO

ENTRATA DEL VIRUSpag.1

FASI DELL'INFEZIONE COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 19)

FASE SINTOMATICA DELL'INFEZIONE VIRALE

FASE SINTOMATICA DELL'INFEZIONE VIRALE

COMPLICAZIONE DELL'INFEZIONE

FASI DELL'INFEZIONE COVID-19 (CORONAVIRUS DISEASE 19)

FASE POST-INFETTIVA..... pag2

MECCANISMI DI EVASIONE VIRALE

LA SCOPERTA DEL FENOMENOpag.4

IMMUNOPATOLOGIA DEL SARS-COV-2 E DEI SUOI VACCINI

IMMUNOPATOLOGIA dell'ADEpag.6

II PECCATO ANTIGENICO ORIGINALEpag.7

EFFICACIA QUASISPECIE

I VACCINI NON SONO STATI AUTORIZZATI

**CONDIZIONI PER AVERSI SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA SULL'
UOMO**

pag.8

CONDIZIONI PER TRATTAMENTO SANITARIO	
OBBLIGATORIO.....	pagg 9 /10
QUESITI SUI RISCHI/BENEFICI DELLA VACCINAZIONE	
CREAZIONE DI VARIANTI A CAUSA DELLA	
VACCINAZIONE DI MASSA	pag 12

Imperfect Vaccination Can Enhance the Transmission of Highly Virulent Pathogens

Andrew F. Read ,Susan J. Baigent,Claire Powers,Lydia B. Kgosana,Luke Blackwell,Lorraine P. Smith,David A. Kennedy,Stephen W. Walkden-Brown,Venugopal K. Nair

I VACCINI IN COMMERCIO SONO LEAKY.....	pag 14
prof. Luce Montagneir	pag.15
LA PROTEINA SPIKE DANNEGGIA I VASI SANGUIGNI.....	pag16
DIFFERENZA FRA SARS COV 2 E MALATTIA COVID-19.....	pag17
TRASMISSIONE del COVID-19 ALTISSIMA CONTAGIOSITA’.....	pag18
L’ IMMUNITA’	 pag.25

LA VALIDITA’ DELLE CURE DOMICILIARI

A Simple, Home-Therapy Algorithm to Prevent Hospitalization for COVID-19 Patients pag26

BASSA LETALITA’	 pag28
MANCANZA DEI PRESUPPOSTI PER SPERIMENTAZIONE DI MASSA.....	pag29

MANCATO RISPETTO CONSENSO

INFORMATO.....	pag33
SOMMINISTRAZIONE DI MASSA DI UN FARMACO E' CRIMINE CONTRO L'UMANITA'	
.....	pag34
MANCATA PRESCRIZIONE DI ESAMI O VISITE SPECIALISTICHE.....	pag35
RESPONSABILITA'	pag36