

Ing. Massimiliano ALFONSO

Cell: 366 546 5609

PEC: massimo.alfonso@pec.it

PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

protocollo.centrale@pec.quirinale.it

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

presidente@pec.governo.it

usg@mailbox.governo.it

dipec.cipe@pec.governo.it

statoregioni@mailbox.governo.it

combiosicurezza@pec.governo.it

comitatonazbioetica@pec.governo.it

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

prot.dag@giustiziacerit.it

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

urp.cassazione@giustiziacerit.it

massimario.cassazione@giustizia.it

MINISTERO DELLA SALUTE

dgocts@postacert.sanita.it

dgfdm@postacert.sanita.it

dgcori@postacert.sanita.it

dgprev@postacert.sanita.it

dgvdesc@postacert.sanita.it

Presidente NITAG signorelli.carlo@hsr.it

areastrategiaeconomiaedelfarmaco@pec.aifa.gov.it

**MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITÀ ALIMENTARE E DELLE
FORESTE**

ministro@pec.politicheagricole.gov.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

protocollo.centrale@pec.iss.it

AIFA

presidenza@pec.aifa.gov.it

direzione.generale@pec.aifa.gov.it

procedure.centralizzate@pec.aifa.gov.it

in particolare, i seguenti rappresentanti di AIFA nei vari Comitati

Dott. Paolo Gasparini (e predecessore Genazzani) - CHMP

dott.ssa Amelia Cupelli - PRAC

dott.ssa Sara Galluzzo - PDCO

dott.ssa Concetta Quintarelli – CAT

dott.ssa Laura Galatti - CMDh

FNOMCeO

deontologia@fnomceo.it

segreteria@pec.fnomceo.it

REGIONE LOMBARDIA

Si prega la Regione di sopperire con urgenza
alla mancanza tecnica relativa alla mail URP [\[L\]](#)

urp@consiglio.regione.lombardia.it

protocollo.generale@pec.consiglio.regione.lombardia.it

insubriaregione@pec.regione.lombardia.it

crfv@regione.lombardia.it

olivia_leoni@regione.lombardia.it

segreteria.bertolaso@regione.lombardia.it

REGIONE VENETO

Assessorato alla sanità Direzione Regionale Prevenzione

Coordinamento Interregionale della Prevenzione

coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

urp@postacert.regione.emilia-romagna.it

REGIONE PUGLIA

quiregione@regione.puglia.it

ARS TOSCANA

ars@postacert.toscana.it

rosa.gini@ars.toscana.it

AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

autoritagaranteinfanzia@pec.it

Garante Regione Abruzzo

garante.infanzia@crabruzzo.it

dpb015@pec.regione.abruzzo.it

garanteinfanzia@pec.consrc.it

BOARD “SCIENTIFICO”

Società Italiana Pediatria (SIP)

presidenzasip@legalmail.it

segreteria@sip.it

Società di Igiene (SItI)

siti@pec-legal.it

Federazione Italiana Medici Pediatrici

presidenzafimp@legalmail.it

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

fimmg@legalmail.it

presidenzafimp@legalmail.it

Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)

fism.pec@legalmail.it

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive – IRCCS “Lazzaro Spallanzani”

direzionegenerale@pec.inmi.it

**ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE
POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA
POVERTÀ (INMP)**

inmp@pec.inmp.it

AGENAS

agenas@pec.agenas.it

ASST SETTE LAGHI

protocollo@pec.asst-settelaghi.it

urp@asst-settelaghi.it

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)

anci@pec.anci.it

CENTRO VACCINALE SESTO CALENDE

vaccinazioni.sesto@asst-settelaghi.it

PEDIATRA DI FAMIGLIA

Dott.ssa Rosanna Laporta [L](#)

rosannalapo@tiscali.it

E PER CONOSCENZA:

Ministero della Difesa Ispettorato Generale della Sanità Militare

stamadifesa@postacert.difesa.it

**associazioni professionali a carattere sindacale tra militari
rappresentative del personale dell'Arma dei carabinieri
per il triennio 2022-2024**

segreteria@pec.simcarabinieri.it

presidente@simcarabinieri.cc

info@carabinieriinsc.it

usmia_sg@pec.it

**Al Sig. Capo della Polizia
Direttore Generale della Pubblica Sicurezza**

dipps.002.0000@pecps.interno.it

Comando Generale - Uff. Comandante Generale – Segreteria

crm33320@pec.carabinieri.it

carabinieri@pec.carabinieri.it

Guardia di Finanza – Comando Generale

comando.generale@pec.gdf.it

Comando Carabinieri Tutela della Salute – NAS

srm20400@pec.carabinieri.it

tmi38786@pec.carabinieri.it

ccMInasCDO@carabinieri.it

Sindacato di Polizia OSA

osapolizia@gmail.com

Stazione Carabinieri – Ternate (VA)

tva28234@pec.carabinieri.it

Federazione Italiana Sindacati Intercategoriali – Vigili del Fuoco

fisiassociazione@pec.it

fisi-vvf@pec.it

FISI Sindacato

segr.generale@fisisindacato.it

**Deputati proponenti la Commissione Parlamentare di Inchiesta
N. 384-446-459-B**

faraone_d@camera.it

boschi_m@camera.it

gadda_m@camera.it

benzoni_f@camera.it

marchetti_r@camera.it

[e altri](#)

OGGETTO:

Istanza di accesso civico generalizzato (FOIA) ai sensi dell'art. 5, c. 2, d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 per la richiesta di informazioni e documentazione relative alle prossime vaccinazioni OBBLIGATE PER MIA FIGLIA e raccomandate in genere per la mia famiglia, comprendenti la terapia avanzata (genica) **modRNA** (RNA modificato geneticamente) per la SARS-CoV2, nonché informazioni relative alle precedenti somministrazioni per la **valutazione della violenza subita e del rischio** a cui è stata sottoposta la mia famiglia a seguito di atti di falso ideologico ed omissioni di informazioni per la somministrazione obbligata di farmaci **imperfetti/guasti**, ed in genere di profilo di sicurezza/efficacia **incompleto**.. Le informazioni e la documentazione richieste costituiscono fonte imprescindibile per la firma consapevole del consenso informato, non accettandone una riduzione per un trattamento sanitario obbligato; riduzione ed omissione perpetrate per anni a seguito di semplici posizioni soggettive ed in contrapposizione a tutta la normativa nazionale ed internazionale sulla **quantificazione ed informazione del rischio imposto**, soprattutto alla popolazione pediatrica (circ. 002523316/08/2017-DGPRES-DGPRES-P). Un rischio occultato ed accettato con **ingenua fiducia** all'atto del primo ciclo di somministrazioni avvenuto nel 2011, quando l'imposizione del rischio e la **mendace** rassicurazione della sua gestione, non era ancora normata.

LaVerità **ristora**
INSTANT DRINKS

Anno VIII - Numero 328 *Quid est veritas?* www.laverita.info - Prezzo in Italia euro 1,50
Martedì 28 novembre 2023

QUOTIDIANO INDIPENDENTE ■ FONDATA E DIRETTO DA MAURIZIO BELPIETRO

SENTENZA DEL TAR SVELA UN ALTRO INCREDIBILE RETROSCENA
AIFA CONFESSA: SUI VACCINI OK ALLA CIECA

L'agenzia ai giudici: «Non abbiamo i dati sull'efficacia e la sicurezza di quei farmaci». Quindi hanno avallato green pass e obblighi vaccinali senza alcuna base scientifica? Oppure stanno mentendo? In entrambi i casi non si possono archiviare Speranza e Magrin

«Militare morto a causa del vaccino»
Ma per i giudici non ci sono colpevoli

La perizia su Paternò conferma che il decesso è imputabile al siero Astrazeneca, inoculato a contagio già avvenuto. Il caso, però, è stato archiviato per assenza di reati. Sebbene bastasse un test per evitare il dramma

di PATRIZIA FLODER HEITZER



La correlazione con il vaccino anti Covid c'è, ma per la morte di Stefano Paternò, avvenuta 11 ore dopo l'inoculo, non ci sono colpevoli. Non lo sono un medico e un infermiere dell'ospedale militare di Augusta dove avvenne la somministrazione e neppure un medico del 118 che tentò di rianimarlo, infatti le loro posizioni risultano già archiviate. Non è colpevole l'anamnesi patologica e pre-vaccinale con particolare attenzione alla ricerca di controindicazioni e precauzioni alla specifica vaccinazione.

Prassi poi disattesa, quando i militari furono vaccinati negli hub e le reazioni avverse si moltiplicarono in modo esponenziale. Il capitano di vascello che curò l'anamnesi non pensò di sottoporlo a un test sierologico? «In quel momento l'Ums riferiva che il vaccino AstraZeneca fosse sicuro nelle persone con precedente infezione da Sar-



CRONACA
Pamela è morta all'età di 8 anni per una pericardite

Vasto, morta a 8 anni di pericardite: il caso è stato archiviato Date: 28 Dicembre 2023



Il Papa: «Non vaccinati negazionisti suicidi»



"Vaccinarsi è un atto di amore"
18 agosto 2021

NATIONAL CATHOLIC REGISTER

Edward Pentin | Blogs | January 15, 2022

VATICAN CITY — The Register has learned that Pope Francis privately held undisclosed meetings with the CEO of Pfizer last year as questions arise over the efficacy of the vaccines in preventing transmission, which are now being mandated for all Vatican staff and visitors. According to Vatican sources, the Holy Father twice met Pfizer CEO Albert Bourla at the Vatican, although the precise details are not known.

Covid, Mattarella: "Non si invochi la libertà per non vaccinarsi, si mette a rischio la salute altrui. La violenza va sanzionata"



05 SETTEMBRE 2021 AGGIORNATO ALLE 23:01

Il presidente della Repubblica all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università di Pavia parla della pandemia e delle aggressioni avvenute in piazza negli ultimi giorni. Poi osserva: "Il Recovery è investimento lungimirante sui giovani"

Convinto dell'inganno perpetrato nei confronti della buona fede del Santo Padre e del nostro amato Presidente, considerati anche loro vittime, come tutta la popolazione, delle menzogne delle varie Autorità Sanitarie ed Istituzioni, con l'aggravarsi del danno inferto alla popolazione, il sottoscritto aspettava parole di riflessione ed una rivalutazione delle precedenti affermazioni, dimostrando la buona fede con l'immediato aiuto alla popolazione martoriata.

Al contrario, i maggiori responsabili della profonda ferita inferta alle fondamenta del nostro Paese sono ancora elogiati dalla totale rappresentanza politica, la quale, continua imperterrita nell'approvazione di norme e comportamenti gravemente dannosi per il nostro Paese, negando, mistificando ed abbandonando la volontaria sofferenza causata.

Al Presidente Mattarella: Tralasciando il culto pagano del buco, decantato ancora oggi come atto d'amore dal Santo Padre, chiedo esplicitamente al Presidente Mattarella se, nel momento in cui redarguiva i nostri ragazzi nel “non invoocare la libertà per sottrarsi alla vaccinazione”, fosse all’oscuro delle gravi mancanze **confessate** oggi dalle autoità sanitarie [\[0-V\]](#), tra le quali, cito la paura dell’ ex Direttore Generale della Prevenzione e membro del CTS, dott. Rezza, [\[0-V52\]](#) una paura che impediva addirittura la lettura dei contratti firmati con i produttori del veleno iniettato, oltre alla menzoniera propaganda di tutta la rappresentanza della classe medica, che nascondeva la non pericolosità del virus per la fascia pediatrica [\[L\]](#) [\[L\]](#) ed il deletrio effetto del veleno sulla popolazione.

Speranza: «Sapevo che il 20 per cento degli effetti avversi era gravissimo»

Al Presidente Mattarella: Il Presidente Mattarella era a conoscenza DELLA VOLONTÀ di infierire sulla salute dei nostri ragazzi, danneggiando ed uccidendo, quando, da pastaio della Barilla, l’ex ministro Speranza citava la scienza internazionale [\[video\]](#)?

Al Presidente Mattarella: Il sottoscritto chiede al Presidente Mattarella se la drammatica e forzata inoculazione della popolazione per l’attivazione di tessere sanitarie necessarie al proseguo dei piani di soggetti devianti, insieme all’autorizzazione di nuove piattaforme tecnologiche [\[L\]](#) per l’avvio della terza era dei farmaci, siano queste oggi la cura o il dovuto sacrificio per le generazioni future [\[9-V0\]](#).

Sconcertato dal comportamento tenuto negli ultimi anni della rappresentanza della classe medica e dalle Istituzioni, il sottoscritto ha rivisto le scelte inconsapevoli passate riguardanti la somministrazione obbligata di farmaci per i bambini, cercando le evidenze della sicurezza garantita e di cui, all’epoca, non ho chiesto prova, **pentendomi amaramente.**

Al Presidente Mattarella: Il Presidente Mattarella, quando firmava il Decreto Lorenzin ed accettava “*la relazione tecnica*” costituente il banale protocollo di sperimentazione delle case farmaceutiche, sostenendo anche la possibilità della perdita della patria potestà genitoriale a seguito del rifiuto di inoculazioni non sicure [\[L\]](#), era a

conoscenza dell'operato dell'ex ministro Lorenzin, di pari livello di moralità e preparazione tecnica di Speranza, nonché delle gravi mancanze descritte di seguito ed in particolare nel capitolo 3?

Al Presidente Mattarella: Avendo dichiarato alla popolazione la necessità di un nuovo “ordine globale” e l'impossibilità di un ritorno alla “vita normale”, chiedo al Presidente Mattarella se questo nuovo modello sociale comprenderà il perdurare della svendita della salute dei nostri bambini, e da oggi di tutta la popolazione, agli interessi degli psicopatici a cui il nostro Paese conferisce ancora onori ed a cui regala ingenti risorse ogni anno per la creazione di nuovi farmaci biotecnologici da testare sulla popolazione italiana, ricavandone ulteriore profitto.

INDICE

1.	DESTINATARI DELLA PRESENTE	40
1.1.	Corte Suprema di Cassazione – Ufficio del massimario	40
1.2.	I Comitati	75
1.2.1.	Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) [L].....	77
1.2.2.	Comitato per le Terapie Avanzate (CAT) [L]	115
1.2.3.	Comitato Pediatrico (PDCO)	118
1.2.4.	Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC) [L].....	123
1.2.5.	Comitati etici pediatrici	132
1.2.6.	Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Human (CMDh) 135	
1.2.7.	Altri destinatari.....	136
2.	ITALIA – PARCO GIOCHI PER SPERIMENTAZIONI MEDICHE, TECNOLOGICHE ECONOMICHE E SOCIALI	248
2.1	Esempio di concretezza e robustezza dei dati su cui si sono basati gli obblighi di profilassi pediatrici.....	280
2.2	L’Immigrazione	298
2.3	Gli obblighi TERAPEUTICI NEL NOSTRO PAESE	302
2.3.1.	La conoscenza del nostro essere	347
3.	DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L’INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B.....	358
3.1	circolare n. 25782 del 14 agosto 2023	438
3.1.1.	Il rationale scientifico	442
3.2	circolare n. 30088 del 27 settembre 2023	469
3.3	Circolare n.34645 del 03/11/2023	480
3.4	Circolare n.35193 del 09/11/2023	481
3.5	Circolare n.37743 del 04/12/2023	482
3.6	La vaccinazione anti-influenzale – la via di accesso alla piattaforma mRNA.....	484
3.7	Il PNPV 2023-2025	494
3.7.1	PIANO D’AZIONE EUROPEO PER LE VACCINAZIONI (2015-2020)	496
3.7.2	AGENDA DELL’OMS SULL’IMMUNIZZAZIONE 2030.....	497
3.7.3	AGENDA EUROPEA DELL’OMS SULL’IMMUNIZZAZIONE 2030	497
3.7.4	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025.....	498
3.7.5	IL VALORE ETICO E SOCIALE DELLE VACCINAZIONI	498
3.7.6	MIGLIORARE LA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE PREVENIBILI DA VACCINO	500
3.7.7	SCOPO.....	501
4.	LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA	505
4.1.	La tecnologia rDNA.....	505

INDICE

4.2.	Gli adiuvanti.....	509
5.	LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA	520
5.1.	LA CO-SOMMINISTRAZIONE	529
5.2.	TRIAXIS POLIO (obbligatorio).....	561
5.2.1.	Analisi foglio illustrativo (FI) e Riassunto DELLE CARATTERISTICHE del prodotto (RCP).....	574
5.3.	GARDASIL 9.....	584
5.3.1.	European Public Assessment Reporto (EPAR).....	587
5.3.2.	Assessment report EMA/CHMP/767725/2021	593
6.	IL CONSENSO DEVE ESSERE INFORMATO E NON CARPITO. NON FORNENDO ED OCCULTANDO LE INFORMAZIONI SI CREA UNA FALSA SICUREZZA NELLE FAMIGLIE.....	596
6.1.	la seduta vaccinale.....	599
6.2.	Siti informativi Istituzionali.....	608
6.3.	Nota storica	617
7.	RICHIESTA PRESCRIZIONE MEDICA O DI QUALUNQUE DISPOSITIVO GIURIDICO ATTO A DEFINIRE IL RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE, DERIVANTE DALLA NETTA VALUTAZIONE POSITIVA DEL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICIO (come definito dall'articolo 28bis della direttiva ce 83/2001), A VALLE DELLA COMPARAZIONE DI UN CERTIFICATO ANAMNESTICO (non delegabile al genitore) CON IL PROFILO DI SICUREZZA DESCRITTO DALL'RCP DEL MEDICINALE IN QUESTIONE, OLTRE CHE DALL'ANALISI DEI PSUR (come definito dall'art. 27 del dm 30 aprile 2015)	622
7.1.	Il certificato anamnestico	629
8.	L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE	633
8.1.	Co-somministrazione Infanrix hexa – Prevenar 13.....	633
8.2.	Infanrix Hexa.....	640
8.3.	Prevenar 13	653
8.3.1.	Pre-meeting Package for VRBPAC Meeting November 18, 2009 [L] [8-A6].....	654
9.	CONCLUSIONI	657

ACRONIMI

ACT-A	Access to COVID-19 Tools Accelerator
ADR	Adverse Drug Reaction
AIC	Autorizzazione all'Immissione in Commercio
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANV	Anagrafe Nazione Vaccinale
APA	Advance Purchase Agreement
ASD	Autism Spectrum Disorders
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Product
BLA	Biologics License Application
CAD	Codice Amministrazione Digitale
CAP	Centrally Authorised Product
CAT	Comitato Terapie Avanzate
CCDS	Company Core Data Sheet
CCSI	Company Core Safety Information
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CHMP	Committee for Medicinal Products for Human Use
CMA	Conditional Marketing Authorization
CNB	Comitato Nazionale di Bioetica
CRVF	Centri Regionali di Farmacovigilanza
CMA	Conditional Marketing Authorization
CTD	Common Technical Document
CTS	Comitato Tecnico Scientifico
DARPA	Defense Advanced Research Projects Agency
DSA	Disturbo Specifico dell'Apprendimento
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ENCEPP	European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance
EpiPulse	European surveillance portal for infectious diseases
EPITT	European Pharmacovigilance Issues Tracking Tool
eRMR	electronic Reaction Monitoring Reports,
EV	EudraVigilance
EVAP	European Vaccination Action Plan
EVCTM	EudraVigilance Clinical Trial Module
EVDAS	EudraVigilance Data Analysis System
EPAR	European Public Assessment Report
EVPM	EudraVigilance PostAuthorisation Module
FDA	U.S. Food and Drug Administration
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GCP	Good Clinical Practice
GHSA	Global Health Security Agenda
GLP	Good Laboratory Practice
GMP	Good Manufacturing Practice
HMA	Heads of Medicines Agencies
HTA	Health Technology Assessment
ICH	International Council for Harmonisation
ICSR	Individual Case Safety Report
IPD	Invasive Pneumococcal Disease

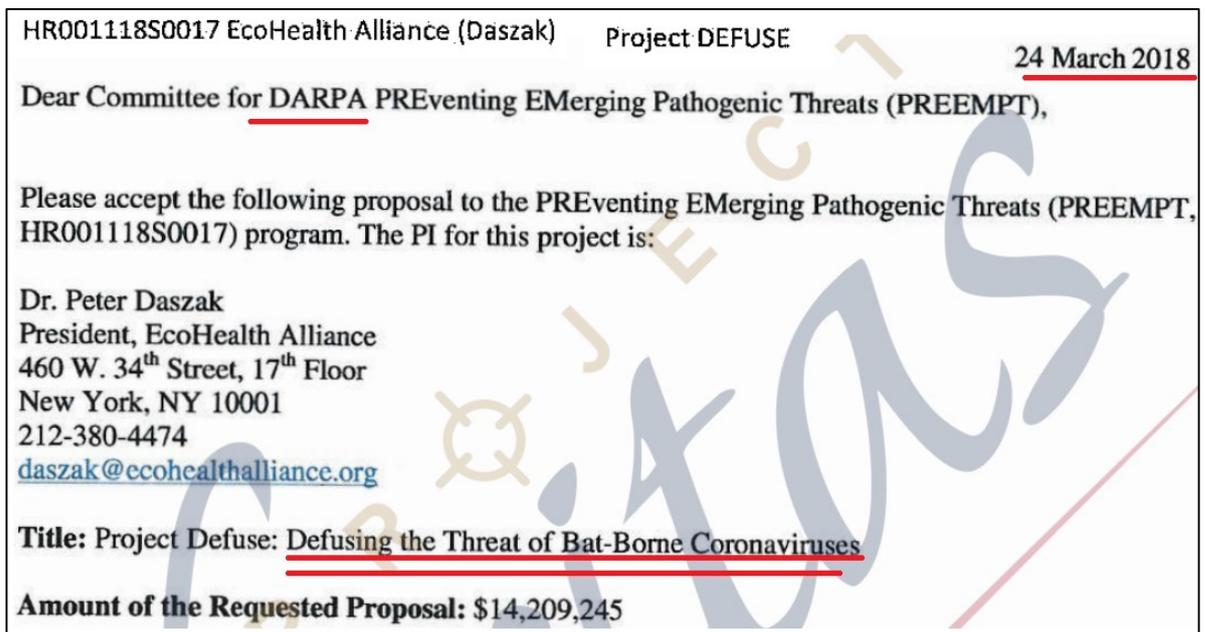
ACRONIMI

ISS	Istituto Superiore di Sanità
MAH	Marketing authorisation holder
MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Activities
MHRA	Medicines & Healthcare products Regulatory Agency
NAC	National Competent Authorities
NAP	Nationally Authorised Product
NIH	National Institute of Health (US)
NITAG	National Immunization Technical Advisory Group
OMCL	Official Medicine Control Laboratories
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAES	Post-Authorisation Efficacy Studies
PASS	Post-Authorisation Safety Study
PHN	Pediatric Heart Network
PIP	Piano di Indagine Pediatrico
PBRER	Periodic Benefit Risk Evaluation Report
PHG	Public Health Genomics
PRAC	Pharmacovigilance Risk Assessment Committee
PSUR	Periodic Safety Update Report)
PTMF	Platform Technology Master Files
RCP	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
RLFV	Responsabile Locale di FarmacoVigilanza
RMP	Risk Management Plan
RNF	Registro Nazionale Farmacovigilanza
RR	Rolling Review
RSI	Regolamento Sanitario Internazionale
SEC	Securities and Exchange Commission
SIDS	Sudden Infant Death Syndrom
SOx	Specific Obbligation (x)
SPC	Sistema Pubblico di Connettività
SSR	Summary Safety Reports
SUSAR	Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction
TGA	Therapeutic Goods Administration
TOC	Table Of Content
UPS	United States Pharmacopeia
VAED	Vaccine-Associated Enhanced Disease
VAERS	Vaccine Adverse Event Reporting System
VOC	Variant Of Concern
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization

ILLUSTRISSIMI, Illustri Scienziati

nelle prime righe il sottoscritto affronta i tre aggettivi costituenti unica argomentazione addotta dall'ultima versione della scienza: terraplattista, negazionista, no-vax. Tali aggettivi hanno poi costituito i pilastri di appoggio delle varie teorie definite complottiste, come le nanotecnologie (regolamento UE 745/2017), il controllo epigenetico (medicine di precisione e predittiva), l'imposizione di un nuovo ordine mondiale (dichiarato dal governo), il controllo sociale [\[L\]](#) e persino il falso aiuto alle popolazioni svantaggiate fomentando una incontrollata immigrazione ([A new European perspective applying the prospective age concept](#)), necessaria a distruggere l'identità dei popoli per il successivo controllo, partendo dal compromettere la pirma cellula forte della nostra società, **la famiglia**. Tutti temi che saranno esplicitati nel seguito ed al cui interno e trasversalmente, è inserito **l'ambito sanitario**.

- Il sottoscritto non è un **terraplattista** ma un **INGEGNERE NUCLEARE**.
- Il sottoscritto non è un **negazionista**, in quanto consapevole dell'enorme pericolo a cui il mondo viene esposto da decenni a causa di esperimenti sul guadagno di funzione di virus (tranquillamente [dichiarato](#) sulle reti televisive pubbliche).



Esperimenti comparabili a **bioterrorismo** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), per la cui minaccia si emanano da anni regolamenti di protezione e si studiano contromisure, come il progetto [ADEPT](#) (*Autonomous Diagnostics to Enable Prevention and Therapeutics*) finanziato dal DARPA dal 2012 ed oggi esultante grazie all'autorizzazione della piattaforma mRNA, o il propizio **ordine esecutivo** di Trump del settembre 2019 [\[L\]](#) [\[L\]](#) per il piano nazionale quinquennale sullo sviluppo di nuove e scalabili piattaforme tecnologiche

per lo sviluppo di vaccini influenzali, che di fatto avviava l'operazione vaccinale **WARP SPEED**, contenente il **Project Lightspeed** dedicato alla Pfizer [\[L\]](#) [\[1-A134\]](#) [\[L\]](#).

Un fiume di denaro a seguito di cambi di normative ed avvio di progetti di ricerca, che non potevano certo essere fermati dall'irrisorio costo dell'ivermectina e dell'idrossiclorichina.

Anche se non operante nell'ambito del certosino lavoro per modificare artificialmente madre natura, il salto di specie era altamente improbabile, imputato dagli informatori scientifici del governo a rapporti sessuali promiscui tra specie (pipistrello-maiale, pipistrello-pangolino, pangolino-scimmia ecc). Inoltre, il sottoscritto non potrebbe essere un negazionista in quanto la propria famiglia ha conosciuto bene il risultato di tanti sforzi quando, nell'aprile del 2020, **la propria moglie veniva ricoverata in terapia intensiva e sottoposta a ventilazione assistita**, per l'infezione identificata come SARS-COV2.

Data la giovane età (37 anni) ed alle cure apportate dopo il pericoloso trasporto sotto ventilazione in ospedali attrezzati, era riuscita a superare, recuperando passo dopo passo e tonando alla normalità per un breve periodo sino a quando, per ritornare alla vita riprendendo il lavoro di infermiera, ha dovuto sottoporsi all'inoculazione di due dosi della terapia genica mRNA, tra l'altro inutilmente a causa delle VOC circolanti.

Da quel momento è iniziato un percorso in discesa che la vede oggi necessitante di ossigeno terapia continua mentre è tormentata da innumerevoli patologie autoimmuni.

- Il sottoscritto **non era** un accanito **no-vax**, nel senso che, non colpito dal crimine delle **dieci** inoculazioni della Lorenzin, aveva accettato con **idiota fiducia** (e per questo ho chiesto scusa a mia figlia) il primo ciclo di vaccinazioni, dando per scontato il **basilare senso di responsabilità nella gestione della salute dei nostri bambini**. All'inizio della propaganda di santificazione del nuovo prodotto biotecnologico, nutriva alcuni dubbi ma non era del tutto contrario in quanto ancora alla ricerca di informazioni che potessero spiegare il radicale cambio di pensiero da parte delle Autorità. Nell'arco di un paio di mesi si è passati dalla sicurezza assoluta per il nostro Paese, al pericolo estinzione. Dubbi che discendevano dal personale riscontro di anomalie, come il tampone **sempre negativo** per mia moglie [\[L\]](#), nonostante il ricovero; il proprio sierologico negativo ed il sierologico sempre positivo della propria figlia, sempre assolutamente asintomatica; la terapia per l'HIV somministrata durante

il ricovero della propria moglie, ancor prima delle parole del premio Nobel Montagneir; dubbi da subito insinuati semplicemete dalla **assiomatica menzogna** della possibilità **di produrre un nuovo “vaccino” nell’arco di un paio di mesi**, non avendo materialmente il tempo di fare **accoppiare due topi**, quand'anche affetti da eiaculazione precoce.

I dubbi sono subito svaniti, non tanto per il reperimento di informazioni ed evidenze, quanto piuttosto per la **demenziale e grottesca propaganda**, sfociata poi nelle storiche parole dell’ex presidente Draghi (anche ex banchiere, dato i sopraggiunti problemi cognitivi che non gli consentivano di capire un semplice cambio di valuta dollaro-rublo). Parole che hanno fatto accaponare la pelle a seguito del paragone tra le odierne imposizioni, prive del semplice buon senso nonstante le evidenze, a quelle passate.

Risolti i punti salienti che hanno turbato la scienza Istituzionale, possiamo fare un passo avanti nell’analisi della gestione della salute della mia famiglia, **OGGETTO DI ATTI DI VIOLENZA**.

Nel proseguo, spesso il termine “veleno” sarà usato per indicare i prodotti della nuova piattaforma mRNA, definizione ormai divenuta caratterizzazione scientifica **ed unico nuovo fattore di rischio** (in quanto la letalità del virus era **conosciuta**) introdotto negli ultimi 3 anni, a cui ritengo imputabile la sofferenza e morte che mi ha circondato ed annoverante il decesso improvviso di amici d’infanzia, terribili mali che hanno colpito amici e parenti, tra cui il tumore di mia sorella, l’ossigeno terapie continua di mia moglie ed il danno lamentato dal 70% delle persone conosciute.

Nel presente documento, i link a fonti on-line, di cui è superfluo il download, saranno evidenziati col simbolo **[L]**. I link agli allegati saranno identificati col simbolo **[X-AX]** in base al capitolo e numero. Gli allegati sono depositati su uno **spazio web privato** perchè troppo numerosi per l’invio e possono quindi essere scaricati dal rispettivo collegamento. Spesso saranno riportati entrambi, o integrati con una ripresa video testimoniale, per scorgiurare la perdita a seguito di possibili attacchi hacker russi o palestinesi.

Allo stesso modo, sono identificati col simbolo **[X-VX]** i video allegati. **I video saranno considerati al netto dei loghi, effetti artistici, sigle ecc., propri del canale da cui sono stati reperiti.**

Anche nei casi in cui risulti troppo oneroso esporre dati e richieste in forma scritta, sarà utilizzato un video, in particolare nel **capitolo 6**, per evidenziare la qualità dell'informazione scientifica obbligata offerta al pubblico.

Le domande e le richieste sono evidenziate in **verde (per essere green)** e si cercherà di rivolgerle al maggior responsabile tra tutti i destinatari concorrenti nella raccomandazione **dell'opera decisionale, CHE, AI SENSI DELLA NORMATIVA ESPOSTA, RESTA DI ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ MINISTERIALE, nonostante l'ultima archiviazione del procedimento contro l'ex Ministro (presta nome) Speranza, perché mero esecutore di "ORDINI EUROPEI"**.

- Saranno presenti domande di carattere etico (nel caso tale vocabolo abbia ancora senso [\[L\]](#)) in quanto presenti, nel nostro ordinamento, innumerevoli ed inutili istituti remunerati con soldi pubblici, **preposti alla verifica di tali requisiti**.
- Per una cospicua parte, le domande necessiteranno come risposta solo un sì od un no.
- I documenti richiesti possono essere inviati alla seguente mail:
massimo.alfonso@pec.it
- Alcune domande e richieste o argomentazioni, potrebbero risultare concettualmente ripetitive, ma sono espresse in maniera differente in diversi punti della trattazione;

Preciso che, al netto delle domande di carattere etico che non troveranno risposta, **apparentemente** le richieste di documentazione possono sembrare eccessive. In ottemperanza alla Determinazione n. 1309 del 28/12/2016 e considerando l'argomento trattato, ossia **la sicurezza di 60 milioni di abitanti**, si richiede **un minimo sforzo** alle PA adite, considerata la mole di lavoro profusa per emanare, **in silenzio** [\[L\]](#) (Gazzetta Ufficiale del 29.12.23 [\[L\]](#), Decreto Legge n.19 del 2 marzo 2024), **grovigli di normative incomprensibili dal cittadino** e considerato che:

- Ai sensi dell'art. 25(1) del Decreto 30 aprile 2015, dal 2017, dopo la messa in funzione del sistema Eudravigilance, i titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio trasmettono i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza (PSUR) per via elettronica all'EMA. Inoltre, il paragrafo 4 dello stesso articolo specifica che le singole autorità sanitarie hanno libero accesso a tale documentazione, custodita nell'archivio gestito dall'EMA insieme alle singole autorità sanitarie. **Dunque, i PSUR richiesti possono essere reperiti con pochi click di mouse** [\[L\]](#), precisando, inoltre, che il

CAD preveda in genere la custodia in luogo sicuro di tale documentazione. Precedentemente alla messa in funzione di EudraVigilance, i titolari di AIC continuavano ad inviare direttamente i PSUR alle autorità sanitari nazionali **e quindi, in possesso dalle autorità adite.**

- La maggior parte degli studi richiesti ed usati a sostegno delle decisioni, **sono stati elaborati o autorizzati** dalle stesse autorità destinarie della presente.
- Gli studi terzi, citati dalle autorità come evidenza scientifica, sono già in possesso dalle PA adite, in quanto parte di organizzazioni internazionali.
- I dati sono richiesti nella **forma grezza e non necessitano di elaborazioni** da parte delle autorità competenti, facilmente reperibili dai registri elettronici il cui riferimento sarà dato nel seguito.

L'esposizione si articola in vari punti ma la suddivisione è puramente formale e finalizzata a facilitare la lettura e definire richieste e domande, in quanto **argomentazioni profondamente interconnesse** e sviluppate in tutta la trattazione. Benchè vaccinazioni obbligate (vedremo il come ed il perchè) le **informazioni fornite ai genitori devono essere esaustive e complete**, contenenti soprattutto raccomandazioni relative a problemi di farmacovigilanza, mentre, con azioni soggettive e contrarie a tutta la normativa dell'ambito farmacologico (es. ordinanza 0025233-16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P), **si permetteva e si perpetra l'illegale omissione.**

Le **buone pratiche** vaccinali prevedono che i genitori/tutori/affidatari siano informati sui benefici e sui rischi della vaccinazione e che, alla fine di questo colloquio, venga consegnato un modulo in cui si attesta che è stato eseguito questo passaggio. Questo modello informativo, in presenza di una vaccinazione raccomandata, ha assunto una valenza di consenso informato, ovvero di scelta consapevole a una vaccinazione raccomandata. Alla luce del decreto legge in epigrafe, si precisa che il modulo di consenso informato dovrebbe essere limitato alle sole vaccinazioni raccomandate; per le vaccinazioni obbligatorie verrà consegnato esclusivamente un modulo informativo.

La documentazione prodotta ai genitori **non può essere** solo una brochure di una agenzia viaggi, con bambini sorridenti ed infondente falsa sicurezza. I dati prodotti non possono essere un riassunto buonista e menzoniero dell'RCP e del foglio illustrativo del medicinale (già carenti), nonostante la legge Gelli, la legge 8 novembre 2012 n. 189, conversione del DL Balduzzi e la successiva legge 3/2018, **che contrappone l'etica alla ragion di stato (non il nostro).**

L'obbligo del consenso informato è sancito dall'art. 32 della Costituzione, dalla legge 833/1978, dal codice "deontologico medico" e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, nonché da tutta la normativa europea in ambito farmacologico: Direttiva CE 83/2001 e decreto attuativo n.219 del 24 aprile 2006, Regolamento CE 726/2004, Regolamento UE 1235/2010, Regolamento di esecuzione UE 520/2010, Decreto 30 aprile 2015 per recepimento (molto in ritardo) delle direttive UE 84/2010 e 26/2012.

Il tema del consenso informato è stato inoltre oggetto di vari sentenze della Cassazione, delle quali si accennerà nel cap 6.

Tali omissioni, perduranti ormai da almeno 20 anni, sono state e saranno ancor più necessarie in futuro, a causa della fondamentale carenza di robuste evidenze derivanti da studi clinici e studi interventistici post-marketing e dalla necessità di occultare le poche risultanze SCIENTIFICHE evidenziando inefficacia e pericolosità di trattamenti sanitari. Per tali motivi, da decenni, centinaia di dipendenti pubblici costituenti autorità sanitarie, esperti, gruppi di esperti, cabine di regia, società scientifiche e da ultimo il "nucleo strategico del NITAG", propongono raccomandazioni consistenti in banali trascrizioni di semplici "motti" privi di qualunque contesto scientifico e dettati dai soliti soggetti stranieri, a danno della nostra salute.

È dunque inaccettabile il c.d. rationale scientifico proposto nel "**PNPV 2020-2022: raccomandazioni del nucleo strategico del NITAG**" e riportato sotto [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-A13\]](#).

Contesto e rationale

Il documento è stato elaborato avendo presente il contesto generale di riferimento nel quale il nostro paese ha definito le proprie strategie di prevenzione vaccinale e, in particolare:

- ✓ il Global Vaccine Action Plan 2011-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1),
- ✓ la Raccomandazione del Consiglio Europeo del 7 dicembre 2018 relativa al rafforzamento della cooperazione nella lotta contro le malattie prevenibili da vaccino (2) e quelle della Commissione Europea in tema di contrasto all'antimicrobicoresistenza (3),
- ✓ il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020-2025 (4).

Un rationale basato ancora sul GVAP (trattato in seguito), integrato furtivamente sino al PNPV 2012-2014 e fondamento del PNPV 2017-2019, tramite la sua contestualizzazione europea (EVAP). EVAP ancora oggi menzionato nel PNPV 2023-2025 [\[L\]](#) [\[0-A14\]](#), assieme ad altre linee guida ordinate **dai finanziatori della nostra scienza.**

Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite¹⁵, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali rilevanti per il benessere delle persone e lo sviluppo delle società, affrontando il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi.

Un razionale pericolosamente demenziale, con il quale si vuole estendere, per altri **10 anni**, l'intento di vessare e danneggiare non solo i bambini ma tutta la popolazione [\[L\]](#) [\[L\]](#),. **A seguito del parere favorevole del CHMP alla procedura centralizzata della piattaforma mRNA, l'ex Ministro Speranza accettava per il popolo italiano l'ulteriore piano criminale denominato "Immunization Agenda 2030 (IA2030)"** [\[L\]](#) [\[3-A43\]](#), con cui, la salute dell'intero popolo italiano sarà utilizzata dalle case farmaceutiche per gli sviluppi della nuova era di farmaci, descritti nel PNR 2021-2027.

Articolazione 6. Terapia genica e medicina personalizzata

Impatto atteso. Offrire nuove piattaforme tecnologiche al fine di individuare nuovi approcci di terapia genica e a base di acidi nucleici (DNA e RNA modificati) mirati a modificare/compensare la presenza di mutazioni patogeniche o di limitare/eliminare agenti infettivi. Considerando che l'insieme dei farmaci disponibili interferisce con l'attività meno dell'1% del genoma, la capacità corrente di modificare/restaurare l'attività cellulare o di un organo rimane estremamente limitata e ignora le potenzialità terapeutiche di azione sul restante 99% del genoma umano. I recenti successi di nuovi farmaci basati su trattamenti personalizzati di terapia genica e a base di acidi nucleici (siRNA, oligonucleotidi antisense ecc.) suggeriscono che questa nuova classe di molecole rappresenterà una porzione rilevante dei nuovi farmaci in commercio nei prossimi anni. Questa consapevolezza ha aumentato enormemente l'investimento privato e delle big pharma negli ultimi 5 anni in questo settore. È quindi necessario implementare la messa a punto di nuove piattaforme tecnologiche scalabili (applicabili a un gran numero di malattie), la conoscenza dei meccanismi di azione degli RNA e del loro uso potenziale come trattamenti farmacologici innovativi. Questo ambito di ricerca si applica trasversalmente alle altre articolazioni del PNR ed è particolarmente importante per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale visti gli altri costi di questa classe di farmaci biotecnologici (ad esempio, farmaci antivirali per l'epatite o di terapia genica).

Al di sopra delle leggi create dall'uomo, che come appurato, risultano spesso fallaci perché groviglio incomprensibile ed usato come come "arma" dal legislatore, l'informativa necessaria è richiesta dal padre, **PRIMO TUTORE** della salute del minore che **non accetterà più una riduzione di informazioni**, giudicate dai destinatari della presente, complesse e di difficile comprensione per il profano, ritenuto un demente secondo uno studio degno della Vostra scienza [\[L\]](#). **Una scienza, la Vostra, che ha giocato con la salute mondiale basandosi sul risultato dell'operazione 2+2=4, come dichiarato dal dott. Roberto Barnabei** [\[0-V10\]](#), ex membro del CTS.

Il sottoscritto chiede dunque una **VERIFICA PUNTUALE** con carte e penna, da cui scaturirà il **vero consenso informato** (cap 6) per l'atto medico obbligato (e proposto al pari di un invito ad una apericena) previa **valutazione di tutte le risposte e documenti richiesti**, nonchè dall'emissione della necessaria **prescrizione medica** o dalla **rigorosa definizione**

del firmatario della valutazione positiva del rapporto rischio/beneficio della somministrazione. Tale soggetto oggi non è chiaramente identificato a causa del rimbalzo di responsabilità tra coalizioni scientifiche e autorità sanitarie, che rimandano sempre a raccomandazioni di soggetti privati e stranieri. L'ultimo balletto dello **scarica barile** è stato inaugurato dal dott. **Giovanni Rezza**, ex Direttore Generale della Prevenzione e membro del CTS, inutile e pericoloso organo consultivo del Ministero istituito ai sensi della normativa referente l'emergenza pandemica [\[0-V52\]](#). **Il dott. Rezza, dopo aver dichiarato di non aver visionato i contratti per paura di ritorsioni legali, concordemente all'ex Direttore di AIFA Magrini, "ACCUSA" inoltre le Regioni, non autorizzate a promuovere open day per i ragazzi.**

Il **consenso informato** è inserito e valutato nel CONTESTO GENERALE DI VERIFICA DEL RIGORE NELLA GESTIONE DELLA SALUTE DELLA MIA FAMIGLIA, concernente la somministrazione obbligata di farmaci, in assenza di sorveglianza e valutazione del rapporto rischio/beneficio, ma somministrati solo perché parte di impegni imposti dai soliti psicopatici per il tramite dalla Commissione Europea.

Al netto di cavilli legali e della continua mistificazione della realtà, guardando i fatti da esseri umani, da genitori, da figli, gli accadimenti recenti hanno dimostrato inequivocabilmente, incofutabilmente e tragicamente, L'USO PRETESTUOSO della "difesa della salute pubblica", salute compromessa ormai irrimediabilmente [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-V0\]](#) [\[0-V9\]](#) [\[0-V10\]](#), i cui livelli di gravità sono ancora da indagare [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-V71\]](#) [\[0-V51\]](#) [\[0-V19\]](#) [\[0-V37\]](#) [\[0-V40\]](#). **Il dott. NAGASE: "ABBIAMO INOCULATO MILIARDI DI DONNE IN ETÀ FERTILE CHE ORA PORTANO CON LORO MODIFICHE GENETICHE NELLA LINEA CELLULARE DEGLI OVOCITI... A CAUSA DI QUESTI VACCINI PERDEREMO CIRCA UN MILIARDO DI BAMBINI" [\[0-V39\]](#). Sempre in Giappone, l'1 gennaio 2024, il Gruppo di Studio sui Problemi dei Vaccini della General Incorporated Association ha condotto un'audizione di vasta portata, rivelando l'enorme danno causato dai vaccini a livello mondiale. Sono stati segnalati circa **201** tipi di malattie differenti e **3.071** studi sugli effetti collaterali [\[0-V48\]](#).**

Un uso improprio, quello della difesa della salute collettiva, perpretato per decenni ma i cui **netti svantaggi**, sia per la collettiva e soprattutto per l'individuo, non venivano percepiti perché inferiori, diluiti (e si cercherà di estrarre un concentrato [\[L\]](#)), non analizzati ed occultati [\[0-A1\]](#). Effetti dannosi che sono oggi esplosi a causa della **necessaria accelerazione** dovuta ai ritardi rispetto ai piani stilati anni orsono ed ormai in scadenza, primo tra tutti **"Orizzonte 2020"**.

Un ritardo che ha comportato il rinvio dell'applicazione del Regolamento UE 745/2017 che modifica la direttiva CE 83/2001 per l'introduzione del "complotto" grafene, nanoparticelle e dispositivi impiantabili, previste, concordate e presumibilmente sperimentate in maniera occulta, già dal 2011 [\[L\]](#) [\[0-A3\]](#) [\[0-V27\]](#). In base al regolamento 745/2017 per **nano-materiale** si intende "un materiale naturale, derivato o fabbricato, contenente particelle allo stato libero, aggregato o agglomerato ed in cui, per almeno il 50% delle particelle nella distribuzione dimensionale numerica, una o più dimensioni esterne, sono comprese tra 1 nm e 100 nm". La dimensione effettiva delle fibre primarie di **idrossido di alluminio** utilizzato come adiuvante nei vaccini pediatrici è espressa in nanometri, anche se la successiva aggregazione in soluzione ne aumenta le dimensioni [\[L\]](#). **L'utilizzo di nanoparticelle come vettori** è affermato nel documento AIFA "Somministrabilità vaccinale e disponibilità farmaceutica: vaccini monovalenti e polivalenti" del 2014 [\[L\]](#) [\[0-A11\]](#) e denunciato da vari studi come quello della dott.ssa Antonietta M Gatti e del dott. Stefano Montanari nel 2016 [\[L\]](#). Materiali in sperimentazione da anni ed a cui è plausibile imputare alcuni strani effetti riscontrati [\[L\]](#).

QUOTIDIANO INDIPENDENTE ■ FONDATA E DIRETTO DA MAURIZIO BELPIETRO	Martedì 28 novembre 2023
SENTENZA DEL TAR SVELA UN ALTRO INCREDIBILE RETROSCENA	
AIFA CONFESSA: SUI VACCINI OK ALLA CIECA	
L'agenzia ai giudici: «Non abbiamo i dati sull'efficacia e la sicurezza di quei farmaci». Quindi hanno avallato green pass e obblighi vaccinali senza alcuna base scientifica? Oppure stanno mentendo? In entrambi i casi non si possono archiviare Speranza e Magrini	

Un ritardo nell'ottemperare obblighi, imposti da soggetti stranieri e privati, che ha portato le Istituzioni a pronunciare le parole "... **COSI SI UCCIDE IL VACCINO**" [\[0-V31\]](#), **parole mai smentite** ed oggi drammaticamente confermate [\[L\]](#) [\[0-V58\]](#) [\[0-V35\]](#) da ogni parte del mondo controllata dagli psicopatici facoltosi [\[0-V56\]](#).

Un virus (creato a regola d'arte [\[0-V46\]](#) [\[0-V64\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-A15\]](#) [\[0-V3\]](#) [\[0-V16\]](#) [\[L\]](#) e tempestivamente [\[L\]](#) "sfuggito" [\[0-V49\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#)), una emergenza ed un farmaco, utilizzati per il rinnovo di tutta la normativa internazionale, i cui futuri dettami includevano la **necessaria approvazione** di una nuove piattaforme di sviluppo (**vPTMF** [\[L\]](#)) in analisi da anni [\[L\]](#), per una nuova era di farmaci (medicina di precisione e predittiva) da utilizzare in concomitanza allo smantellamento programmato del nostro sistema sanitario [\[0-V62\]](#) [\[0-V32\]](#) [\[0-V45\]](#) (accelerato dai soliti ladrocini [\[L\]](#) [\[0-V70\]](#) ed ammortizzato dall'assunzione di personale straniero non qualificato e non vaccinato [\[L\]](#)) ed alla la creazione del **paziente digitale** [\[0-V1\]](#), curato a casa da app perché

l'ospedale produce troppa CO2 [\[L\]](#) (eHealth Action Plan - COM 2004-356 e conseguente istituzione de tavolo tecnico per la sanità elettronica prot. n. 1592/SPM/04) [\[0-A20\]](#), ed a cui si somministreranno continuamente farmaci per un invecchiamento felice, mentre trascorre la vita seduto sul divano con un sussidio virtuale e programmato per la sua spesa (Comunicazione della Commissione 25.4.2018 COM(2018) 233 final) [\[0-V34\]](#).

Pnrr, scontro tra Fitto e le regioni sui tagli da 1,2 miliardi alla sanità

Persino il Dr. Paul Marik, il secondo medico di terapia intensiva più pubblicato al mondo, ha dichiarato: **“Il sistema sanitario è una bufala”** [\[L\]](#). Dello stesso parere è il Dott. Valerio Rosso [\[0-V69\]](#).

Il crollo del sistema sanitario, e del paese in genere, è stato siglato col nuovo patto di stabilità, che stabilisce il valore massimo del **60%** del rapporto debito pubblico/PIL, mentre nel 2023 tale rapporto era pari al **139%**. Ne conseguirà il taglio di risorse a tutti i servizi essenziali.

La **medicina predittiva**, dettagliata di seguito ed in particolare nell'esposto del 30 novembre 2022 [\[0-A16\]](#), è inserita in ogni programma politico perché imposto dai nostri padroni. Dichiarata indirettamente da Letta (**“il vaccino è libertà”**) ed inserita in maniera silente nel programma dell'attuale governo [\[L\]](#) [\[0-A2\]](#).

Superare lo stallo della pandemia: ripristino delle prestazioni ordinarie e delle procedure di *screening*, rafforzamento della medicina predittiva con un meccanismo di premialità nell'accesso al sistema sanitario per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute. Abbattimento dei tempi delle liste di attesa. Creazione di un'autorità Garante della Salute, indipendente a livello ammini-

Mentre Ursula von der Leyen veniva premiata dal maggior portatore di interesse della agenda 2030 e si predicava libertà, la gente moriva [\[0-V4\]](#). Mentre si vantavano milioni di presunte vite salvate, nel 2023 si potevano stimare all'incirca 17 milioni di decessi reali in più rispetto al 2020 [\[0-V41\]](#) [\[0-V42\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), e solo Dio conosce il danno reale arrecato all'umanità [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-V28\]](#) [\[0-V15\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[0-V5\]](#) [\[0-V6\]](#) [\[0-V18\]](#) [\[0-V20\]](#) [\[0-V21\]](#) [\[0-V22\]](#) [\[0-V23\]](#) [\[0-V24\]](#) [\[0-V25\]](#) [\[0-V33\]](#), anche perchè non avete, oltre alle intenzioni,

neanche gli strumenti per valutarlo [\[L\]](#). **Nulla hanno potuto i soliti tentativi di discredito dell'ultimo studio del Dr. Rancourt: i dati sono drammaticamente inconfutabili** [\[L\]](#) [\[0-A17\]](#).

Report |
17 September 2023

COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere

Denis G. Rancourt,^{1,*} PhD ; Marine Baudin,² PhD ; Joseph Hickey,¹ PhD ;
Jérémy Mercier,² PhD

¹ Correlation Research in the Public Interest (correlation-canada.org)
² Santé Liberté OÜ (jeremie-mercier.com)
* denis.rancourt@gmail.com

Nel marzo 2024, il dott. James Thorp, ginecologo americano, stimava in **centinaia di milioni** tra morti e lesioni gravi, oltre a danni enormi alle donne in gravidanza, ai bambini non nati ai neonati, **su scala mondiale** [\[0-V68\]](#).

Modelli di predizione sono studiati da tempo e, con il cambio di normativa avviato grazie all'emergenza, sono partite molte iniziative di ricerca avanzata in cui l'Italia ha avuto sempre un posto di rilievo, continuando a perseguire la follia di poche menti deviate [\[0-V7\]](#) [\[0-V54\]](#).

Parlando di predizione, l'Italia è sede di una importante "**Organizzazione squisitamente umanitaria**", dedita alla ricerca e sviluppo di vaccini. A Siena è basata la **SCALVO Vaccine Association** (SVA) [\[L\]](#), partner della **European Vaccine Initiative** [\[L\]](#), il cui progetto interdisciplinare, finanziato dall'Innovative Medicines Initiative 2 (IMI2), è incentrato sulla progettazione e l'applicazione di nuovi modelli predittivi e altamente avanzati, per consentire uno sviluppo e una produzione più rapida di nuovi vaccini. **Tuttavia si prescriveva tachipirina, nonostante le innumerevoli organizzazioni (VAC4EU) atte alla determinazione dei fattori di rischio ed a cui il nostro Paese partecipava, produssero evidenze contrarie** [\[L\]](#) [\[0-A18\]](#).

Fa riflettere l'emanazione, **nel 2022**, da parte del Ministro del Lavoro e del Welfare Cileño (Jeannette Jara Román) di una legge [\[L\]](#) [\[0-A4\]](#) **contro la discriminazione di lavoratori**

aventi alterazioni del materiale genetico. La maggiorparte dei medici ed esperti (non i soliti buffoni) collega tale legge alla ormai palusibile trascrittasi inversa e la conseguente modifica del nostro DNA da parte del veleno anti-covid [\[0-V30\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), oggi dichiarata dalla Pfizer, dal TGA australiano [\[0-V8\]](#) [\[L\]](#) e da evidenze scientifiche [\[0-V36\]](#).

Tuttavia, mai sarà ammessa un simile responsabilita. In relazione alla c.d. **medicina predittiva**, è ormai acclarato [\[L\]](#) che la ricerca genomica regolamentata da oltre vent'anni ed il livello della tecnica odierno [\[0-V6\]](#), si uniranno al concetto di medicina predittiva e premialità nel senso dell'analisi del genoma (par. 2.3.1) di ogni individuo attraverso l'intelligenza artificiale (Consiglio europeo 19 ottobre 2017 [\[L\]](#)), la quale sfrutterà i Big Data [\[L\]](#), ovvero i nostri dati sanitari, le informazioni sul nostro DNA (reperito dai tamponi), stili di vita ecc, prevedendo così il "probabile" insorgere di patologie nascoste, in modo da intervenire attraverso l'epigenetica (iniezioni di mRNA ed altro) [\[L\]](#) per porvi riparo [\[0-V14\]](#). Gesto che sarà premiato dal legislatore, permettendo al cittadino coscinezioso di accedere a privilegi, come le cure. **Naturalmente, imposto a valle di una lunga sperimentazione occulta, MAGARI SPACCIATA PER LA "NECESSARIA" PROFILASSI ANNUALE CONTRO IL COVID, SOTTO LA CUI BANDIERA SI STANNO SVILUPPANDO TECNICHE SEMPRE PIU' COMLESSE PER L'INOCULAZIONE DI MRNA [\[L\]](#) OPPURE, A SEGUITO DELL'ENNESIMA PANDEMIA COME LA DENGUE, IL CUI "VACCINO E' STATO APPROVATO NEL 2022 [\[L\]](#), O DI ALTRE POSSIBILI INFEZIONI MENZIONATE NELLE UTLIME CIRCOLARI.**

Non è complottismo ma una drammatica realtà dichiarata nell'annuale incontro a Davos dei noti psicopatici [\[0-V47\]](#), adesso percepita da molti medici perchè preoccupati, per il momento, dagli aspetti economico/assicurativi [\[0-V29\]](#) e legati alla **firma da apporre** sulle future diagnosi redatte dal "tirocinante algoritmo" [\[0-V43\]](#).

Bill Gates incontra Meloni a Palazzo Chigi: focus sull'intelligenza artificiale

I rischi e le opportunità delle intelligenze artificiali al centro del faccia a faccia fra la premier il fondatore di Microsoft. Con loro anche padre Paolo Benanti

19 Gennaio 2024 08:57

Incontri fittizi, usati per pubblicizzare un presunto impegno per fronteggiare una intelligenza arrivata dallo spazio con l'intenzione di conquistare il mondo, ma incontri

necessari, oltre per la propaganda, anche per la definizione dei dettagli su scelte già in atto (**Consiglio europeo 19 ottobre 2017** [\[L\]](#)) ed accettate anche tramite la costituzione dell'ennesimo board-parascientifico [\[L\]](#), alle dipendenze di soggetti stranieri ma remunerato con soldi pubblici [\[L\]](#).

Using artificial intelligence to improve vaccination strategies

Future challenges and opportunities

Alberto E Tozzi

Predictive and Preventive Medicine Research Unit

International Society for Pediatric Innovation



L'intelligenza artificiale è stata nominata per la prima volta dall'ex Presidente Draghi, insieme ai computer quantistici (che conosceva sicuramente meglio del cambio Euro/Rublo) e controllo del genoma con l'epigenetica ecc. Oggi il Presidente del Consiglio Meloni prosegue, nonostante le solite promesse, sulla strada verso il Nuovo Ordine Mondiale ormai dichiarato dal suo predecessore, [\[1-V12e\]](#) parlando dell'arrivo di un **misterioso metaverso che investirà il nostro Paese** e di altre sfide che dovremo affrontare, come quella dell'**intelligenza artificiale; in realtà, progetto più che sfida, deciso nella riunione del Consiglio europeo del 19 ottobre 2017** [\[L\]](#) e portato avanti sino alla proposta di regolamento *per l'armonizzazione delle regole sulla IA del 2021* [\[L\]](#) per il nuovo **decennio digitale** [\[L\]](#) che affiancherà, come vedremo, il nuovo **decennio di inoculazioni** (IA2030) ed il nuovo decennio di oppressione [\[1-V95\]](#).

Il Presidente del Consiglio Meloni parla del rischio a cui saremo esposti a causa dell'intelligenza artificiale, la quale porterà alla inevitabile perdita di milioni di posti di lavoro [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), non spiegando però che tale rischio è stato già accettato e che la reale concretizzazione è già attesa e programmata. Per fortuna, i primi ad andare a casa, saranno tutti i caproni dell'informazione pubblica finanziati ogni anno con denaro pubblico, in quanto, per scrivere falsità basterà Alexa [\[1-V84\]](#).

Non esiste una "intelligenza" artificiale, ma solo programmazione, per quanto raffinata essa sia. Una programmazione così sofisticata da non essere percepita dai destinatari della presente **come possibile e devastante arma** [\[L\]](#), **men che meno dall'ormai attempato**

Giuliano Amato [L], che a mala pena riuscirà ad utilizzare l'applicativo office per scrivere una lettera.

Piena di buoni propositi, il Presidente Meloni auspica l'utilizzo di queste nuove tecnologie volte al bene comune ed al servizio dell'uomo. Basterebbe leggere la normativa decennale e la proposta di regolamento sull'intelligenza artificiale (2021/0106 (COD) [L]) per far capire alla popolazione che, come accade da secoli, anche questo nuovo sviluppo sarà ad esclusivo appannaggio del sistema di controllo e dominio della popolazione da parte di un gruppo di persone tanto facoltose quanto **disumane**, a cui siamo stati ceduti [1-V146].

Si continua a porporre la **scenografia** di un Paese che affronta sfide temerarie che si presentano ad un tratto ai nostri confini, non dichiarando mai apertamente che tali sfide in realtà costituiscono impegni che il nostro Paese ha sottoscritto 15 anni fa e che ora occorre onorare (**Decisione 743/2013 e art. 2 del 557/2014**). Il Presidente del consiglio Meloni dovrebbe argomentare più in dettaglio il termine "**algoretica**", ad esempio, chiedendo alla popolazione se sia disposta a diventare un **paziente digitale**, curato da app ed **in modo predittivo**, ossia costretto a continue inoculazioni per prevenire malattie, la cui predizione (inserita nel programma politico) deriverà dall'utilizzo da parte dell'intelligenza artificiale di tutti i nostri dati contenuti nei futuri fascicoli sanitari elettronici.

Ogni dibattito politico, ogni bagare su qualunque tema, ogni opposizione alternata in base al governo in carica, è stata sempre solo una comica tragedia. Le decisioni non sono prese dai rappresentanti del popolo, costantemente ingannati, ma dai veri padroni [L].

Nel 2020, i veri padroni aspettavano il virus per avviare la fase del nostro futuro chiamato, con le stesse parole dei nostri governanti e del Presedente Mattarella, "**nuovo ordine mondiale**". [0-V63]. In attesa del virus, si redigeva l'ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2021, **ancor prima** dell'aggiornamento della normativa europea ormai in scadenza (Orizzonte 2020) e senza la quale i filantropi non avrebbero più potuto **profondere amore nel mondo** (Regolamento UE 2021/522).

Nell'Atto di Indirizzo erano già pianificati i vari aspetti della nostra vita futura, tra cui, la medicina di precisione, predittiva e la necessaria Intelligenza Artificiale, **proposta poi** come sfida per il popolo italiano dal Presidente Meloni.



Per l'area tematica Salute, la Strategia ha previsto le seguenti "traiettorie" tecnologiche, declinate in strategie e obiettivi:

- 1) Invecchiamento attivo e assistenza domiciliare;
- 2) E-health, diagnostica avanzata, dispositivi medici e mini invasività;
- 3) Medicina rigenerativa, predittiva e personalizzata;
- 4) Biotecnologie, bioinformatica e sviluppo farmaceutico;
- 5) Nutraceutica, Nutrigenomica e Alimenti funzionali.

Il Ministero della Salute ha coordinato il processo di redazione del Piano operativo Salute, per l'attuazione delle cinque traiettorie indicate, al quale sono stati assegnati circa 200 milioni di euro in un arco di tempo pluriennale, a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione.

In funzione della realizzazione del suddetto Piano, per il quale è stato costituito un Comitato di sorveglianza coordinato dal Segretario generale del Ministero, verrà dato corso alle procedure necessarie all'individuazione dei progetti e all'assegnazione delle risorse finanziarie, anche avvalendosi dell'assistenza tecnica prevista dalla convenzione sottoscritta con l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A., in qualità di società "in house" dell'Amministrazione.

0-R00 - Chiedo Cortesemente al Presidente del Consiglio Meloni ulteriori dettagli sul meccanismo di premialità associato alla medicina predittiva, inserita nel programma politico e già sdoganata nella solita maniera ingannevole, imputando all'incuria dei cittadini il dissesto dell'attuale fatiscente sistema sanitario [\[L\]](#), che costringe i cittadini ad attendere mesi prima di poter effettuare uno screening, mentre vengono sperperati miliardi in dosi non richieste (oltre che a banchi a rotelle, mascherine tossiche [\[L\]](#) [\[0-V65\]](#) ecc).

Lombardia pensa a tessera sanitaria 'a punti', premi per chi fa prevenzione

Giuseppe Meduri Febbraio 16, 2024

L'assessore Bertolaso promette, dal profondo del suo cuore, di apportare in futuro tantissimi miglioramenti, per una **super tutela della salute**, in quanto, **CONOSCE CON ESATTITTEZZA QUANTO ACCADRA' A BREVE** [\[0-V66\]](#).

0-R00 - Essendo dotato della facoltà della chiaroveggenza, nel caso in cui l'assessore Bertolaso possa anche guardare nel passato, potrebbe comunicare al Ministero della Salute l'impatto dei trattamenti sanitari imposti ai nostri bambini sino ad oggi, essendo l'anagrafe vaccini ed il registro PREMAL, introdotti nel 2018 dopo l'obbligo

Lorenzin, ancora inefficienti? Tali dati risultano necessari per ottemperare all'articolo 1, comma 3 bis del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modifiche nella legge n. 119 del 31 luglio 2017, violato la prima volta nel 2020 e successivamente nel 2023.

Dopo tre anni di promesse di efficientamento dello sconquassato sistema sanitario, ancora oggi il Paese è dotato di circa **6.000 miserabili** posti di terapia intensiva (contro i circa 35.000 della Germania), nonostante il crescente danno erariale per spese che nulla avevano a che fare con la tutela della salute e menzionate nel ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2021 [\[L\]](#).

Per fronteggiare la prima fase emergenziale di accrescimento della curva del contagio da COVID -19 si è reso necessario con il decreto-legge n. 34 del 2020 rendere strutturale una ulteriore dotazione di 3.500 posti letto di terapia intensiva, corrispondente all'incremento del 70% circa del numero di posti letto di terapia intensiva. Tale incremento determina una dotazione per ciascuna regione pari a 0,14 posti letto per 1000 abitanti.

Nesun posto di terapia intensiva, nuovi ospedali, nuovi posti letto.. ma solo **miliardi in prodotti biotecnologici chiamati vaccini, oltre allo sperpero fraudolento di risorse in inutili mascherine [\[L\]](#) e banchi a rotelle.**



Da quanto esposto di seguito e da quanto dichiarato dagli stessi organi di governo, in un **futuro molto prossimo**, presumibilmente dal prossimo autunno/inverno, **i punti saranno assegnati in base al numero di veleni iniettati annualmente.**

Si continua ad utilizzare qualunque arma a disposizione per difendere la nuova e **necessaria** tecnologia: strenua ma beota propaganda (19 febbraio 2024, Burioni [\[L\]](#)), menzogne, ricatti, assegnazione di vergognosi Nobel. Tutto questo non basta a lenire la

morte e sofferenza causata. Allora si prevede l'emanazione di leggi che puniscano chiunque critichi la tecnologia mRNA, uno dei **pilastr** [\[L\]](#) delle visioni psicotiche imposte col denaro dai nostri finanziatori [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

0-R1 - Risiedendo in Lombardia, in relazione alle dichiarazioni del Presidente Fontana [\[0-V11\]](#), chiedo cortesemente al Presidente di coadiuvare le PA interpellate nel reperire le informazioni richieste di seguito, onde giustificare CON EVIDENZE SCIENTIFICHE, la forte raccomandazione (tendente ad imposizione) della co-somministrazione dell'ennesima dose di terapia avanzata covid insieme alla profilassi anti-influenzale.

0-R2 - Sempre in riferimento alle dichiarazioni del Presidente Fontana [\[0-V11\]](#), anticipo chiedendo al Presidente ed alla Regione Lombardia, la denominazione degli intrugli utilizzati nella campagna anti-influenzale 2023/2024 ed acquistati con bando SINTEL 167982104, per un valore di **30 milioni di euro [\[L\]](#) (che dovranno rientrare!).**

CIG	ID SINTEL	NOME LOTTO	TIPO	STATO	CATEGORIE MERCEOLOGICHE	VALORE ECONOMICO	DATA INIZIO	DATA FINE
9731382E75	167984418	Lotto 1_Vaccino anti influenzale stagione 2023/2024 quadrivalente inattivato utilizzabile Adulti_Dose	Procedura Aperta	Aggiudicata	vaccini.	10.400.000,00 €	14/04/2023	15/05/2023 10:00
9731384020	167984419	Lotto 2_Vaccino quadrivalente vivo attenuato in formulazione spray_ciclo vaccinale	Procedura Aperta	Aggiudicata	vaccini.	4.500.000,00 €	14/04/2023	15/05/2023 10:00
97313850F3	167984420	Lotto 3_Vaccino quadrivalente ad alte dosi_Dose	Procedura Aperta	Aggiudicata	vaccini.	2.500.000,00 €	14/04/2023	15/05/2023 10:00
97313861C6	167984421	Lotto 4_Vaccino quadrivalente adiuvato_Dose	Procedura Aperta	Aggiudicata	vaccini.	12.000.000,00 €	14/04/2023	15/05/2023 10:00
9731387299	167984422	Lotto 5_Vaccino inattivato quadrivalente su colture cellulari (VIQcc)_Dose	Procedura Aperta	Aggiudicata	vaccini.	750.000,00 €	14/04/2023	15/05/2023 10:00

Informazioni non disponibili nel **bellissimo e green sito istituzionale** [\[L\]](#) ma necessarie per l'utilizzatore, al fine di identificare chiaramente la **tipologia** di medicinali disponibili in relazione all'elenco contenuto nella circolare 012781-21/04/2023-DGPRES-DGPRES-P.

RILEVAZIONE DEL NUMERO DI VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI STAGIONALI

REGIONE: _____

TIPOLOGIA DI VACCINO (PER OGNI TIPOLOGIA DI VACCINO COMPILARE UNA TABELLA DIVERSA):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Influvac S (Mylan) | <input type="checkbox"/> Fluarix tetra (GSK) |
| <input type="checkbox"/> Vaxigrip tetra (SP) | <input type="checkbox"/> Fluad tetra (Seqirus) |
| <input type="checkbox"/> FlucelVax (Seqirus) | <input type="checkbox"/> Fluenz tetra (Astra Zeneca) |
| <input type="checkbox"/> Efluelda (Sanofi) | |

Informazioni necessarie alla popolazione, e soprattutto ai genitori, in modo da avere la possibilità di leggere e formulare successive domande nel centro vaccinale o dal pediatra, la cui APP manda **messaggi automatici di invito**.



0-R3 – Chiedo al Ministero della Salute, se all’atto della **co-somministrzione fortemente raccomandata dal Direttore Generale Vaia [0-V17]** e nel caso in cui si consideri, abbinato al veleno anti-covid, il medicinale anti-influenzale **FluceVax Tetra** [L] o **Fluad Tetra** [L], la popolazione ed in particolare i genitori, siano correttamente informati **dell’ASSOLUTA INCERTEZZA** derivante dalla **co-somministrazione non testata** di due medicinali soggetti a **monitoraggio addizionale** [0-V38]. Oltre alla somministrazione di organismi geneticamente modificati (OGM), presenti nel **Fluenz Tetra spray nasale** [L], vaccino rivolto ai neonati [0-V12]

0-R4 – Chiedo cortesemente al Ministero della **Salute** ed AIFA gli studi **PASS (in corso ed effettuati)** necessari per i vaccini anti-influenzali acquistati, come richiesto dalla **Guideline on Influenza Vaccines del 2016** [L], in particolare:

- Studio EU PAS number EUPAS7626 – ID 15337 effettuato in UK negli anni 2014-2015 per il Fluenz Tetra [L]
- Studio EU PAS number EUPAS15400– ID 25276 effettuato in UK negli anni 2016-2017 per il Fluenz Tetra [L]
- Studio EU PAS number EUPAS15277– ID 28395 effettuato in UK negli anni 2015-2016 per il Fluenz Tetra [L]

Oltre ai consueti **VELENI PEDIATRICI**, sarà menzionata la **terapia avanzata (genica [L]) modRNA** per il covid19, i cui obblighi continueranno, come descritto delle decisioni e regolamenti, **“per tutto l’arco della vita”**, ed al momento, sicuramente sino al 2025 (par. 3.1).

Dopo il declassamento degli obblighi all'AIC, occorrerà il suo utilizzo per i prossimi 5 anni, in modo da concedere al Titolare il **rinnovo a tempo indeterminato** a seguito di una ulteriore **mendace** rivalutazione del rapporto rischio/beneficio, consentendo quindi all'industria farmaceutica di poter avviare il **controllo di ogni nostra cellula**, così come definito nel brevetto del **2019** di Moderna TX inc, per la **terapia genica (mRNA) HPIV3 RNA VACCINES** [\[L\]](#).

(19) United States	(10) Pub. No.: US 2019/0240317 A1
(12) Patent Application Publication	(43) Pub. Date: Aug. 8, 2019
Ciaramella et al.	
(54) HPIV3 RNA VACCINES	provisional application No. 62/244,802, filed on Oct. 22, 2015. provisional application No. 62/244,802

SUMMARY

[0013] Provided herein are ribonucleic acid (RNA) vaccines that build on the knowledge that RNA (e.g., messenger RNA (mRNA)) can safely direct the body's cellular machinery to produce nearly any protein of interest, from native proteins to antibodies and other entirely novel protein constructs that can have therapeutic activity inside and outside of cells. The RNA (e.g., mRNA) vaccines of the present disclosure may be used to induce a balanced immune response against hMPV, PIV, RSV, MeV, and/or BetaCoV (e.g., MERS-CoV, SARS-CoV, HCoV-OC43, HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-NL, HCoV-NH and/or HCoV-HKU1), or any combination of two or more of the foregoing viruses,

Il controllo delle nostre cellule è già inserito nella propaganda nazionale, grottescamente pubblicizzato per combattere un male il cui incremento sarà dovuto proprio all'utilizzo della cura, celando il vero intento del controllo del nostro corpo e trovando in tantissime cavie inconsapevoli la possibilità di sperimentare grazie ormai ad infiniti fondi.

“Così con l'mRna istruiamo le cellule ad aggredire i tumori”

di Michele Bocci

Parla l'immunologo Giacomo Gorini: “In corso altri studi in oncologia e presto ne partirà uno sul cancro al pancreas”

27 GENNAIO 2024 ALLE 06:00



Tale intento è chiarmente specificato nel PNR 2021-2027, redatto mentre la variante Alpha eludeva già la profilassi (descritto nell'esposto) e mentre si modificava la normativa per la programmazione futura (**regolamento delegato 756/2021**).

Articolazione 6. Terapia genica e medicina personalizzata

Impatto atteso. Offrire nuove piattaforme tecnologiche al fine di individuare nuovi approcci di terapia genica e a base di acidi nucleici (DNA e RNA modificati) mirati a modificare/compensare la presenza di mutazioni patogeniche o di limitare/eliminare agenti infettivi. Considerando che l'insieme dei farmaci disponibili interferisce con l'attività meno dell'1% del genoma, la capacità corrente di modificare/restaurare l'attività cellulare o di un organo rimane estremamente limitata e ignora le potenzialità terapeutiche di azione sul restante 99% del genoma umano. I recenti successi di nuovi farmaci basati su trattamenti personalizzati di terapia genica e a base di acidi nucleici (siRNA, oligonucleotidi antisense ecc.) suggeriscono che questa nuova classe di molecole rappresenterà una porzione rilevante dei nuovi farmaci in commercio nei prossimi anni. Questa consapevolezza ha aumentato enormemente l'investimento privato e delle big pharma negli ultimi 5 anni in questo settore. È quindi necessario implementare la messa a punto di nuove piattaforme tecnologiche scalabili (applicabili a un gran numero di malattie), la conoscenza dei meccanismi di azione degli RNA e del loro uso potenziale come trattamenti farmacologici innovativi. Questo ambito di ricerca si applica trasversalmente alle altre articolazioni del PNR ed è particolarmente importante per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale visti gli altri costi di questa classe di farmaci biotecnologici (ad esempio, farmaci antivirali per l'epatite o di terapia genica).

E oltremodo surreale come la gente possa credere che, domani, lo Stato (ovvero l'industria farmaceutiche) rinunci al business multi miliardario della chemioterapia e che spenda, al contrario, cospicue risorse per progettare un farmaco epigenico personalizzato atto a curare, secondo il WEF, **tutti i cosiddetti inutili derelitti.**

LA BREVE DESCRIZIONE DEGLI ACCADIMENTI DEGLI ULTIMI TRE ANNI QUANTIFICA ESATTAMENTE L'ATTENDIBILITÀ E LA MORALITÀ DELLA SCIENZA ISTITUZIONALE E COSTITUISCE, DUNQUE, “CAMPIONE DI RIFERIMENTO” PER MISURARE LE DECISIONI PASSATE, STRETTAMENTE CONNESSE ALLE ATTUALI, PERCHÉ PARTE DEGLI STESSI PIANI ALMENO VENTENNALI, PIANI PURTROPPO NON COMPRESI DAL SOTTOSCRITTO ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE DELLA PRORPIA FIGLIA.

Il pro-farmaco anti-covid menzionato sarà il **Comirnaty (Tozinameran - Raxtozinameran) della Pfizer-Biontech**, primo candidato per le **abominevoli** inoculazioni pediatriche, ma le considerazioni sono indirizzate in genere alla **nuova tecnologia mRNA**, considerata **terapia genica** dalla stessa Biontech nel FORM F-1 Registration Statement (F-1 1 d635330df1), depositato presso la "Securities and Exchange Commission" il 9 settembre 2019 [\[0-A5\]](#). Anche dopo l'approvazione, nel FORM 20-F presentato sempre alla SEC il 31 dicembre 2020, la Biontech nutriva ancora preoccupazioni **sull'accettazione generale della terapia genica** e della sua influenza sui ricavi [\[0-A6\]](#). Terapia genica è definta anche dallo stesso presidente della Bayer Pharmaceuticals, Stefan Oelrich [\[0-V53\]](#).

Any product that we bring to the market may not gain market acceptance by physicians, trial participants, third-party payors, and others in the medical community. Additionally, ethical, social and legal concerns about genetic research could result in additional regulations restricting or prohibiting the products and processes we may use. If these products do not achieve an adequate level of acceptance, we may not generate significant product sales revenue and may not be able to achieve or maintain profitability. The degree of market acceptance of our product candidates, if approved for commercial sale, will depend on a number of factors, including:

La classificazione tecnica di Terapia Genica è stata sempre addotta in tutti gli studi degli ultimi 20 anni [\[L\]](#), somministrata addirittura attraverso aerosol, modalità di sicura introduzione come nuova scoperta per il bene comune, o magari, già imposta inconsapevolmente [\[0-V26\]](#).

> [BMC Biotechnol. 2010 Oct 20:10:77. doi: 10.1186/1472-6750-10-77.](#)

Intranasal vaccination with messenger RNA as a new approach in gene therapy: use against tuberculosis

Julio C C Lorenzi ¹, Ana P F Trombone, [Carolina D Rocha](#), [Luciana P Almeida](#), [Ricardo L Lousada](#), [Thiago Malardo](#), [Isabela C Fontoura](#), [Renata A M Rossetti](#), Ana F Gembre, Aristócolo M Silva, Celio L Silva, Arlete A M Coelho-Castelo

Le omissioni, le menzogne ed i ricatti hanno aiutato la Pfizer a fatturare, nel 2022, 100 miliardi di dollari, al netto dei finanziamenti ottenuti da tutti gli Stati Mmembri per la ricerca e sviluppo.

Le parole del dott. Michael Yeadon, ex vicepresidente della Pfizer [\[0-V2\]](#).

Preciso inoltre che, al netto delle **idiozie** scritte nelle linee guida dell'OMS, ECDC ecc e prive di qualunque valore legale, parimenti a tutta la **spicciola** informativa contenuta nei siti divulgativi istituzionali del nostro paese, presentanti infomazioni parziali, omissive ed ingannevoli, gli **unici documenti con valenza giuridica** saranno i Regolamenti europei e la nostra legislazione pubblicata in Gazzetta Ufficiale. Per l'ambito sanitario, persino i

farlocchi rapporti di sorveglianza covid, **credo, risultino essere atti inesistenti** ai sensi dell'art. 17, c. 2, dpcm del 13 novembre 2014 (Decreto di attuazione del C.A.D.).

Inesistenti risulteranno anche i rapporti di sorveglianza post-marketing per le vaccinazioni pediatriche. Semplici file redatti in ritardo **di anni** e senza nessun certificato digitale atto a **verificarne provenienza ed integrità**. La mancanza di una firma verificabile (decisione UE 1506/2015) è nullità insanabile. L'unica prova afferente a tali atti è la **criminale assenza** di gestione del rischio e della sua analisi, **fondamento per le inoculazioni obbligate ed illegali** durante la fase post-marketing, ovvero l'imposizione di una **tecnologia sanitaria emergente**, come definita dal processo di HTA e le cui procedure standardizzate e necessarie per l'introduzione di medicinali **da somministrare a bambini sani**, sono ancora **UN PUNTO CRITICO NEL PNPV 2023-2025, perché normate solo con il regolamento UE 2282/2021.**

Nel Piano vengono anche individuate alcune aree prioritarie di azione, una serie di obiettivi specifici ed i relativi indicatori di monitoraggio, tenendo conto delle specifiche necessità e delle criticità registrate nelle Regioni e nel Paese durante i cicli di programmazione precedenti. Fra le criticità riscontrate, si sottolineano in particolare:

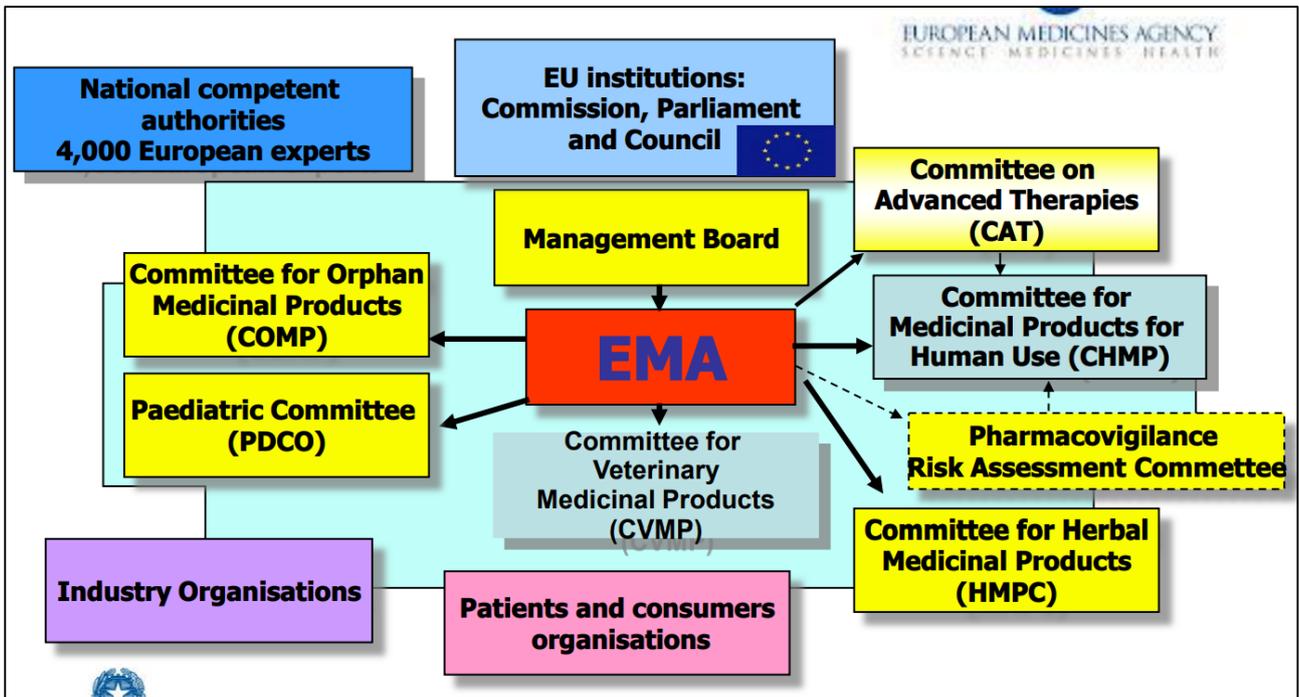
- **Mancata definizione di un processo decisionale standardizzato per l'inserimento delle nuove vaccinazioni nel calendario** e dei relativi finanziamenti dedicati alla produzione di analisi indipendenti di **costo-efficacia** e di HTA che possano essere utilizzate ai fini della valutazione di nuove indicazioni nel calendario vaccinale da parte del NITAG e del Ministero della Salute.

Nella lettura di norme e documenti, ho potuto annoverare decine e decine di gruppi, sottogruppi, cabine di regia (ne abbiamo più di Hollywood), comitati, esperti. Migliaia di individui riuniti in una miriade di acronimi utilizzanti risorse infinite per arrivare al disastro odierno. L'ultima, credo, ed ennesima struttura dilapidante ingenti risorse, inserita in un affollatissimo panorama sanitario globale, è il nuovo direttorato all'interno della commissione europea, HERA (Autorità di preparazione e risposta alle emergenze sanitarie dell'Unione europea [L](#) [L](#)). Con un budget di almeno **1 miliardo** di euro all'anno, più o meno lo stesso importo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) detiene nel suo budget principale, HERA è destinata a diventare uno dei principali attori sanitari globali, con il compito di **preparare future emergenze sanitarie [L](#) e produrre farmaci tecnologici per contrastarle.**

In tale contesto di **SUDDITANZA**, descritto di seguito e nell'esposto presentato un anno fa, e che vede persino il futuro obbligo di insegnamento della **masturbazione** non solo nelle

scuole primarie [\[L\]](#) [\[1-V81\]](#) ma nella fascia 0-4 anni [\[L\]](#) [\[L\]](#), **OCCORRE QUINDI INQUADRARE GLI IMPEGNI PRESI IN AMBITO SANITARIO.**

La relazione della dott.ssa Alessandra Dell'Utri, di AIFA, descrive per sommi capi i processi autorizzativi dei medicinali e le autorità ed organizzazioni coinvolte a livello internazionale [\[L\]](#).



Con una enorme forza lavoro ed expertice, spalmata in tutto il globo, comprendente decine di migliaia di esperti in continuo contatto e dotata di mezzi all'avanguardia e risorse inimmaginabili, abbiamo aspettato mesi (con autopsie non effettuate all'inizio ed autopsie, oggi, che non riescono a giustificare la morte di ragazzi [\[1-V168\]](#)) per verificare la presenza di trombi in individui affetti da polmonite interstiziale e dunque, la quasi inutilità e pericolosità della ventilazione meccanica, dispositivi oggetto di varie truffe e danni erariali. A questo occorre poi aggiungere le **controversie pratiche mediche** nell'utilizzo di medicinali come il Midazolam, soprattutto nelle case di cura, indicante una politica di eutanasia [\[L\]](#) [\[L\]](#) su cui in UK (NICE NG163) si comincia ad indagare [\[1-A89\]](#) [\[L\]](#). Di certo, il contenuto di questo rapporto [\[L\]](#) [\[1-A126\]](#) che relaziona l'eccesso di mortalità per covid con il calo totale di motalità e che correla soprattutto l'eccesso di mortalità all'eccesso di utilizzo del Midazolam, unito al **divieto dell'ultimo saluto** ai propri cari morenti **insinua terribili sospetti.**

La **tragicomica** gestione di una emergenza sanitaria internazionale, accampata come pretesto per la perenne sperimentazione militare, come, ad esempio, la **ventennale** ricerca

della DARPA sull'utilizzo di **biosensori (TIGER)** per l'individuazione e la caratterizzazione di microrganismi associati a un potenziale attacco di guerra biologica o a un'epidemia naturale di una malattia infettiva emergente [\[L\]](#) [\[L\]](#), ancora oggi riproposta dopo la fortunosa pandemia [\[L\]](#) ed ingurgitante ancora enormi risorse [\[1-A125\]](#), porta a scegliere tra due possibili ipotesi:

a) **Tutta la baracca è inutile**

b) **La baracca lo ha premeditato** [\[1-V75\]](#) [\[1-V151\]](#) (nel 2005 il Dott. David Martin sosteneva fosse premditato [\[1-V172\]](#))

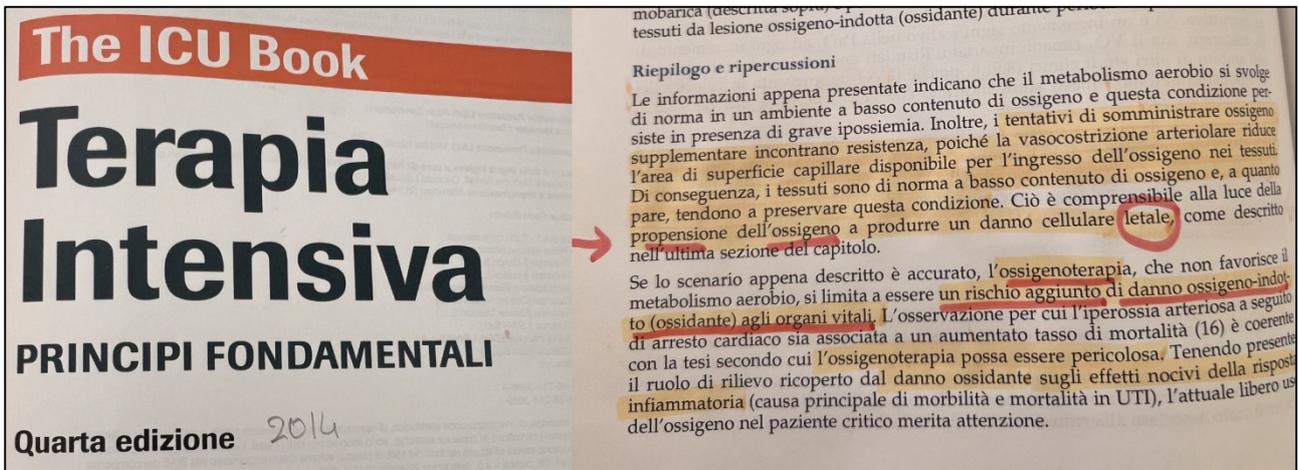


TABELLA 10.3 Tipo di interventi e raccomandazioni per la ventilazione meccanica nei pazienti affetti da sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)

Intervento	Raccomandazione
• Ventilazione protettiva	• Tutti i pazienti con ARDS
Modalità ventilatoria	Volume/Pressione controllata o assistita-controllata BIPAP/APRV o PSV, possibili nelle fasi risolutive
Volume corrente	6 mL/kg di peso ideale, range possibile 5-8 mL/kg
PEEP	Compresa tra 6 cmH ₂ O e il valore massimo per una pressione di plateau ≤ 28-30 cmH ₂ O*
FiO ₂	➔ Più bassa possibile per una PaO ₂ di 55-80 mmHg o una SaO ₂ di 88-95%
Frequenza respiratoria	Fino a 30-35/min, tenendo conto della PEEPi
Manovre di reclutamento	In casi selezionati di ipossiemia refrattaria e atelettasie diffuse nelle fasi iniziali dell'ARDS, dopo aspirazione tracheale con deconnessione del circuito del ventilatore
• Posizione prona	• ARDS severa con PaO ₂ /FiO ₂ < 100

Pur costretto ad accettare un legge elettorale (rosatellum) che non consente di eleggere il candidato, in violazione della Costituzione, NON RICONOSCO SOGGETTI STRANIERI E PRIVATI IN QUALITA' DI DECISORI DELLA SALUTE DELLA MIA FAMIGLIA, come, ad esempio, il radioso e sorridente direttore esecutivo dell'OMS Mike Ryan, che scappa quando gli viene chiesto dei danni e dei decessi dopo i "vaccini" COVID-19 ad mRNA [\[1-V13\]](#), il criminale Tedros [\[1-V14\]](#) [\[L\]](#) o il deviato Bill Gates [\[1-V15\]](#) [\[1-V16\]](#) [\[1-V17\]](#) insieme alle innumerevoli organizzazioni umanitarie commiste a governi, o il WEF, nelle

parole della relatrice Mariana Mazzucato, la quale dichiara di aver fallito nella vaccinazione mondiale e che, essendo troppo stupidi per capire il cambiamento climatico, ci attaccherà privandoci di un bene essenziale e di facile comprensione, ossia l'acqua [\[1-V18\]](#) [\[L\]](#).

Maria Leptin, collaboratrice all'agenda del World Economic Forum, non desiste invece dall'inoculare ancora mezzo mondo, senza bisogno di prove o dibattiti, ma solo con la forza e ricorrendo alla guerra [\[1-V88\]](#).

0-R4a – L'attuale **direttore esecutivo dell'EMA**, Ms Emer Cooke [\[L\]](#), prima di assumere il suo ruolo attuale, è stata Direttore responsabile di tutte le attività normative relative ai prodotti medici presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (**OMS**) tra novembre 2016 e novembre 2020. Ancor prima, è stata amministratore presso l'Unità farmaceutica della Commissione europea tra il 1998 e il 2002. **In che modo tali incestuose organizzazioni possono garantire sicurezza?**

Nell'attesa delle decisioni sulle ulteriori cessioni di sovranità previste NEL PROSSIMO MAGGIO [\[L\]](#) [\[1-V154\]](#), **OGNI SINGOLO RAPPRESENTANTE DELLE ISTITUZIONI ITALIANE, RISULTA ESSERE UN DIPENDENTE PUBBLICO, OVERO REMUNERATO DAL LAVORO DELLA POPOLAZIONE A CUI DEVE TRASPARENZA, RISPETTO E RESPONSABILITÀ.**

La Costituzione

Parte I

Diritti e doveri dei cittadini

Titolo IV

Rapporti politici

Articolo 54

Tutti i cittadini hanno il dovere di essere fedeli alla Repubblica e di osservarne la Costituzione e le leggi.

I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge.

È necessario, dunque, **CONTESTUALIZZARE** le richieste riguardanti la prossima vaccinazione di mia figlia (dettagliate nel capitolo 5) **nel quadro decisionale generale** compreso l'ultimo atto estorsivo, per poter definire **I LEGAMI DEGLI OBBLIGHI CON LE AZIONI DOVUTE PER CONTRATTO**. Obblighi, come vedremo, che **esulano dalla vera protezione collettiva**. Un contesto decisionale programmato e sfociato oggi in follia. Un contesto che porterà a nuove imposizioni anche per mia figlia [\[0-V11\]](#), scampata per pochi

mesi agli ultimi **vergognosi ricatti**. Ricatti che si riproporranno, come facilmente deducibile dall'esposizione di seguito e come accade già in altri Paesi [\[L\] \[0-V59\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

1.1. CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE – UFFICIO DEL MASSIMARIO

Prima di addentrarci nella discussione, il sottoscritto rivolge alla Onorevole Corte Suprema di Cassazione alcune considerazioni e richieste di chiarimenti, derivanti dalla semplice lettura della normativa citata nel documento dell'Ufficio del [Massimario](#) del 2021 [\[L\] \[1-A90\]](#), con cui l'Ufficio affermava **l'infondatezza** della classificazione di **FARMACO SPERIMENTALE**, associata alla nuova piattaforma **mRNA**, e della successiva **catastrofica sperimentazione umana**.

Da smentire anche che la natura sperimentale dei vaccini sarebbe desumibile dall'approvazione in tempi brevi, sulla base di una procedura di autorizzazione all' "immissione in commercio condizionata" (cd. CMA), disciplinata dall'art. 14-bis del Regolamento CE/726/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio e dal Regolamento CE/507/2006 della Commissione.

Tutti i vaccini anti Covid-19 non hanno la natura di vaccini sperimentali, in quanto sono stati immessi in commercio all'esito del completamento del prescritto ciclo di sperimentazione.

Come espresso nel seguito, i chiarimenti sull'operato decisionale riguardo il nuovo preparato biotecnologico sono necessari per valutare l'affidabilità dei trattamenti sanitari imposti in passato alla mia famiglia.

Puntualizzo e sottolineo che l'odierna sperimentazione **clinica** include 4 fasi ben distinte [\[L\]](#). Dopo la conclusione della fase III (perdurante per molti anni [\[L\]](#)) e la messa in commercio del medicinale, inizia **l'ultima fase della sperimentazione**, ossia la **fase post-marketing**, come descritto da AIFA.

Fase 4

È la fase della sperimentazione clinica che include gli studi condotti dopo l'approvazione del farmaco nell'ambito delle indicazioni approvate e in piena osservanza di quanto contenuto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP); è detta della "sorveglianza post marketing" perché viene attuata dopo l'immissione in commercio.

In questa fase, che può durare qualche anno, si acquisiscono ulteriori e nuove informazioni e vengono valutate le reazioni avverse più rare, quelle che negli studi clinici non potevano emergere, ma che con l'uso di massa del nuovo farmaco possono diventare rilevabili.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

La fase post-marketing è legata, in genere, al periodo quinquennale di validità della prima autorizzazione, che assumerà durata indefinita **dopo la valutazione finale di sicurezza ed efficacia**, derivante dal proseguo degli studi clinici e dai dati ottenuti nel mondo reale e su campioni statisticamente rilevante.

Anche laddove tutte le fasi del processo sperimentale, pre-clinico e clinico, siano eseguite con estrema cura e nei **lunghe tempi previsti** (cosa mai avvenuta), appena immesso sul mercato, un medicinale ha un **matematico, dichiarato e regolamentato profilo di sicurezza ed efficacia INCOMPLETO**. Dello stesso parere è il Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19, che, giustamente, considera la fase post-marketing una **fase della sperimentazione** [\[L\] \[1-A107\]](#)

I partecipanti che manifestano una reazione avversa a seguito della somministrazione del vaccino nelle diverse fasi della sperimentazione, inclusa la Fase 4, hanno diritto ad una giusta ed equa compensazione.

La **natura ancora sconosciuta** del medicinale appena immesso sul mercato è descritta in ogni documento prodotto da AIFA negli ultimi 15 anni analizzati, come in master, e corsi, convegni ecc [\[L\] \[1-A121\]](#).

Considerato dallo scrivente un **CRIMINE**, ma furbamente e meschinamente introdotto solo dal 2010, è ormai prassi comune il sottoporre obbligatoriamente **dei bambini sani a trattamenti sanitari con medicinali ancora in indagine post-marketing**, utilizzando l'assurdo cavillo legale della **successiva** (e come vedremo, menzioniera) **promessa di gestione del rischio imposto**, attraverso la sorveglianza e strumenti di mitigazione. Un uso "**off-label**" di somministrazioni obbligate decise unilateralmente dalle singole autorità sanitarie [\[L\]](#).

L'unico strumento di mitigazione del rischio, effettuata da sempre, è quello della **tutela legale del Titolare dell'AIC e delle Autorità Sanitarie**, attraverso la modifica dell'RCP del prodotto, nel quale, dopo anni di sperimentazione e danno arrecato, viene elencata la possibilità di insorgenza di varie patologie. Una insorgenza che sarà definita perennemente "di frequenza non nota", perché basata volontariamente sulla farmacovigilanza passiva, nonostante l'obbligo di studi interventistici. Sin dal primo rapporto di sorveglianza post-marketing di AIFA, relativo agli anni **2009-2010** e redatto nel 2011 a seguito del cambio di normativa, i genitori avrebbero potuto leggere (se gli fosse stato consegnato) che le patologie verificatesi nei loro figli erano già inserite nell'elenco e, **con un po' di fantasia**, avrebbero comunque ricondotto al contenuto dell'RCP possibili nuove sofferenze.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Generalmente la tipologia delle reazioni segnalate è prevista nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e, per quanto riguarda le reazioni inattese, l'analisi dei segnali condotta sui dati del 2010 ha evidenziato una disproporzionalità significativa per la Malattia di Kawasaki (PRR 11,7; IC 95%: 2,4-57,7) e per l'ipotonia neonatale (PRR 6,2; IC 95%: 2-19), anche se quest'ultimo evento può essere considerato già descritto con altri termini nel RCP. Riguardo alla malattia di Kawasaki, dal 2001 sono state inseriti in rete 12 casi (al massimo due per anno), la maggior parte dei quali (10 casi) osservati dopo somministrazione di vaccini, in particolare di esavalente da solo (4 casi) o in co-somministrazione con altri vaccini (4 casi). L'incidenza della malattia di Kawasaki in Europa nei bambini al di sotto dei cin-

Dopo interminabile attesa e data la drammatica situazione attuale, l'acronimo "RCP" è stato menzionato pubblicamente dall'attuale Direttore Generale della Prevenzione del Ministero della Salute, **Francesco Vaia** (anche se solo dopo 4 mesi dall'aggiornamento e solo nella trasmissione televisiva "Forum", mentre sulle sue parole veniva pubblicizzato un caffè), raggiungendo un grande **traguardo** per la comunità scientifica nella comunicazione trasparente. **Oggi il dott. Vaia puntualizza che la possibilità di MORTE per miocardite/pericardite sia addirittura elencata nell'RCP**, ovvero che il Titolare dell'AIC e le Autorità Sanitarie abbiano assolto il loro compito di legge, imponendo alla popolazione un rischio già palesato da subito, accertando il danno ed annoverandolo poi nell'elenco degli eventi avversi.

Appurato il **modus operandi** delle nostre autorità sanitarie, fondamentalmente basato sulla sperimentazione umana, il sottoscritto descrivere il **processo autorizzativo** dell'ultimo miracoloso ritrovato biotecnologico, menzionato dalla Onorevole Corte.

Di seguito alcuni stralci **dell'odierno** Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) della terapia genica più gettonata, quello di Pfizer-Biontech, relativo alla nuova formulazione XBB.1.5 da 10 microgrammi per la **fascia 5-11 anni**.

Dopo di tre anni leggiamo ancora:

▼ **Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale.** Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

AIFA descrive molto sinteticamente i casi in cui è obbligato un **monitoraggio addizionale** su un medicinale **[L]**, termine che, anche per il profano ma qualora ne sia messo a conoscenza, **identifica carenze**.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Non sono stati effettuati studi d'interazione.

La somministrazione concomitante di Comirnaty Omicron XBB.1.5 con altri vaccini non è stata studiata.

Anche per la versione XBB.1.5, l'interazione con l'antiinfluenzale o con altri intrugli, continua a non essere oggetto di studio, come non lo era stata per la versione originale, sperimentata poi sulla popolazione.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

Gravidanza

I dati relativi all'uso di Comirnaty Omicron XBB.1.5 in donne in gravidanza non sono ancora disponibili.

Tuttavia, un ampio numero di dati osservazionali relativi a donne in gravidanza vaccinate con il vaccino Comirnaty inizialmente autorizzato durante il secondo e il terzo trimestre di gestazione non mostra alcun aumento degli esiti avversi in gravidanza. Sebbene i dati relativi agli esiti in gravidanza in seguito alla vaccinazione durante il primo trimestre di gestazione siano al momento in numero limitato, non è stato osservato alcun aumento del rischio di aborto spontaneo. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale/fetale, parto o sviluppo post-natale (vedere paragrafo 5.3). Sulla base dei dati disponibili relativi ai vaccini contro altre varianti, Comirnaty Omicron XBB.1.5 può essere usato durante la gravidanza.

In tutte le nuove formulazioni, le donne in gravidanza sono state escluse dai trial e poi usate come cavie.

Allattamento

I dati relativi all'uso di Comirnaty Omicron XBB.1.5 durante l'allattamento non sono ancora disponibili.

Tuttavia, non si ritiene che Comirnaty possa causare effetti su neonati/lattanti, dal momento che l'esposizione sistemica al vaccino di donne in allattamento è trascurabile. I dati osservazionali relativi a donne in allattamento dopo la somministrazione del vaccino Comirnaty inizialmente autorizzato non hanno mostrato alcun rischio di effetti avversi nei neonati/lattanti. Comirnaty Omicron XBB.1.5 può essere usato durante l'allattamento. sperimentazione umana

Si conferma l'utilizzo delle donne in gravidanza come **cavie**.

Riassunto del profilo di sicurezza

La sicurezza di Comirnaty Omicron XBB.1.5 è stata estrapolata dai dati di sicurezza relativi ai vaccini Comirnaty precedenti. nessuno studio

Nessun nuovo studio (e dati originali occultati), grazie alla semplice richiesta di variazione di tipo II della versione originale, concessa ai sensi del Regolamento delegato

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

756/2021 (21 marzo 2021, quando si spergiurava che saremmo stati protetti per anni) per la modifica del regolamento (CE) n. 1234/2008, la cui anomalia è stata in parte sanata solo **nel 2022**, con l'emanazione delle linee guida concernenti il **Master File delle piattaforme tecnologiche (vPTMF)** [L]. Piattaforme in studio da oltre un decennio sotto la finta tutela della protezione contro eventuali pandemie [L]. Piattaforme ormai necessarie per la nuova era di medicinali epigenetici ed autorizzate solo grazie alla c.d. pandemia **non appena concessa l'autorizzazione al veleno anti-covid** [L].

Meccanismo d'azione

L'RNA messaggero modificato a livello dei nucleosidi presente in Comirnaty è formulato in nanoparticelle lipidiche, per consentire il rilascio dell'RNA non replicante all'interno delle cellule ospiti e dirigere l'espressione transitoria dell'antigene S di SARS-CoV-2. L'mRNA codifica per una proteina S intera ancorata alla membrana, con due mutazioni puntiformi a livello dell'elica centrale. La mutazione di questi due aminoacidi in prolina stabilizza la proteina S in conformazione di prefusione, antigenicamente preferenziale. Il vaccino induce sia una risposta anticorpale neutralizzante che una risposta immunitaria cellulo-mediata verso l'antigene delle proteine spike (S), che possono contribuire a proteggere contro COVID-19. lo si spera!

Si presume ancora che il pro-farmaco contribuisca a produrre una protezione, mentre veniva autorizzato per la "prevenzione dell'infezione". Oggi 50 milioni di cittadini hanno contratto l'infezione **più volte dopo 3/4/5 dosi**.

Genotossicità/Potenziale cancerogeno

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

Si suppone ancora che la nuova piattaforma di sviluppo e mezzi di consegna (eccipienti) mai testati sull'uomo, **possano non presentare** potenziale genotossico ma oggi sono purtroppo **numerose le evidenze contrarie**, questa l'ultima reperita [L]. La terapia genica a **mRNA modificato** si integra nelle cellule. Anche se queste cellule contaminate non esprimono l'intera proteina spike, ma solo una parte di essa, l'effetto netto è che il DNA dei "vaccinati" viene **alterato irrimediabilmente**. Questa contaminazione del DNA alla fine si traduce nella pletora di eventi avversi legati alle armi biologiche a lenta uccisione che stiamo ora vedendo in quantità crescenti, non limitate alle malattie da prioni, ai tumori turbo, alla SADS e così via. L'audizione urgente di esperti del Consiglio mondiale per la salute sulla contaminazione delle iniezioni di mRNA di Covid con DNA batterico il 9 ottobre 2023 è stata una rivelazione scioccante. La presenza di materiale genetico non divulgato ha sollevato ogni sorta di domande e problemi [L].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Durata della protezione

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla.

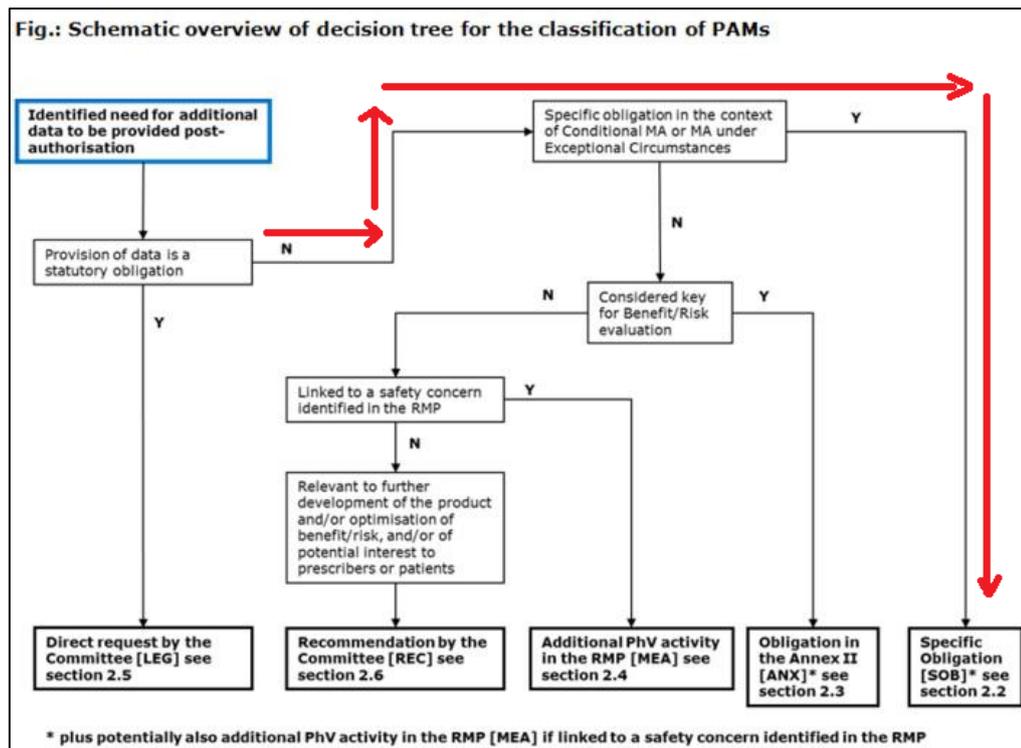
Si lanciano ancora i dadi per stabilire la durata della protezione dell'ennesima dose.

Al seguente link [\[L\]](#) è possibile consultare il documento della Pfizer denominato *Procedural steps taken and scientific information after the authorisation* [\[1-A99\]](#) [\[L\]](#); un documento di **89** pagine elencante tutti i vari step autorizzativi relativi alle variazioni effettuate. La maggior parte concernenti variazioni di tipo II, ovvero variazioni **inficanti efficacia e sicurezza**. Ogni variazione ha comportato l'analisi dei dati **da parte di tutti i Comitati** dopo descritti, in cui ogni Stato membro è rappresentato per mezzo di delegati.

APPURATO DUNQUE:

- La natura sconosciuta ancora dichiarata nell'RCP
- L'evoluzione repentina del medicinale che, **in due soli anni**, ha comportato numerose modifiche in approvvigionamento di materie prime e modifica di parametri vitali del processo produttivo **concernenti efficacia e sicurezza**.
- La dichiarata natura **“provvisoria”** del medicinale, **approvato in emergenza** e mancante di dati su efficacia e sicurezza tali da richiedere pesanti **obblighi specifici all'autorizzazione** e prescrizione medica limitativa (RRL), definiti dal processo di **Post-authorisation measures** [\[L\]](#) descritto dall'EMA. (La necessaria prescrizione medica era obbligata anche ai sensi della Parte II (6) della Direttiva 83/2001, come corollario della CMA).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



Obblighi che non rendevano la nuova tecnologia **commercializzabile** sino all'adempimento degli stessi (determina AIFA n. 154/2020 - G.U. Serie generale - n. 318). Una tecnologia **somministrabile** solo in centri autorizzati e da persone preparato.

COMIRNATY,

descritta in dettaglio nell'allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante è collocata in apposita Sezione della classe di cui all'art. 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, denominata classe C (nn), dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità.

Il titolare dell'A.I.C., prima dell'inizio della commercializzazione deve avere ottemperato, ove previsto, alle condizioni o alle limitazioni per quanto riguarda l'uso sicuro ed efficace del medicinale e deve comunicare all'AIFA - Settore HIA ed economia del farmaco - il prezzo ex factory, il prezzo al pubblico e la data di inizio della commercializzazione del medicinale.

Obblighi **di completamento di studi su qualità e sicurezza giuridicamente vincolanti e direttamente collegati al rilascio dell'autorizzazione**, definiti dalla base legale e dalle linee guida GMP [\[L\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- Specific obligation (SOB).

Such obligations can only be imposed to the MAH on marketing authorisations granted under exceptional circumstances or on conditional marketing authorisations. The completion of the data on quality, safety and efficacy is legally binding and directly coupled with the granting of the authorisation.

- La tipologia degli obblighi specifici all'autorizzazione (SOB1-SOB5), analizzati ed accettati dal CHMP (e dunque dai nostri rappresentanti all'interno del Comitato), la cui drammatica, sebbene sintetica descrizione, era inserita nell'[EPAR autorizzativo](#).
- L'inizio delle inoculazioni avvenuto durante la **fase III dei trial clinici**, i cui dati sarebbero stati disponibili solo nel 2024, **dichiarato nell'EPAR autorizzativo** e commentato da Magrini nelle comunicazioni con Zaccardi [\[1-V167\]](#).

3.5. Uncertainties and limitations about unfavourable effects

Long term safety data is not available at this stage, however the Phase 2/3 study will follow the included subjects up to 2 years post vaccination, so these data are expected post-authorisation.

AEs were slightly lower in subjects seropositive to SARS-CoV-2 at baseline (22% vs. 27% in seronegatives), however the number of such subjects was limited (vaccinated n=558; placebo n=590).

Uncertainties remain regarding causality association of acute peripheral paralysis to vaccination due to the limited number of cases, which are consistent with background rates. Nevertheless, facial paralysis will be included as an adverse event of special interest (AESI) for pharmacovigilance monitoring and in the active surveillance study protocols.

This vaccine contains two new components (cationic lipid ALC-0315 and PEGylated lipid ALC-0159) in the LNP, for which there is limited experience. Some uncertainties remain regarding the ALC-0315 long half-life. Regarding PEG related toxicity which is known to depend on the dose, dose frequency, duration of treatment and molecular weight of the PEG protein, immunogenicity is not expected to be an issue due to the low molecular weight of this PEG (<2KDa). The scientific data available at this stage do not raise noticeable concerns regarding immunogenicity or immunotoxicity of the PEG, but current evidence is not definitive.

The characterisation and control of active substance and finished product are limited in relation to critical quality attributes and impurities.

Due to the limited extent of safety follow-up, the delivery of final data from the full 2-year follow up in the pivotal clinical trial are considered important to confirm the current knowledge.

Uncertainties concerning the pharmaceutical characterization of the commercial product are compatible with a positive benefit/risk balance. This pertains not only to adults but, by extrapolation, to individuals 16-17 years of age. **ucciso per estrapolazione**

Tali preoccupazioni, carpite dalle intercettazioni di corrispondenza interna, nascevano dalla consapevolezza della totale assenza di dati, discendente dalla

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

semplice conoscenza dei protocolli dei trials approvati da tutte le autorità sanitarie, primo tra tutti, il protocollo dello studio cardine **C4591001** [\[1-A102\]](#), **i cui risultati non sono ancora del tutto disponibili** [\[L\]](#) **e le cui uniche informazioni reperite, a seguito di ingiunzioni giudiziarie, riguardano gravi pericoli e manomissioni** [\[L\]](#).

4.4. End of Study Definition

A participant is considered to have completed the study if he/she has completed all phases of the study, including the last visit. Note that participants enrolled in Phase 1 in groups that do not proceed to Phase 2/3 may be followed for fewer than 24 months (but no less than 6 months after the last vaccination).

The end of the study is defined as the date of last visit of the last participant in the study.

Dunque, il **percorso autorizzativo** citato nel documento dell'Ufficio del Massimario si riferisce all'autorizzazione **IN EMERGENZA** e **CONDIZIONATA** di un **preparato biotecnologico innovativo** ancora nella fase III della sperimentazione, **sperimentazione che doveva protrarsi per due anni** ma subito interrotta, **IN CONTRASTO** con le dichiarazioni prodotte:

Quanto ad efficacia e sicurezza, i vaccini fino ad ora approvati dalle rispettive autorità competenti risultano **aver superato le tre fasi necessarie** ai fini dell'omologazione della sperimentazione, secondo le regole tecniche, etiche e giuridiche attualmente in vigore.

Alla stregua della classe medica nostrana, che da anni adduce semplicemente studi di paese terzi, non impegnandosi **attivamente** nelle responsabilità remunerate con denaro pubblico e nonostante la buona e dettagliata normativa europea in ambito farmacologico, la Corte porta a sostegno dell'operato del nostro Organo Governativo le decisioni dei nostri padroni.

Non corrisponde neanche al vero che si tratti di una procedura *extra ordinem*, creata allo scopo di fronteggiare l'emergenza della pandemia, risultando in passato già applicata per ben trenta volte; che si tratti solo di una questione temporale è infine confermato dal fatto che il 23 agosto 2021 la *Food and drug administration* (FDA) ha approvato negli Usa in via definitiva il vaccino Pfizer.

Il sottoscritto non entra nel merito della legislazione di paesi terzi ma **sottolinea** come gli stessi **obblighi** di studi successivi, **riguardanti sicurezza ed efficacia** dell'intruglio prodotto, fossero presenti **in ogni Stato interessato** [\[L\]](#) [\[1-A114\]](#), in quanto studi distribuiti con diversi end-point in tutta la regione europea ed a casa dei nostri padroni. Infatti, anche gli americani avrebbero dovuto prestare attenzione alla repentina incidenza della **miocardite e pericardite** ed attendere gli studi che

venivano condotti in europa e nel mondo, la cui relazioni di sicurezza finale erano prevista dal 2024 al 2027:

- Study **C4591021**, entitled “Post Conditional Approval Active Surveillance Study Among Individuals in Europe Receiving the Pfizer-BioNTech Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccine,” to evaluate the occurrence of myocarditis and pericarditis following administration of COMIRNATY.

Final Report Submission: September 30, 2024

- Study C4591021 substudy to describe the natural history of myocarditis and pericarditis following administration of COMIRNATY.

Final Report Submission: September 30, 2024

Study C4591036, a prospective cohort study with at least 5 years of follow-up for potential long-term sequelae of myocarditis after vaccination (in collaboration with Pediatric Heart Network).

Final Report Submission: May 31, 2027

- Study C4591031 substudy to prospectively assess the incidence of subclinical myocarditis following administration of a third dose of COMIRNATY in a subset of participants 16 to 30 years of age.

Final Report Submission: December 31, 2022

- **L'accettazione a nome del popolo italiano**, della totale e naturale assenza di evidenze riguardo eventi avversi a medio e lungo termine, dovuta alla trimestrale sperimentazione e dichiarata nelle prime **ridicole** note informative contenute nelle circolari [\[L\] \[1-A108\]](#).

8. Il vaccino può causare reazioni avverse.

Rare

Sono state segnalate alcune rare gravi reazioni allergiche in seguito alla somministrazione del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 durante la vaccinazione di massa, al di fuori degli studi clinici.

L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19.

Se Lei manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.

10. Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Note informative magnanime rispetto alle reali dichiarazioni contenute nel Risk Management Plan (RMP) ver. 1.0 con DLP 17 dicembre 2020 [\[1-A119\]](#).

SIV.2. Limitations to Detect Adverse Reactions in Clinical Trial Development Programmes

The clinical studies are limited in size and, therefore, unlikely to detect very rare adverse reactions, or adverse reactions with a long latency.

Module SV. Post-Authorisation Experience

SV.1. Post-Authorisation Exposure

As of 17 December 2020, COVID-19 mRNA vaccine (BNT162b2) has not been marketed in any country/region. The number of individuals who have been vaccinated under temporary authorization or emergency use authorisation is not available.

Contratti ancora secretati e con cui si è deciso il sacrificio delle popolazioni, discussi dal Presidente della Commissione Europea con il CEO della Pfizer, tramite qualche SMS [\[L\]](#).

Pfizergate, la Procura europea indaga su Ursula von der Leyen per gli sms spariti

Le indagini partite da una denuncia di un esponente no vax sostenute da Ungheria e Polonia per l'acquisto di grandi quantità di vaccini durante il Covid

2 aprile 2024

Anche tutto questo è una buffonata usata come distrazione di massa. Forse la Ursula ha cancellato gli sms dal cellulare come potrebbe fare un amante infedele ma non credo possa manomettere i server del gestore delle telecomunicazioni. Sistemi che a noi inviano i ricordi dei percorsi e dei luoghi visitati anni prima.

- **L'elevato numero di reazioni avverse ATTESE**, dichiarato da EMA nelle linee guida per il Piano di Farmacovigilanza (EMA/333964/2020) [\[L\]](#) e poi comunicato da AIFA ai CRFV e RLFV [0148253-30/12/2020-AIFA-AIFA UGS-P](#). **Incidenza attesa dovuta all'assenza di sperimentazione, durata, nel migliore dei casi, 3 mesi.** Assenza confermata in tutti i documenti analizzati e nei quali, dopo la rassicurazione e gli spergiuri su sicurezza ed efficacia, chiudevano con il solito **cavillo legale** di rito, a partire dal documento "*Consideration on core requirements for RMPs of COVID-19 vaccines*" [\[L\]](#) [\[1-A96\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

It is acknowledged that only limited information may be available at early stages of regulatory submissions (e.g. first rolling reviews) while clinical trials are ongoing. A more complete safety specification in the RMP will only be available after preliminary clinical trials results are available (i.e. at the time of the efficacy endpoint analysis) with further data being generated from the same trials post-approval. In addition, the Applicants should consider for the generation of the safety specification:

- The vaccine construct and the formulation; this includes risks identified for other approved (COVID-19) vaccines using similar technology;
- The degradation of the active substance / antigen and potential impact on safety related to this; (e.g. for mRNA-based vaccines)
- The presence of an adjuvant;
- Any important potential risks that may be specific to vaccination for COVID-19 (e.g. vaccine associated enhanced respiratory disease²).

A settembre 2020, ovvero all'inizio dei trial, si redigeva un documento per la predisposizione della farmacovigilanza di un medicinale biotecnologico innovativo di profilo sconosciuto per inoculare la popolazione mentre i trial clinici di fase III avrebbero proseguito il normale percorso di due anni. Una predisposizione avviata già a maggio 2020 [\[L\]](#), quando la ICMRA era alla ricerca delle scimmie per i trial [\[L\]](#) [\[3-A46\]](#).

L'Ufficio del Massimario, nel documento IV 2021, **ritiene infondata la denominazione di FARMACO SPERIMENTALE** in quanto si ritiene autorizzato alla conclusione del processo autorizzativo ai sensi dell'art. 14-bis del regolamento CE 726/2004 (come si vedrà, introdotto propiziamente nel 2019) e del regolamento CE 507/2006, i quali, in concomitanza, disciplinano appunto l'immissione in commercio in **emergenza e sotto condizioni**, a causa dell'esiguo tempo dedicato alla sperimentazione e quindi, dell'ancora **sconosciuto profilo di sicurezza ed efficacia**, **da indagare successivamente con Obblighi Specifici**.

L'articolo 4 del regolamento CE 507/2006, base legale dell'autorizzazione insieme all'art. 14-bis del regolamento CE 726/2004 [\[L\]](#), caratterizza la natura di una autorizzazione condizionata, tanto da annoverare la possibilità (lettera b) che il Titolare **non riesca**, al termine degli ulteriori studi, a dimostrarne la bontà.

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 occorran ancora dati supplementari.

La natura condizionata dell'autorizzazione impone quindi l'esecuzione di Obblighi Specifici, come disposto dall'art. 5, la loro **indicazione sul foglio illustrativo e Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto, e la VINCOLANTE DIVULGAZIONE AL PUBBLICO, ai sensi del Decreto Ministeriale del 30 aprile 2015.**

Articolo 5

Obblighi specifici

1. Il titolare di un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata ha l'obbligo specifico di completare gli studi in corso o di condurre nuovi studi al fine di confermare che il rapporto rischio/beneficio è positivo e di fornire i dati supplementari di cui all'articolo 4, paragrafo 1.

Possono essere imposti obblighi specifici anche in relazione alla raccolta di dati di farmacovigilanza.

2. Gli obblighi specifici di cui al paragrafo 1 e il calendario per soddisfarli sono chiaramente precisati nell'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata.

1-R1 – Chiedo alla Onorevole Corte una valutazione sulla stessa possibilità materiale di fornire una corretta informazione al pubblico, nonché sul rispetto dell'ultimo paragrafo dell'articolo 32 della Costituzione, in una situazione di caos come quella creata nel nostro Paese, per indurre paura e limitazioni col ricatto [L].

Hub vaccinali presi d'assalto, caos in centro. Toti: "Bisogna prenotarsi"

La polizia dirige il traffico nella zona del Quadrilatero dove, in via Cesare, centinaia di persone si sono recate al punto vaccinale



A causa della necessità di ulteriori studi e relativi dati su sicurezza ed efficacia, la base legale dell'autorizzazione (14-bis (7,8) reg. CE 726/2004) specifica come la CMA abbia solo **valenza annuale**, rinnovabile annualmente e, solo **dopo l'assolvimento degli obblighi**, rinnovabile per i canonici 5 anni della fase post marketing.

7. In deroga all'articolo 14, paragrafo 1, un'autorizzazione all'immissione in commercio, rilasciata ai sensi del presente articolo, ha una validità di un anno, rinnovabile.

8. Una volta assolti gli obblighi specifici di cui al paragrafo 4 del presente articolo, su domanda del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio, e previo parere favorevole dell'Agenzia, la Commissione può rilasciare un'autorizzazione all'immissione in commercio valida cinque anni, rinnovabile in conformità dell'articolo 14, paragrafi 2 e 3.

Ad ottobre 2022, **declassando vergognosamente** gli ultimi obblighi specifici relativi alla **relazione finale di sicurezza** di dicembre 2023 e quella di luglio 2024 reattiva alla formulazione pediatrica, adducendo come giustificativo la perdita del gruppo di controllo, con **atto criminale**, la Commissione rinnovava l'autorizzazione da CMA ad autorizzazione

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

senza obblighi. Dunque, difatto, eliminando la possibilità di una veritiera verifica della bontà del veleno iniettato, al netto dello slogan: “sicuro ed efficace”.

Dunque, sino ad ottobre 2022, il prodotto approvato analizzato annualmente, **non rientrava nella canonica fase IV della “consueta sperimentazione umana”, la fase post-marketing.**

Dalla stessa natura della CMA, sembra oltremodo lampante che il pro-farmaco autorizzato avesse un profilo di sicurezza ed efficacia sconosciuto (oggi appurato essere drammaticamente **letale**), seguito in un follow-up di appena tre mesi ed includente la popolazione più giovane **solo per estrapolazione**, una popolazione, quella pediatrica, che **non correva nessun rischio** [L]. Un profilo di sicurezza richiedente studi ed indagini su problematiche espresse in **maniera del tutto omissiva** negli stessi allegati alla decisione [L], dettagliati in maniera insufficiente nell'EPAR autorizzativo e con qualche dettaglio in più nell'EPAR del rinnovo annuale.

Inoltre, il sottoscritto **DENUNCIA IL MANCATO RISPETTO DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI** per una CMA. Nonostante nelle quattro righe conclusive contenute nell'allegato IV alla decisione della Commissione [L] si affermi il rispetto dei requisiti dell'art. 4 del regolamento CE 507/2006, le lettere a) c) e d) **non potevano essere soddisfatte.**

- **LETTERA A):** Il rapporto rischio/beneficio è definito dall'art. 28-bis della direttiva CE 83/2001 come:

<p>28) <u>rischi connessi all'utilizzazione del medicinale:</u></p> <ul style="list-style-type: none">— ogni rischio connesso alla qualità, alla sicurezza o all'efficacia del medicinale per la salute del paziente o la salute pubblica;— ogni rischio di effetti indesiderabili sull'ambiente. <p>28 bis) <u>rapporto rischio/beneficio:</u></p> <p>una valutazione degli effetti terapeutici positivi del medicinale rispetto ai rischi definiti al punto 28, primo trattino.</p>
--

In base alle evidenze cumulate sino a dicembre 2020, all'atto dell'autorizzazione, **il rapporto rischio beneficio era inequivocabilmente NEGATIVO.**

- **RISCHIO:**

Il rischio derivante dalla somministrazione di una **nuova tecnologia**, ancora in fase III, mal prodotta (parametri del processo produttivo di larga scala

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

difforme dai paramntri del processo per i trial), **non testata per fermare la trasmissione** e trasporta da **eccipienti sconosciuti e riconosciuti già potenzialmente tossicci**, era **INACCETTABILE** ed in completo conflitto con il fondamentale **principio di precauzione**, non solo per una **persona sana**, ma anche per un malato grave. Un enorme rischio (dettagliato nel seguito) dichiarato dal Richiedente, appurato dal CHMP, accettato dal Ministero della Salute con la benedizione di AIFA ed occultato nonostante **le immediate evidenze** [\[L\]](#).

Oltre alle centinaia di pagine seguenti, relative alla generale e **sciagurata gestione della salute della mia famiglia**, proponente numeri strampalati ed argomentazioni conflittuose, infondate, banali e criminali, riporto un primo esempio di affidabilità dei dati proposti e relativi al **rischio del nuovo prodotto tecnologico, da subito accertato**. Nel Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19 n.5, con dati sino **al 31 maggio 2021**, AFIA dichiarava, mediando, sfoltendo e smussando, un tasso di segnalazione di eventi avversi pari a **220/100.000 dosi**, nonostante la dichiarata inagibilità del registro **PREMAL e dell'anagrafe nazionale vaccini** non consentisse tale valutazione. Un tasso di per sé altissimo, se paragonato al tasso di segnalazione relativo a tutti i vaccini, in media dichiarato (anche questo senza adeguati mezzi esportativi) pari a **22/100.000 dosi nel 2019**.

Da sempre, nei rapporti sorveglianza vaccini analizzati, oltre ad essere stati pubblicati solo a partire dal 2017, si utilizza il **pericoloso stratagemma della diluizione** dei dati allarmanti, provenienti dalle poche regioni dotate di un minimo di sorveglianza, con regioni che non sono ancora oggi completamente connesse al RNF. In violazione della normativa sulla farmacovigilanza, alti tassi di segnalazione localizzati nel tempom nel luogo o nel nmero di lotto, dovrebbero avviare procedure di controllo e follow-up, mentre, si mediavano tassi **calcolati per 100.000 di abitanti (e non per dosi somministrate)** dell'ordine di **100/100.000** per un paio di Regioni, con tassi che vanno dall'**0,8** (calabria) **al 5-6** per le restanti (rapporto vaccini 2019).

Dopo dcenni di **rassicurazioni e garanzie mendaci** riguardo l'impegno nella tutela della salute dei nostri bambini, entravamo nella follia degli utlimi anni con le solite e perduranti **ammissioni di colpa**, esposte nel rapporto vaccini

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

2019 in cui, qualche sprazzo di riscontro del danno causato, era chiamato **successo!**

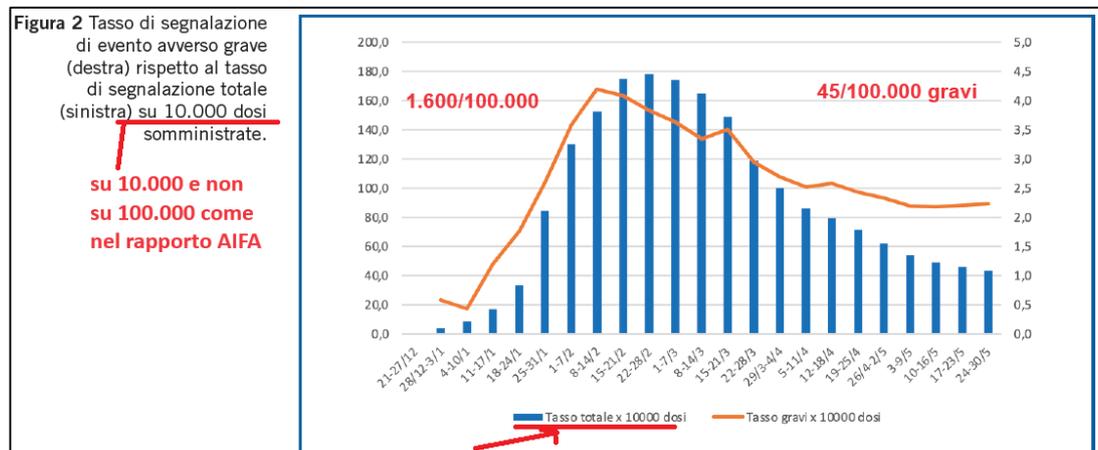
Il successo di tali iniziative è evidenziabile analizzando la distribuzione del tasso regionale di segnalazioni per 100.000 abitanti (fonte ISTAT 2019, Figura 6), riportato anche per tipologia di segnalatore (Tabella 2). A titolo di esempio, l'elevato tasso di segnalazione osservato in Val d'Aosta, Puglia e Friuli Venezia Giulia è riconducibile a progetti di farmacovigilanza attiva, sebbene la variabilità regionale esistente metta in luce la necessità di aumentare gli sforzi di sensibilizzazione alla segnalazione soprattutto nei territori meno ricettivi, tramite attività capillari sul territorio.

Una sorveglianza post-marketing un po' più accurata sul veleno anticovid è stata fatta dalla Regione Veneto ed esposta nel documento: *“Master in FARMACOVIGILANZA - SICUREZZA POST-MARKETING DEI VACCINI ANTICOVID-19: UNA PANORAMICA SULLE SEGNALAZIONI SPONTANEE DI REAZIONI AVVERSE RACCOLTE IN VENETO 2020-2021”* [\[L\] \[1-A105\]](#). Relativamente al periodo **dicembre 2020 – maggio 2021**, lo studio riportava questi valori:

Tabella 2 Estrazione dati da VigiSegn: tutte le segnalazioni suddivise nei mesi e per marchio.

Numero di segnalazioni	Segnalazioni mensili per brand				Totale mensile
	COMIRNATY	MODERNA	VAXZEVRIA	JAN	
Dicembre 2020	3	0	0	0	3
Gennaio 2021	1494	0	0	0	1494
Febbraio 2021	4433	36	114	0	4583
Marzo 2021	2487	181	1139	0	3807
Aprile 2021	513	128	398	0	1039
Maggio 2021	598	154	667	25	1444
Totale segnalazioni	9528	499	2318	25	12370

In relazione ad una popolazione di di **4,9 milioni** di individui, la seguente tabella illustrava i tassi di segnalazione.



1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Dunque, riportando i tassi di segnalazione alle 100.000 dosi per per effettuare un confronto con i dati nazionali, a maggio 2021 avevamo:

- Tasso di segnalazione nazionale: **220/100.000** (altissimo e necessitante di sospensione)
- Tasso di segnalazione Regione Veneto: **1.600/100.000**, di cui **45 gravi** (criminale)

1-R2 – Considerando la magnanima aspettativa di reazioni avverse ATTESE, dichiarata da EMA nelle linee guida per il **Piano di Farmacovigilanza** (EMA/333964/2020) [\[L\]](#) e poi **comunicato da AIFA ai CRFV e RLFV** [0148253-30/12/2020-AIFA-AIFA UGS-P](#), ovvero una mole di segnalazioni esplosa in maniera incontrollata da richiedere un adeguamento del sistema di farmacovigilanza da parte della Pfizer, necessitante di un esercito per mettere in atto i giusti processi valutativi [\[L\]](#), è plausibile considerare **mendaci** le informazioni date alla popolazione?

Il report della Regione Veneto contiene anche una “osservazione” importante, collegata poi alla variazione dell’RCP del veleno, per l’inserimento dell’ESITO FATALE** a seguito di miocardite/pericardite, **avvenuto due anni dopo**.**

report, rispettivamente. È interessante osservare la distribuzione delle segnalazioni per i disturbi cardiaci con 251 (2,63%) e vascolari con 191 (1,99%) per COMIRNATY e con 87 (3,75%) e 116 (5,00%) per VAXZEVRIA, rispettivamente.

Una osservazione che doveva essere fatta da tutte le Istituzioni adite dalla presente, per il tramite dei **Comitati** citati dopo ed ai quali era affidato il compito dell’analisi di tali segnalazioni, oltre che alla lettura dei rapporti di sicurezza del produttore il quale, nel PSUR 3 relativo al periodo dicembre 2021 – agosto 2022, dichiarava alcuni esiti di autopsie (pag 287):

Autopsy results were provided in 165 cases and the most commonly reported (≥ 7 occurrences) were: Pulmonary embolism (22), Myocarditis (18), Pulmonary oedema (12), Arteriosclerosis coronary artery, Myocardial infarction, Myocardial ischaemia (10 each), Acute myocardial infarction, Arteriosclerosis (9 each), Arrhythmia, Death (8 each), Cardiac failure (7).

Un **rischio maggiore proprio per le categorie fragili**, escluse dai trial clinici e sulle quali si avevano molte peplessità, nonstante fossero usate come portabandiera della propaganda (RMP ver 1.0 [\[1-A119\]](#)).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Missing Information: Use in immunocompromised patients

Risk-benefit impact

The safety profile of the vaccine is not known in immunocompromised individuals due to their exclusion from the pivotal clinical study. The efficacy of the vaccine may be lower in immunocompromised individuals, thus decreasing their protection from COVID-19.

Missing Information: Use in frail patients with co-morbidities (e.g. chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, chronic neurological disease, cardiovascular disorders)

Risk-benefit impact

There is limited information on the safety of the vaccine in frail patients with co-morbidities who are potentially at higher risk of severe COVID-19.

I soggetti con problematiche autoimmuni o con forti stati infiammatori (**come mia moglie**) potevano essere soggetti a potenziamento di tali stati infiammatori (RMP ver 1.0 [\[1-A119\]](#)).

Missing Information: Use in patients with autoimmune or inflammatory disorders

Risk-benefit impact

There is limited information on the safety of the vaccine in individuals with autoimmune or inflammatory disorders and a theoretical concern that the vaccine may exacerbate their underlying disease.

Nessuna informazione sulla co-somministrazione.

Missing Information: Interaction with other vaccines

Risk-benefit impact

BNT162b2 mRNA vaccine will be used in individuals who also may receive other vaccines. Studies to determine if co-administration of BNT162b2 mRNA vaccine with other vaccines may affect the efficacy or safety of either vaccine have not been performed.

Nessun dato su eventi avversi a medio e lungo termine, **da studiare nei successivi due anni dopo la seconda dose! Il protocollo poi è variato, arrivando oggi alla 6 dose.**

Missing Information: Long term safety data

Risk-benefit impact

The long-term safety of BNT162b2 mRNA vaccine is unknown at present, however further safety data are being collected in ongoing Study C4591001 for up to 2 years following administration of dose 2 of BNT162b2 mRNA vaccine.

○ **BENEFICIO:**

Beneficio NULLO per la fascia 0-50 anni. Gli stessi scalcinati, seppur coloratissimi report dell'ISS sulla sorveglianza epidemica, confermavano

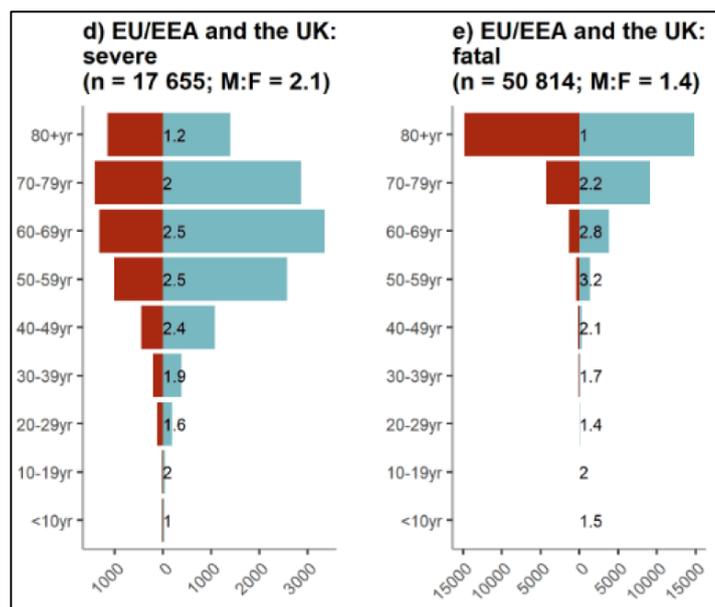
1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

l'assenza di pericolo per tale grande fascia di età, dati confermati da numerose pubblicazioni, anche delle stesse case farmaceutiche [L]. Il report aggiornato al 22 dicembre 2020 [L] conteneva la seguente tabella.

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi per classe di età	N. deceduti	% deceduti per classe di età	Letalità %
0-9	38.579	51,8	4	57,1	0	35.941	48,2	3	42,9	0	74.520	3,8	7	0	0
10-19	85.637	52,4	5	55,6	0	77.767	47,6	4	44,4	0	163.404	8,3	9	0	0
20-29	119.301	50,6	19	54,3	0	116.372	49,4	16	45,7	0	235.677	12,0	35	0,1	0
30-39	118.185	49,1	94	64,4	0,1	122.282	50,9	52	35,6	0	240.471	12,3	146	0,2	0,1
40-49	145.758	46,6	407	70,2	0,3	166.870	53,4	173	29,8	0,1	312.629	15,9	580	0,9	0,2
50-59	170.998	48,4	1.700	74,8	1,0	182.402	51,6	572	25,2	0,3	353.402	18,0	2.272	3,4	0,6
60-69	116.955	53,4	4.875	74,5	4,2	102.264	46,6	1.673	25,5	1,6	219.220	11,2	6.548	9,7	3,0
70-79	86.183	52,4	11.582	68,9	13,4	78.300	47,6	5.216	31,1	6,7	164.483	8,4	16.798	24,9	10,2
80-89	58.281	40,6	15.401	55,3	26,4	85.332	59,4	12.456	44,7	14,6	143.620	7,3	27.857	41,2	19,4
≥90	12.526	22,6	4.507	33,9	36,0	42.950	77,4	8.778	66,1	20,4	55.476	2,8	13.285	19,7	23,9
Età non nota	62	51,2	2	66,7	3,2	59	48,8	1	33,3	1,7	121	0	3	0	2,5
Totale	952.465	48,5	38.596	57,1	4,1	1.010.539	51,5	28.944	42,9	2,9	1.963.023	-	67.540	-	3,4

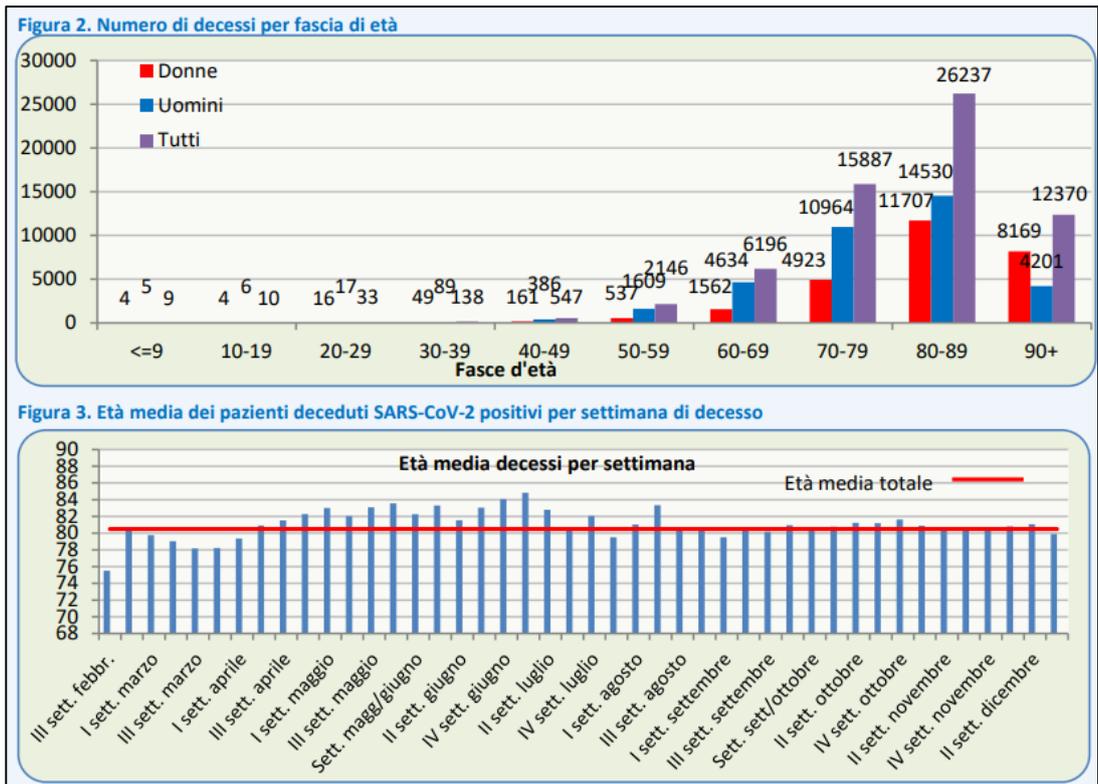
NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI PER CUI NON SONO NOTI IL SESSO E L'ETÀ (TABELLE PER SESSO) O L'ETÀ (TABELLA TOTALE)

Stessa situazione era rilevata in tutta europa, in base ai dati esposti nell'RMP ver. 1.0 del 17 dicembre 2020 (RMP ver 1.0 [1-A119]).

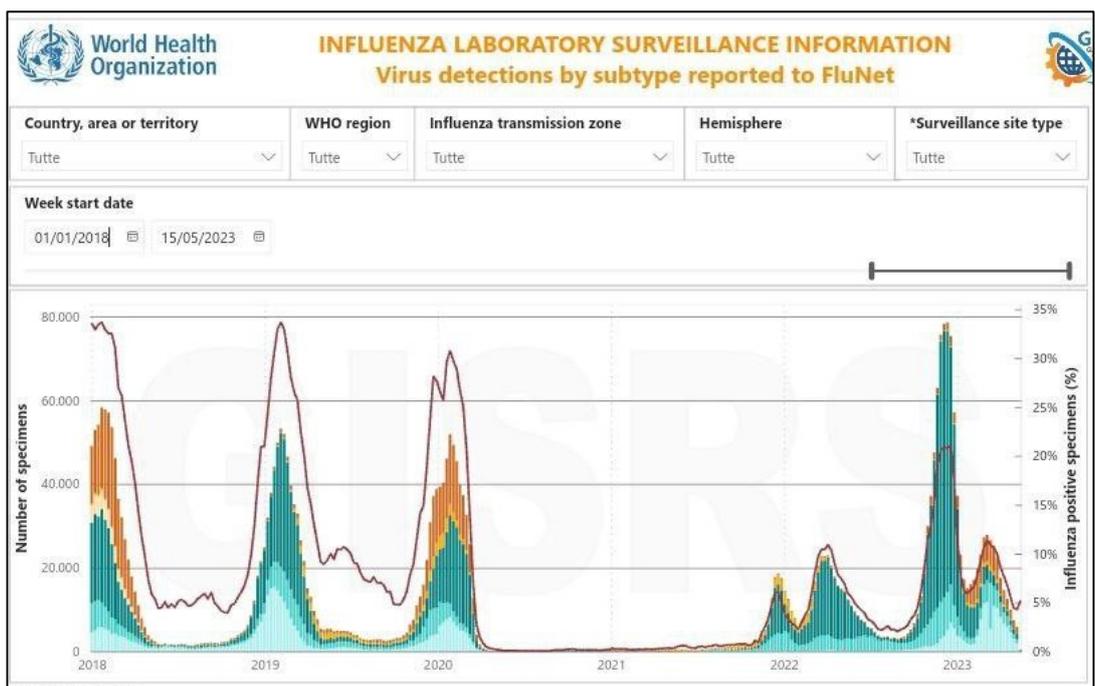


L'ISS continua la pubblicazione dei dati epidemiologici, anche se ne **declina ogni responsabilità**, confermando **l'inutilità di tale costoso organo consultivo**. L'assenza di rischio per la maggior parte della popolazione subito verificata, è stata poi **consolidata** nel report "Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia" [L].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



La pericolosità **per la sola fascia anziana e fragile** della popolazione dovrebbe poi essere decurtata della quota parte relativa alla semplice influenza, totalmente scomparsa nel 2021, per venire incontro alle esigenze della nuova scienza. Scomparsa ovunque, come ha spiegato il Professor Stefan Homburg alla **Bundestag** lo scorso novembre [\[2-V199\]](#), **oltre ad elencare i crimini commessi.**



1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Dunque, una letalità ed un conseguente numero di decessi ben lontano dagli **“scenari agghiaccianti” descritti dall’ufficio del Massimario, scenari confutati oggi dallo stesso psicopatico Bill Gattes [1-V191], esecutore, armato di siringa, degli ordini omicidi dei padroni del WEF**. Tali decessi sarebbero stati enormemente inferiori se non si fossero ricoverate persone infette nelle RSA a causa della mancanza di posti e se le persone fossero state curate precocemente, anche se contro gli interessi delle vuote casse dell'aziende sanitarie, rimborsate per 9.000€ al giorno per ogni posto di terapia intensiva occupato.

L’ISS pubblica inoltre, **senza responsabilità**, i dati cumulativi relativi alle infezioni registrate, confermanti anche questi (oltre a smisurata letteratura [L]), la **TOTALE INUTILITÀ** della profilassi, in contrasto con le affermazioni prodotte:

<p>In merito all’efficacia, i bollettini periodici sull’andamento dell’epidemia prodotti dall’ISS, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, istituzionalmente deputato alle funzioni di ricerca e controllo in materia di salute pubblica (art. 1 del relativo Statuto, approvato con d.m. 24.10.2014), <u>attestano con l’evidenza dei dati statistici</u>, che la profilassi vaccinale ha efficacia preventiva sia nel <u>contenere i sintomi della malattia</u>, riducendo drasticamente il rischio di incorrere in sindromi gravi, sia <u>nella trasmissione dell’infezione</u>, incidendo sul livello di contagiosità del singolo in caso di <u>contrazione del virus</u>.</p>

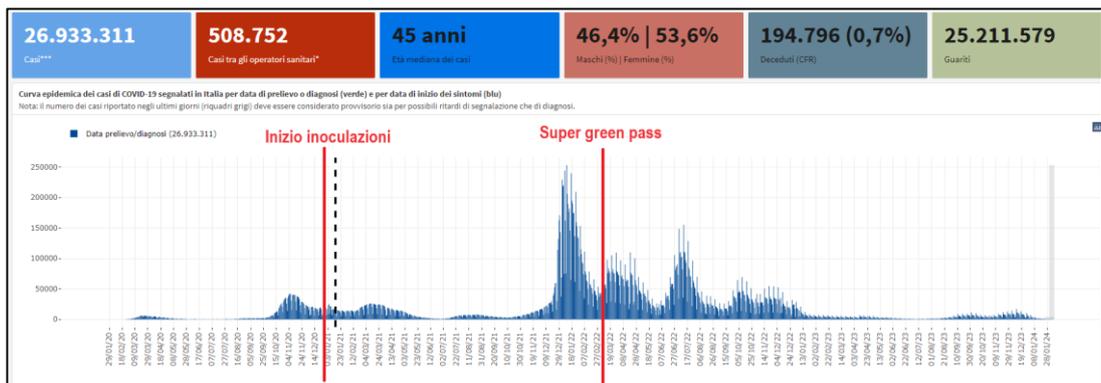
Inutilità della profilassi confermata immediatamente dallo stesso ISS, che vanificava il pericoloso **atto estorsivo** con cui si è negato il sostentamento alle famiglie.

Ignominia confessata, oltre che dal Produttore, dalla stessa EMA nella conferenza del novembre 2023: L'eurodeputato olandese Marcel de Graaff, l'eurodeputato tedesco Joachim Kuhs, l'attivista Willem Engel e il consulente medico Vibeke Manniche discutono le scioccanti rivelazioni contenute nella lettera dell'Agenzia Europea per i medicinali (EMA) del 18 ottobre 2023, lettera in risposta alla richiesta di sospensione delle autorizzazioni di commercializzazione dei vaccini Covid-19 inoltrata dagli stessi M. de Graaff e J. Kuhs. Dalla lettera dell'EMA emerge che **l'uso dei vaccini Covid era stato consentito per l'immunizzazione individuale, non per controllare il contagio e assolutamente non per prevenire o ridurre le infezioni [L] [1-A123]**. **Nessuno sotto i 60 anni correva il rischio di gravi complicazioni,**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

quindi, salvo casi particolari, nessuno avrebbe dovuto vaccinarsi [2-V193].

1-R3 – Chiedo alla Onorevole corte di esprimersi sul confronto che vede da una parte un assassino in attesa di giudizio, al quale occorre garantire il minimo sostentamento e, dall'altra, un cittadino a cui viene tolta la possibilità di provvedere alla sua famiglia perché rifiuta la somministrazione di un preparato medico sconosciuto ed approvato in tre mesi.



Un beneficio, inoltre, non definito per la popolazione fragile tanto a cuore (anziani, immunocompromessi e donne in gravidanza) a causa dell'esclusione di tali categorie dai trial clinici.

I maggiori rischi accertati ed il beneficio nullo, rendevano **inapplicabile** lo stesso **articolo 14-bis** del regolamento CE 726/2004, il cui paragrafo 1, dispone che una CMA possa essere concessa quando tale rapporto risulti **INEQUIVOCABILMENTE POSITIVO**.

3. Le autorizzazioni all'immissione in commercio possono essere rilasciate a norma del presente articolo solo se il rapporto rischio/beneficio del medicinale è favorevole e se il richiedente è presumibilmente in grado di fornire dati completi.

Con tale rapporto rischio/beneficio, **un banchiere**, tra l'altro con problemi nella conversione Euro-Rublo, spalleggiato da un **laureato in scienze politiche** con esperienza al pastificio Barilla, decideva che: ***“Non ti accini ti ammali, muori e fai morire”***.

LETTERA C):

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

L'esigenza medica insoddisfatta, con la quale si indetificherà sempre l'esigenza delle case farmaceutiche di immettere nuovi prodotti sul mercato, è descritta nel paragrafo 2 dell'art. 4 dello stesso regolamento CE 507/2006.

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.

Trascurando la seconda ipotesi, relativa a medicinali per **scopi terapeutici e non di prevenzione**, esistevano trattamenti precoci dell'infezione con efficacia sicuramente superiore al 50%, come richiesto dalla normativa e comunque accettabili in base all'emergenza. Trattamenti da subito osteggiati, dopo vietati, ed oggi ritenuti efficaci ammettendo l'errore [\[2-V16a\]](#).

LETTERA D):

La lettera d) è un artefatto connesso direttamente al rapporto rischio/beneficio definito alla lettera a), quando esteso alla collettività. La salute pubblica non poteva beneficiare in alcun modo dall'immissione in commercio della nuova terapia, **non essendo progettata per il blocco della trasmissione**, non apportando beneficio per la maggior parte della popolazione e presentante i rischi esposti.

Persino nel *Summary Safety Reports* (SSRs) autorizzativo, ovvero in poche **misere ed ottimistiche paginette** destinate alla persona comune, era indicata la sperimentazione effettuata e l'ignoranza della **scienza corrotta** a cui tante persone hanno sacrificato la vita inutilmente [\[L\] \[1-A94\]](#).

Può Comirnaty ridurre la trasmissione del virus da un soggetto a un altro?

L'impatto della vaccinazione con Comirnaty sulla diffusione del virus SARS-CoV-2 nella popolazione generale non è ancora noto. Non si conosce ancora fino a che punto le persone vaccinate possano ancora essere in grado di trasportare e diffondere il virus.

Quanto dura la protezione di Comirnaty?

Al momento non si conosce la durata della protezione fornita da Comirnaty. Le persone vaccinate nell'ambito dello studio clinico continueranno a essere monitorate per 2 anni per raccogliere maggiori informazioni sulla durata della protezione.

Quali informazioni devono ancora essere fornite su Comirnaty?

Poiché Comirnaty ha ricevuto un'autorizzazione all'immissione in commercio subordinata a condizioni, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio continuerà a fornire i risultati dello studio principale, che durerà 2 anni. Lo studio clinico e altri studi aggiuntivi forniranno informazioni sulla durata della protezione, sulla capacità del vaccino di prevenire la forma grave di COVID-19, sulla misura in cui il vaccino protegge le persone immunocompromesse, i bambini e le donne in gravidanza, e sulla capacità di prevenire i casi asintomatici.

In aggiunta, studi indipendenti sui vaccini COVID-19, coordinati dalle autorità dell'UE, forniranno informazioni aggiuntive sulla sicurezza a lungo termine del vaccino e sui relativi benefici per la popolazione in generale.

L'azienda condurrà inoltre studi per fornire ulteriori garanzie sulla qualità farmaceutica del vaccino, man mano che la produzione continuerà ad aumentare.

Gli unici veri beneficiari del processo autorizzativo sono state le case farmaceutiche, riceventi **ingenti fondi** per una falsa sperimentazione ed assicurandosi poi un utile per gli anni successivi grazie alla definizione di "imprudenti" contratti di acquisto (lettera b) con le varie autorità sanitarie, che saranno costrette all'acquisto di enormi quantità di dosi fittizie.

Parlando dell'emergenza addotta per soffocare ogni diritto conquistato dai nostri predecessori dopo lunghe lotte condotte, l'art. 4 del regolamento CE 507/2006, specifica la possibilità, per il Richiedente, di produrre dati pre-clinici e farmaceutici parziali, solo in concomitanza all'applicazione del paragrafo 2 dell'articolo 2 del regolamento CE 507/2006, ovvero a seguito di una grave minaccia per la salute a carattere transfrontaliero, riconosciuta in base alla vincolante Decisione UE 1082/2013, **NON ATTUATA DAL NOSTRO MINISTERO. Omissione oggi argomento di indagine della neocostituita Commissione di Inchiesta sulla gestione pandemica (sebbene nel prologo si continui a sostenere la comparsa di future pandemie).**

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.

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.

È universalmente riconosciuta la penuria di dati preclinici e farmaceutici, imputata come sempre all'emergenza. Tuttavia, tale minaccia non costituisce base legale di approvazione, essendo il pro-farmaco autorizzato ai sensi del paragrafo 1 e non del paragrafo 2 del art. 2 del reg. CE 707/2006 [\[L\]](#).

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

Dunque, l'assenza di tali dati ed il pericolo iniettato a forza non erano legalmente ammessi.

Benchè la responsabilità ultima del parere scientifico spetti al CHMP, questi è supportato nella decisione dai vari Comitati a seconda del caso. L'impropria classificazione della **TERAPIA GENICA all'interno dei medicinali biologici pone un ulteriore quesito anche sulla **completezza** del parere del CHMP.**

1-R4 – Data la natura innovativa della nuova sostanza **biotecnologica, classificabile all'interno delle Terapie Avanzate (**ATMP**) e non nella categoria dei medicinali biologici, chiedo alla Onorevole Corte la valutazione della completezza del parere favorevole del **CHMP**, in relazione alle **questioni esposte al CAT a pagina 98**, verificando la **necessaria****

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

acquisizione del parere del comitato per le **Terapie Avanzate**, consultando in particolare la nostra rappresentante dott.ssa Concetta Quintarelli [\[L\]](#) ed il predecessore dott. Paolo Gasparini, oggi **saltato** nel CHMP.

Alle suddette questioni normative, occorre associare azioni inqualificabili, come l'inizio della produzione su vasta scala ancor prima del termine della falsa sperimentazione ed ancor prima della firma dei contratti.

La produzione anticipata del veleno è stata paventata dalla Commissione nella lettera “*dichiarazioni della Commissione Al Parlamento Europeo, Al Consiglio Europeo, Al Consiglio E Alla Banca Europea per gli Investimenti (Bruxelles, 17.6.2020 COM(2020) 245 final) (A1)*”

Contro la Covid-19 c'è però bisogno di un vaccino con la massima urgenza. Nell'attuale crisi, squadre di scienziati in tutto il mondo stanno lavorando con l'ambizione di sviluppare un vaccino efficace in un lasso di tempo compreso tra 12 e 18 mesi. Inoltre, una volta che sarà disponibile un vaccino efficace contro la Covid-19, per coprire il fabbisogno mondiale sarà necessario produrne centinaia di milioni, se non miliardi, di dosi senza per questo compromettere la produzione di altri vaccini essenziali.

Marzo 2020 - Dicembre 2020 = 9

Per realizzare un'impresa del genere in un tempo così limitato è necessario eseguire prove cliniche investendo in parallelo nelle capacità di produzione e assicurandosi le materie prime, in modo che la produzione possa iniziare subito dopo la conclusione di tali prove, se non prima. La necessità di giungere a un risultato in tempi brevi, gli elevati costi iniziali e l'alto tasso di insuccesso fanno sì che investire in un vaccino contro la Covid-19 sia una decisione ad alto rischio per gli sviluppatori di vaccini.

L'azzardo della produzione anticipata, che ha richiesto quindi un maggior anticipo nello stanziamento dei fondi per il potenziamento delle strutture e la capacità produttiva, è stato accettato dal molto etico Comitato Etico, contemplando la possibilità di insuccesso:

Le circostanze senza precedenti in cui si trova l'UE richiedono una risposta coraggiosa. Anche se saranno adottate misure per attenuare il rischio - ad esempio investendo in un portafoglio di società che coprono diverse tecnologie - nello sviluppo di un vaccino il tasso di insuccesso è elevato. Vi è il rischio, molto concreto, che nessuno dei candidati che beneficiano del sostegno abbia successo. Tuttavia, il valore di un accesso precoce a un vaccino è enorme in termini di vite umane salvate e di danni economici evitati. È un rischio che vale la pena di correre.

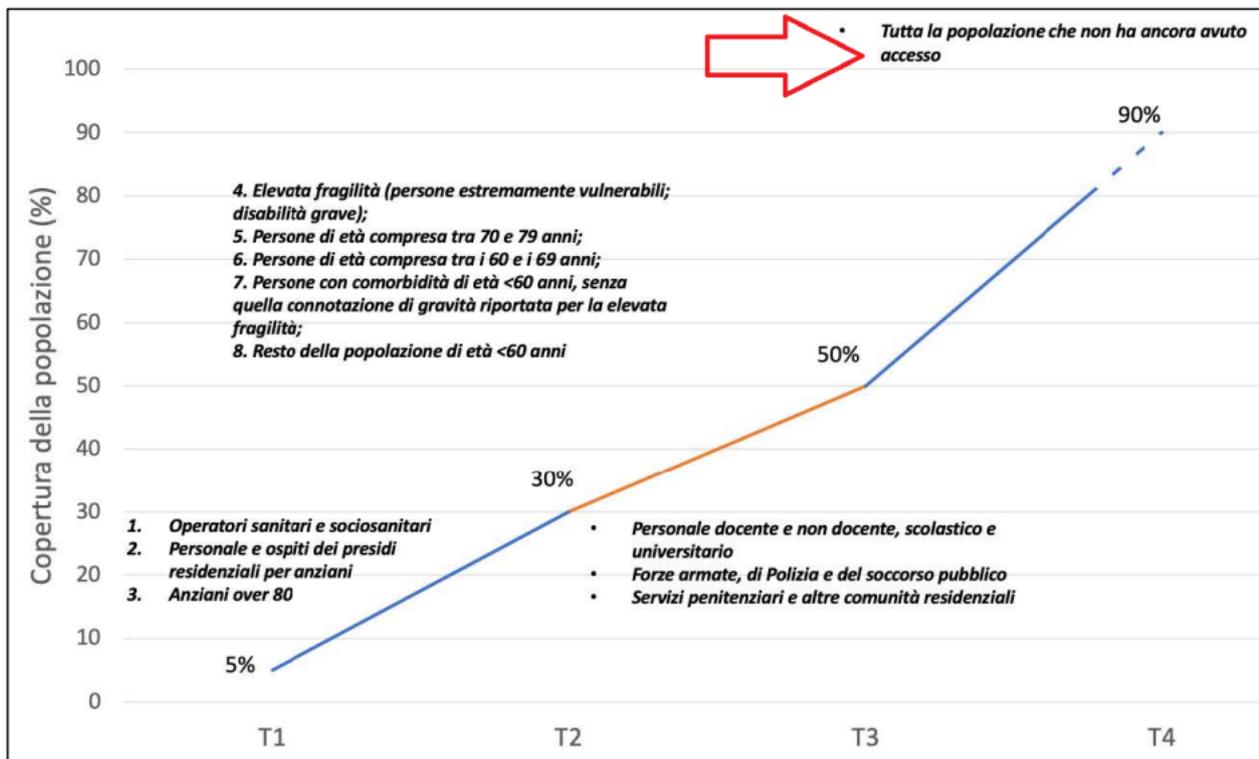
La produzione anticipata del veleno è stata quindi affermata nel documento “*Elementi di Preparazione e di Implementazione della campagna Vaccinale*”, pubblicato sul sito dell'ISS e contenuto nella Gazzetta Ufficiale Serie generale - n. 72 [\[L\]](#) [\[1-A92\]](#).

Persino la distribuzione delle dosi è stata presumibilmente avviata prima dell'autorizzazione, considerando la complessità organizzativa della realizzazione della catena del freddo a -90°

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

per trasporto e stoccaggio e le dichiarazioni della Pfizer nel rapporto alla SEC [\[L\] \[1-A93\]](#), in cui affermava la consegna di **200 milioni di dosi già a marzo 2021**.

Il documento dell'ISS preannunciava già il futuro delle inoculazioni, avviate ingannevolmente per la protezione dei fragili su cui nulla si conosceva, ma pianificate per ogni cittadino, oggi neonati inclusi.



Tale scelleratezza ha prodotto ENORMI PRESSIONI negli organi decisionali, in primis il CHMP che, a dicembre 2020, valutava un profilo di sicuezza ed efficacia di un nuovo farmaco biotecnologico, ormai già prodotto e distribuito e per la cui produzione futura erano ormai avviati progetti di dimensioni mondiali (PNR 2021-2027) [\[L\]](#).

direttamente coinvolti. La ricerca biomedica si troverà di fronte a nuove sfide per consolidare, raffinare e rendere sostenibili obiettivi e traguardi, prima impensabili, basati sui più recenti avanzamenti tecnologici, quali, ad esempio, la terapia genica mirata alla sostituzione di geni malfunzionanti o mancanti; la diagnostica per immagini e molecolare per predire l'insorgenza di patologie; la medicina di precisione basata sulle nanotecnologie e su farmaci biologici ad alta specificità per bersagli cellulari e molecolari; la terapia rigenerativa personalizzata di cellule, tessuti e organi danneggiati irreversibilmente; nuovi dispositivi medici ad uso diagnostico, terapeutico, chirurgico o misto; senza dimenticare la necessità di accelerare lo sviluppo e la produzione in larga scala e ridurre i costi della messa in commercio di nuovi farmaci. Sarà importante utilizzare al meglio le potenzialità dei sistemi informativi, degli strumenti digitali e

Tale pressione ha instillato una tale paura nei nostri rappresentanti, da non verificare persino i contratti ed i dati, come dichiarato dal dott. Rezza, ex Direttore Generale della Prevenzione.

natura ancora sperimentale di un medicinale reso necessario per una vera emergenza sanitaria.

1-R8 – Chiedo dunque, nel caso di accordo sull'interpretazione fornita, la **MODIFICA DELLE CONCLUSIONI** prodotte, per evitarne un **PERICOLOSO UTILIZZO in futuro, soprattutto in vista dell'approvazione del nuovo trattato pandemico [1-V193]**, per il quale l'OMS pianifica un vero colpo di stato [L] [1-V195].

1-R8a – In caso di disaccordo, chiedo gli ulteriori riferimenti normativi a conferma della precedente deduzione, non suffragata dalle sole citazioni prodotte.

Sottolineo infine che, malgrado ancora oggi le istituzioni spergiurino sulla "normalità" del processo autorizzativo **trimestrale** per una terapia biotecnologia la cui pericolosità è dettagliata nel seguito e ritenendo ancora giusto il ricatto della sua somministrazione forzosa, ancor prima di mettere in atto la violazione di principi basilari a partire dall'**Abeus Corpus**, si redigeva PNR 2021-2027 [L] in cui si scriveva:

Articolazione 3. Ricerca di nuove molecole attive su agenti infettivi e sviluppo di anticorpi monoclonali e vaccini

Un'efficace terapia anti-infettiva deve prevedere l'uso contemporaneo di più farmaci mirati a bersagli diversi. Benché, in linea di principio, sia difficile mettere a punto una terapia farmacologica unica per agenti patogeni futuri, è importante rivitalizzare la ricerca antivirale con particolare attenzione al riposizionamento di farmaci già in uso, in base alla loro efficacia su patogeni noti (si veda anche *infra*, articolazione 6). In parallelo, vanno incentivati gli studi di *antigen profiling* ed *epitope mapping* delle proteine microbiche, seguiti da clonaggio, sovra-espressione e purificazione di antigeni sui quali testare i sieri dei pazienti, per sviluppare rapidamente anticorpi monoclonali e vaccini (oltre che kit diagnostici, cfr. *supra*, articolazione 2). Verso i vaccini 2.o: nei programmi di prevenzione, i vaccini devono restare una priorità alla luce del fatto che la copertura vaccinale dura spesso per tutta la vita, rendendo il ritorno economico a loro legato molto maggiore dell'investimento iniziale. Tuttavia, essendo lo sviluppo di un vaccino lungo e complesso, dovranno essere previsti importanti investimenti pubblici e/o partenariati pubblico-privato *ad hoc*. Inoltre, è indispensabile potenziare la ricerca sull'antibiotico-resistenza, in ottemperanza alle politiche di *One Health*, attraverso il controllo dell'uso di antibiotici nella popolazione e della loro permanenza nell'ambiente.

Principi di precauzione ribaditi solo negli scritti, perché necessari alla semplice emanazione, ma poi non rispettati perché autorizzazione necessaria e **pilastro della futura era di farmaci.**

Articolazione 6. Terapia genica e medicina personalizzata

Impatto atteso. Offrire nuove piattaforme tecnologiche al fine di individuare nuovi approcci di terapia genica e a base di acidi nucleici (DNA e RNA modificati) mirati a modificare/compensare la presenza di mutazioni patogeniche o di limitare/eliminare agenti infettivi. Considerando che l'insieme dei farmaci disponibili interferisce con l'attività meno dell'1% del genoma, la capacità corrente di modificare/restaurare l'attività cellulare o di un organo rimane estremamente limitata e ignora le potenzialità terapeutiche di azione sul restante 99% del genoma umano. I recenti successi di nuovi farmaci basati su trattamenti personalizzati di terapia genica e a base di acidi nucleici (siRNA, oligonucleotidi antisense ecc.) suggeriscono che questa nuova classe di molecole rappresenterà una porzione rilevante dei nuovi farmaci in commercio nei prossimi anni. Questa consapevolezza ha aumentato enormemente l'investimento privato e delle big pharma negli ultimi 5 anni in questo settore. È quindi necessario implementare la messa a punto di nuove piattaforme tecnologiche scalabili (applicabili a un gran numero di malattie), la conoscenza dei meccanismi di azione degli RNA e del loro uso potenziale come trattamenti farmacologici innovativi. Questo ambito di ricerca si applica trasversalmente alle altre articolazioni del PNR ed è particolarmente importante per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale visti gli altri costi di questa classe di farmaci biotecnologici (ad esempio, farmaci antivirali per l'epatite o di terapia genica).

1-R9 – Appurata la natura sconosciuta del pro-farmaco innovativo, autorizzato in emergenza e carente di tutti gli aspetti della sperimentazione indagati in seguito con obblighi specifici, chiedo alla Onerevole Corte se l'inoculazione forzata di tale pro-farmaco, ottenuta prima con l'inganno e poi col furbesco ricatto, o meglio il falso ideologico della certificazione verde, rispetti il dispositivo dell'art. 443 del c.p.

In relazione alle disquisizioni metafisiche contenute nel punto 5 del documento, sulla legittimità **dell'obbligo di somministrazione di preparati biotecnologici innovativi e di accertato e pericoloso profilo di sicurezza**, il sottoscritto, pur non riuscendo ad esprimersi in termini consoni e forbiti, non padroneggiando i meandri oscuri della linguistica forense, propone alcune osservazioni pratiche, basate sul buon senso comune e sulle leggi applicabili in ambito sanitario:

- È appurato che, quando ancora nel nostro Paese i **buffoni** rassicuravano, la pfizer aveva già iniziato il programma di sviluppo grazie ai fondi ricevuti dal progetto **WARP SPEED** di Trump (fiumi di denaro [L]), al cui interno era inserito il progetto dedicato alla Pfizer, **Project Lightspeed [L] [1-A134] [L]**. Avvio dichiarato inoltre nella documentazione presentata alla SEC. Dopo qualche giorno dalla dichiarazione dell'emergenza sanitaria da parte dei colpevoli dell'OMS (che nascondevano quanto accadesse in Cina), veniva emanato il regolamento (UE) 2020/521 per **attivare le procedure "legali" di acquisizione di fondi** da parte dell'industria farmaceutica (per il tramite di organizzazioni criminali come la GAVI), ma **MAI MENZIONANDO** la parola **VACCINO** o **PROFILASSI!**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Azioni ammissibili

Le azioni seguenti possono essere finanziate in caso di pandemie che hanno effetti su vasta scala:

- a) rafforzamento temporaneo del personale sanitario, scambio di professionisti del settore sanitario, accoglienza di pazienti dall'estero o altri tipi di mutuo soccorso;
- b) realizzazione di strutture sanitarie temporanee e ampliamento temporaneo di strutture sanitarie esistenti per attenuare la pressione sulle strutture esistenti e aumentare la capacità globale dell'assistenza sanitaria; **NON PRIMULE!!! o gabbiotti da inoculazione**
- c) attività per sostenere l'amministrazione nella realizzazione su vasta scala di analisi mediche e nella preparazione delle strategie e dei protocolli scientifici di analisi necessari;
- d) realizzazione di strutture di quarantena temporanee e altre misure appropriate ai confini dell'Unione;
- e) sviluppo, produzione o acquisto e distribuzione di prodotti sanitari; **sempre etereo**
- f) aumenti e conversioni delle capacità di produzione dei prodotti sanitari di cui alla lettera e) per far fronte alle carenze;
- g) mantenimento della scorta dei prodotti sanitari di cui alla lettera e) e loro smaltimento;
- h) azioni per sostenere la procedura necessaria per l'autorizzazione dell'uso dei prodotti sanitari di cui alla lettera e), se richiesta;
- i) azioni per sviluppare metodi appropriati per tracciare lo sviluppo della pandemia e i risultati delle misure applicate per contrastarla;
- j) organizzazione di sperimentazioni cliniche di potenziali terapie o metodi diagnostici conformemente alle norme relative alle sperimentazioni concordate a livello di Unione; **NON PROFILASSI**
- k) convalida scientifica dei prodotti sanitari, inclusi i potenziali nuovi metodi di analisi.

Così come **MAI** sono state menzionate PRIMULE, GABBIOTTI, GAZEBO per inoculare il bestiame, ma solo il **potenziamento delle strutture sanitarie** per la **CURA** dei pazienti. **Ad esclusione della CURA DELLA POPOLAZIONE**, la pandemia è stata utilizzata per qualunque fantasioso progetto, come banchi a rotelle, mascherine di carta o tossiche distribuite nelle scuole, speculazioni, scandali, imposizioni, coercizioni, PARTECIPAZIONI AZIONARIE STATALI [\[L\]](#), imponenti ristrutturazione di normativa internazionale necessaria per il proseguo della follia.

- È appurato che il "**concluso percorso autorizzativo**" della terapia genica, menzionato dalla Onorevole Corte, riferisce al **primo tratto** della **lunga e decennale strada** necessaria per raggiungere un adeguato **livello di sicurezza ed efficacia** per i cittadini italiani. Un primo tratto **tanto corto e tortuoso** da deviare dalla retta via della moralità e conducente oggi ad una situazione drammatica.
- il sottoscritto, pur non avendo le competenze giuridiche per controdedurre i sofismi che portano **ad escludere la difesa della dignità umana** sancita in trattati internazionali, ritiene che, laddove ci sia il "dubbio", la precauzione sia imperativa. Dunque, i Trattati sempre menzionati ed utilizzati oggi per la protezione e l'inclusione di chi, svegliandosi e sentendosi più affine ad un **asino**, decide di copulare con gli ospiti della fattoria dove risiede, avrebbero dovuto **proteggere i nostri ragazzi**.
- Il sottoscritto, pur non avendo le competenze giuridiche per valutare il **grado di immoralità (e per questo richiederà uno nuovo giudizio)** della collaborazione, avallata dalla classe medica, tra un **banchiere** (ormai tanto confuso dalla senilità da

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

non comprendere un semplice cambio di valuta euro-rublo) ed un **esperto nella selezione di pastai** nell'industria Barilla, ritiene che tali individui **abbiano agito consapevolmente contro gli interessi e la salute dei cittadini italiani** solo per avallare i piani decennali di soggetti privati e stranieri. Individui di certificata ignoranza ma che disquisivano di argomenti quali piattaforme tecnologiche, DNA, genomica, computer quantistici, ecc. solo leggendo il **copione** scritto da oltre un decennio in direttive e regolamenti, dopo analizzati. Mentre farneticavano, non avendo la minima idea dell'impatto delle loro parole, con **DPCM** (giudicati idonei a causa dell'emergenza provocata) ed **obblighi di possesso di tessere** decise un decennio fa e non legate ad aspetti della protezione della salute, impedivano a dodicenni di partecipare alla vita sociale.

Tale argomento è smentito dalla lettera della legge per coloro a cui il Green pass è richiesto per l'espletamento dell'attività lavorativa, in quanto il comma 4 dell'art. 1 estende il riconoscimento dell'indennizzo alle persone che "per motivi di lavoro" si siano sottoposte a **"vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie"**; ebbene difficile negare che la vaccinazione anti Covid.19 non sia necessaria per motivi di lavoro per i soggetti a cui è stato imposto l'obbligo del possesso del Green pass per continuare a svolgere la propria attività lavorativa.

- È interessante l'artificio dell'appello alla sentenza **n.1 del 1956** sul GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA INCIDENTALE relativo alla contrapposizione dell'art. 113 e dell'art 21. I sofismi introdotti non possono trovare applicazione in relazione a **questioni di salute individuale e pubblica. La salute dell'individuo non può essere ridimensionata o danneggiata per raggiungere un ipotetico, e sempre più lontano, obiettivo di protezione della salute pubblica.** Un obiettivo mai supportato da nessuna prova scientifica. Una prova scientifica che si è evoluta grazie all'esponentiale progresso tecnologico che oggi governa tutti gli aspetti della nostra società, **profondamente diversa** dal contesto in cui veniva emessa la sentenza citata. Un progresso tecnologico che permette oggi di creare una **intelligenza artificiale** ma che classifica come **"sine materia"** centinaia di decessi di sani ragazzi [\[L\]](#).

Giugliano, si sente male in classe: morta una ragazzina di 14 anni, forse un infarto o un aneurisma

di Gennaro Scala

È accaduto nell'istituto «Marconi». Sospese le attività didattiche, sgomento tra studenti e insegnanti

22 marzo 2024 (modifica il 22 marzo 2024 | 13:12)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

- L'utilizzo della prova scientifica, o quanto meno, di **solide evidenze ricavate con metodi rigorosi (definiti in normative redatte dagli stessi scienziati che operano nella genomica grazie ai fondi percepiti, ma che consigliavano tachipirina)** è la **perenne lacuna** che ha pervaso l'ambito decisionale, permettendo trattamenti sanitari obbligati ma fondati su semplici **motti e proclami**. Un modus operandi più che ventennale (in base al periodo di analisi del sottoscritto) oggi dichiarato dalle nostre autorità sanitarie, **REE CONFESSE**. Un ambito decisionale incentrato sull'art. 117, come citato nella Sentenza n. 5/2018 [\[L\]](#), **ovvero dalla potestà legislativa dello Stato, sottoposta però alla volontà dell'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali assunti in nome del popolo italiano, a sua insaputa.**

Una pressione esterna per imposizioni accompagnate da assenza di evidenza concreta, che non hanno mai permesso il verificarsi dell'assunto "***..se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato..***". Benchè rimanga possibili addurre studi farlocchi e mercenari, è indiscutibile **l'accertata assenza di strumenti** (es. farmacovigilanza) atti alla verifica di tale assunto.

In assenza di robuste evidenze scientifiche atte ad **assicurare la tutela del singolo**, aggravata dalla perenne assenza di strumenti di verifica dell'impatto di tali trattamenti sanitari obbligati e fortemente raccomandati, **È SCATURITO UN REALE E GRAVE DANNO DELLA SALUTE COLLETTIVA.**

- Naturalmente, l'Onorevole Corte richiama il Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73 e la precedente sentenza [\[L\]](#) fondata sulle stesse inadempienze. Alla luce dell'exkursus contenuto nel capitolo 3, tale decreto-legge costituisce ancora, **salvo invio al sottoscritto di concrete prove atte a confutare l'esposizione, atto estorsivo finalizzato al semplice adempimento di obblighi assunti in ambito internazionale, concernenti lo sviluppo della ricerca scientifica e la necessità**

di fondi e di cavie per le case farmaceutiche, da reperire attraverso la vendita obbligatoria di vaccini. A riprova degli obblighi introdotti come naturale adempimento della sottoscrizione alla partecipazione di piani psicotici, l'Onorevole Corte rassicurava che la certificazione verde (nome di per sè ambiguo se in relazione al coronavirus) avesse solo validità temporanea, rassicurando sui timori di futuri dettami sanitari. Oggi, tuttavia, siamo costretti a combattere non solo **contro il rinnovato green pass mondiale**, ma anche contro la **cessione della nostra salute** nelle mani di pochi devianti criminali.

- L'ultima considerazione riguarda il **consenso informato** dell'atto medico in generale, tema trattato più in dettaglio nel capitolo 6. Il sottoscritto concorda sulla necessità di un consenso preventivo il quale, effettivamente, sgrava dalla responsabilità IL MEDICO VACCINATORE, l'unico operatore sanitario in grado di acquisirlo. Tuttavia, per consenso informato non si intende, come è stato per la terapia genica, un ricatto per una firma frettolosa senza informazioni, denunciando, inoltre, i cittadini che chiedevano spiegazioni, colpevoli dell'ostacolare il raggiungimento di un **gran numero di buchi**, per ottenere magari ulteriori riconoscimenti economici.

Il consenso informato, inoltre, **non ha solo una mera finalità** di fornire informazioni, come proposto dalla Onorevole Corte, ma **esso è intimamente connesso alla procedura dell'atto medico**. Nell'acquisizione del consenso informato, il genitore, o il vaccinando in genere, dovrebbero ricevere esaustive informazioni su tutti i rischi possibili e sullo stato di conoscenza generale del medicinale, derivanti dagli studi clinici e non da buffonate epidemiologiche. Daltro canto, durante il colloquio, il medico vaccinatore (e solo lui) dovrebbe acquisire informazioni sullo stato di salute del vaccinando, da incrociare con le caratteristiche del medicinale da inoculare.

Per tali motivi, l'anticipazione del consenso informato non dovrebbe limitarsi a pochi secondi prima dell'atto vero e proprio ma **dovrebbe precederlo con discreto anticipo, in modo da offrire ad entrambe le parti il tempo per una minima riflessione**.

1-R10 – Alla luce delle evidenze riportate e dell'accertato danno arrecato alla popolazione, chiedo nuovamente alla Onorevole Corte, non solo di rivedere le posizioni assunte nel documento analizzato, costituente ulteriore appiglio per future

imposizioni illegali contro la popolazione ma, di analizzare, inoltre, le omissioni ed il comportamento che ha portato a decretare le imposizioni del Dgls Lorenzin, mancante ancora oggi di ben 2 RELAZIONI DI RIVALUTAZIONE TRIENNALI, in ottemperanza all'articolo 1, comma 3 bis del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modifiche nella legge n. 119 del 31 luglio 2017.

1.2. I COMITATI

Benchè in questi ultimi anni si sia fatto riferimento all'”Europa” come un ente lontano e distaccato è bene ricordare che, in quanto “Unione”, ogni decisione in ogni ambito viene discussa e votata in base al Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea, secondo cui i nostri rappresentanti **firmano impegni ed obblighi** a nome del popolo italiano, almeno fino ad oggi.

Come puntualizzato nelle innumerevoli linee guida degli psicopatici dell'OMS, nonostante i consigli e le raccomandazioni di esperti, gruppi, comitati, cabine di regia, e soprattutto le beote raccomandazioni di soggetti privati e stranieri, in ambito sanitario, **IL MINISTERO DELLA SALUTE, INDIRIZZATO DA VARI ORGANI CONSULTIVI, RIMANE IL SOLO RESPONSABILE** delle decisioni attuate (Beatrice Lorenzin, Roberto Speranza) e delle decisioni attuali e future (Orazio Schillaci), come evidenziato anche nel documento **SANTE/2020/C3043 – SI2.838335 “Advance Purchase Agreement for the development, production, priority-purchasing options and supply of a successful COVID-19 vaccine for EU Member States [1-A49]**, contratto con cui il governo delineava i requisiti per l'acquisto degli ultimi vaccini e **che ha segnato FINALMENTE la fine della fiducia nella medicina**, pubblicato a seguito di votazione in cui i nostri rappresentanti esprimevano parere contrario **[L] [1-A84]**.

The Commission, on behalf of the Participating Member States, declares that the use of Vaccines produced under this APA will happen under epidemic conditions requiring such use, and that the administration of Vaccines will therefore be conducted under the sole responsibility of the Participating Member States. Hence, each Participating Member State shall indemnify and hold harmless the Contractor, their Affiliates, sub-contractors, licensors and sub-licensees, and officers, directors, employees and other agents and representatives of each (together, the “Indemnified Persons”) from and against any and all liabilities incurred, settlements as per Article I.12.6, and reasonable direct external legal costs incurred in the defence of Third Party Claims (including

Data la rabbia della popolazione europea per la sofferenza imposta, tralasciando Africa, India e tutti i paesi la cui parola non arriverà mai da noi, il direttore dell'OMS

Tedros ha chiarito come l'OMS non abbia mai imposto chiusure, mascherine o vaccinazioni [0-V61]. Da sempre, l'OMS, organizzazione privata e senza nessun diritto di legiferare, ha solo emanato raccomandazioni, accettate ed imposte dalla Commissione Europea e dalle Autorità Sanitarie dei vari Stati Membri.

Tale responsabilità include anche la consapevolezza della possibile catastrofe globale a seguito della possibile trasmissione della proteina spike e dell'mRNA attraverso contatto o inalazione, o della possibilità di trasmissione di altri patogeni attraverso l'adenovirus, come specificato nello studio cardine **C4591001** PF-07302048 (BNT162 RNA-Based COVID-19 Vaccines) [L] [1-A84] nella sezione "8.3.5. *Exposure During Pregnancy or Breastfeeding, and Occupational Exposure*" [0-V50].:

A male family member or healthcare provider who has been exposed to the study intervention by inhalation or skin contact then exposes his female partner prior to or around the time of conception.

Una vasta platea di medici e ricercatori sostiene tale evenienza che, sebbene drammatica, almeno metterebbe anche gli illustri cattedratici e gli ignoranti al governo nello stesso pericolo procurato [0-V67].

Oltre al Ministero della Salute, tra tutti i destinatari elencati (la lista non è esaustiva), molti dei quali componenti il gruppo di lavoro sulla vaccinovigilanza [L], la presente è indirizzata principalmente ad AIFA (art. 5-bis Legge 31 luglio 2017, n. 119), **autorità sanitaria nazionale** e responsabile della farmacovigilanza e del coordinamento dei CRFV in base all'articolo 14 e 15 del Decreto 30 aprile 2015. **Autorità Sanitaria rappresentante il nostro Paese nelle decisioni comunitarie** attraverso i seguenti delegati che, assieme ad esperti provenienti dai vari Stati Membri, sono riuniti in **Comitati** (Reg. CE 726/2004, reg. CE 1901/2006, Reg. CE 1394/2007, Reg. UE 1235/2010).

Comitati sottoposti alle pressioni dei portatori di interesse ed ai dettami degli psicopatici, che, assieme già operano per l'utilizzo dei **real-world data (RWD) / real-world evidence (RWE)** per le sperimentazioni nel mondo reale, necessarie come copertura legale al cambio di normativa imposto, non considerando però la morte e sofferenza causata dalla sperimentazione umana reattiva ai veleni per la **SARS-COV2** [L]. Comitati già profusi nell'impegno in linea con l'"*European Medicines Regulatory Network (EMRN) strategy to 2025*", la "*Regulatory Science Strategy to 2025*" [L] e la "*Network Strategy to 2025*" [L], includente, quest'ultima, il "*Big Data Workplan 2023-2025*" [L]. Strategie discusse **prima**

del Covid e proposte dagli psicopatici facoltosi, inserite nell'agenda 2030 ed avallate nel 2020 grazie al covid dall'oggi noto ex Direttore Esecutivo di EMA, **dott. Guido Rasi** [\[1-A95\]](#).

Di seguito sono riportare alcune proposte degli stakeholders, discusse nel workshop del 2019 ed incluse nella nuova CRIMINALE "VISION" dopo il GVAP, con cui martorieranno l'umanità nel prossimo decennio.

Support innovative approaches to the development, approval and post-authorisation monitoring of vaccines	<ul style="list-style-type: none">▶ Establish a <u>platform for EU benefit-risk monitoring</u> of vaccines post-approval; nuova piattaforma, mentre Eudravigilance è ancora inefficiente▶ Communicate proactively with key stakeholders on benefit-risk using evidence-based tools to tackle vaccine hesitancy; riportare ai devianti la paura di morire a causa dei veleni▶ Examine innovative clinical trial approaches to expedite vaccine development; ancora più veloci! Siamo rimasti 10 anni senza farmacovigilanza e non sappiamo cosa sia successo a milioni di persone oggi, cosa accadrà domani?▶ Advance methods/tools to characterise immune response and support definition of vaccine quality attributes;▶ Foster the development of improved delivery systems based <u>on novel technologies</u>;▶ Engage with public <u>health authorities and NITAGs</u> to better inform vaccine decisions; il Ministero ed il gruppo NITAG, costringono all'inoculazione in base a supposti benefici economici▶ Advance understanding of the role of novel technology (such as platform technologies) in responding to <u>emerging health threats</u>, in order to ensure appropriate regulatory support and oversight;▶ <u>Harmonise the regulatory framework for vaccine clinical trials</u>, including during emergencies.
---	--

1.2.1. COMITATO PER I MEDICINALI PER USO UMANO (CHMP) [\[L\]](#)

Dott. Paolo Gasparini (membro permanente) [\[L\]](#)

Dott. Armando Genazzani (membro permanente precedente) [\[L\]](#)

Dott.ssa Maria Grazia Evandri (membro alternativo) [\[L\]](#)

Il CHMP, sentito il parere degli altri Comitati a seconda dei casi, è il **responsabile ultimo della valutazione del dossier (eCTD/CTD [\[L\]](#)) presentato dal Richiedente** e della raccomandazione inviata ad EMA. Nonostante la prassi della decadenza di responsabilità con la semplice dimissione dall'incarico, inserisco anche il dott. **Genazzani** in quanto nostro rappresentante sino a qualche mese fa e responsabile, dunque, delle decisioni passate, ovvero della situazione attuale.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Per il parere favorevole alla versione aggiornata (XBB.1.5) del veleno anti-covid utilizzato nella campagna 2023-2024 (parag 3.1), rivolta a tutti i soggetti a partire dai **6 mesi di età (mentre il mondo chiede il ritiro [1-V171] [1-V161] [L] [L] [1-A79] [L] [L] [1-V36] [1-Vr] ed i dati allarmanti aumentano [L] [1-A52])** risponde l'odierno rappresentante, il dott Gasparini.

Invio nuovamente a tutti i destinatari ed in particolare al **Ministro Schillaci, l'appello sottoscritto da oltre mille medici, letto in questo video dal dott. Massimo Citro [1-V106].** Invio, oltre alle migliaia di studi elencati nel seguito, un elaborato molto dettagliato sulla tossicità della piattaforma mRNA **[1-A82]**, redatto da scienziati provenienti da più di 30 Paesi e riuniti nell'organizzazione denominata **D4CE.org [L]**. Invito ad ascoltare le parole del Prof. emerito **Msayasu Inoue (non un buffone canoro qualunque), che chiede al mondo intero di unirsi contro i crimini che sono stati e verranno compiuti attraverso l'inoculazione di vaccini [1-V194].**

Puntualizzo, e descriveremo meglio dopo, che l'approvazione della nuova terapia avanzata (ATMP) aggiornata alle nuove varianti, costituisce una semplice valutazione **per comparazione col veleno precedente, senza l'effettuazioni di ulteriori studi clinici**, in quanto consistente in una variazione dell'RNA considerata variazione maggiore in base al Regolamento delegato 756/2021 (21 marzo 2021, quando si spergiurava che saremmo stati protetti per anni) per la modifica del regolamento (CE) n. 1234/2008.

Il Regolamento 756/2021 ha paragonato la **variazione dell'antigene** di un vaccino anti-influenzale (esigente un MASTER FILE dell'antigene allegato alla domanda in base alla parte III della direttiva CE 83/2001), alla **variazione di un codice** letto dalle nostre cellule **[L]**, producendo **una grave discrepanza** in parte attenuata **dall'emanazione, solo nel 2022, della Guideline on data requirements for vaccine platform technology master files (vPTMF) [L]**, mentre la popolazione era stata già inoculata con una tecnologia non classificabile nella codifica **ATC** utilizzata **[L]**. **Tecnologia non rientrante in nessuna definizione della direttiva CE 83/2001 menzionata nella Decisione della Commissione, se non quella di Terapia Avanzata, in particolare terapia genica, come definito tecnicamente all'interno della stessa linea guida.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

3. Nucleic acid vaccines:

Nucleic acid vaccines can be subdivided into DNA and mRNA categories, and their synthesis methods may be very similar.

Il 30 agosto 2023, dopo il parere favorevole del CHMP a seguito del consiglio del PRAC, l'EMA ha autorizzato [\[L\]](#) l'approvazione della terapia COVID19 adattata contro Omicron XBB.1.5. Nello stesso giorno veniva pubblicata la variazione dei termini dell'autorizzazione all'immissione in commercio EMEA/H/C/PSUSA/00010898/202212 [\[L\]](#).

Nelle conclusioni scientifiche presenti nell'allegato IV alla decisione, il CHMP, su consiglio del PRAC e **dopo la valutazione dei PSUR (che AIFA nega di avere in violazione dell'art. 25 del DM 30 aprile 2015)**, riteneva opportuno modificare gli allegati alla decisione, inserendo l'esito **FATALE** conseguente alla miocardite/pericardite.

Alla luce dei dati disponibili su miocardite e pericardite provenienti dalla letteratura e da segnalazioni spontanee, il PRAC ritiene che l'attuale avvertenza su tale rischio debba essere modificata per riflettere il decorso clinico e l'esito (incluso l'esito fatale, molto raro) di miocardite/pericardite associata a Comirnaty. Il PRAC ha concluso che le informazioni sul medicinale relative ai medicinali contenenti tozinameran, tozinameran/riltozinameran, tozinameran/famtozinameran debbano essere modificate di conseguenza.

Il giorno dopo, il 01 settembre 2023, risultavano disponibili gli RCP della versione aggiornata alla variante XBB.1.5 e rivolta ai soggetti a **partire dai 6 mesi di età**. Dunque, per questo e per quanto esposto nel paragrafo 3.1, in concomitanza all'approvazione, iniziava la consueta propaganda terroristica/umoristica autunno/inverno 2023-2024 [\[2-V110\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) ed il reclutamento, da parte delle case farmaceutiche, degli ultimi mercenari [\[2-V78\]](#), i quali, aventi delle possibili attenuanti nelle prime fasi dello scempio causato, oggi possono essere classificati o nella categoria dei caproni ignoranti o nella categoria della corrotta moralità [\[2-V97\]](#).

È ripartito quindi Burioni [\[2-V23b\]](#), uno dei maggiori informatori scientifici del governo **ed esempio della rappresentanza** della classe medica, con le dovute eccezioni, occupando negli ultimi tre anni il posto in prima serata su reti pubbliche ed oggi parlando a reti unificate (NOVE, DMAX, DISCOVERY ..) in uno dei salotti simbolo del degrado dell'informazione pubblica [\[2-V115\]](#). A causa degli impegni mondani e delle comparse televisive che hanno sottratto tempo prezioso all'esercizio della pratica medica, il dott. Burioni non era aggiornato sulle evidenze della **"inquietante"** incidenza di tumori nelle fasce più giovani. Recitando sempre ciò che scrivono in altri

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Paesi, come se le nostre autorità sanitarie non fossero mai esistite, **comunica alla popolazione** numeri del tutto incongruenti con quelli reperiti da altri colleghi nel passato, come ad esempio nel report della dott.ssa P. Gentilini pubblicato nella rivista “*Il Cesalpino*” nel Marzo 2018 [\[L\] \[1-A83\]](#), ovvero nel periodo in cui, ancora a contratto con le reti televisive, rilasciava interviste a sostegno del decreto Lorenzin. Anche nel 2018 al dott. Burioni era sfuggito **il dato allarmate, registrato in particolare in Italia**, nonostante la solita **penuria** di dati. La stessa dottoressa Gentilini, attento **Medico**, oncologa nel Comitato Scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute, che oggi pone, al pari di altri colleghi in tutto il mondo, inquietanti interrogativi sulla insorgenza ex novo di tumori anche molto aggressivi, o nella ripresa di tumori in precedenza guariti o comunque ben controllati [\[L\]](#). **La 1-metil-pseudouridina è oggi associata al potenziale incremento di metastasi in pazienti oncologici** [\[L\]](#).

Continua l'opera di distruzione delle fondamenta della medicina, instillando nella popolazione, oltre che **ribrezzo**, persino **paura**. Per il **terzo anno** consecutivo Burioni dichiara che la **VOSTRA** scienza non sappia ancora se il nuovo veleno aggiornato fermi la trasmissione del virus e che, nonostante in buona salute e nonostante le nuove varianti non costituiscano un pericolo, sarebbe meglio rinforzare il sistema immunitario ormai distrutto da 3/4/5 dosi di mRNA ed eccipienti, con una successiva dose **estremamente efficace e sicura**. Al contrario del collega Bassetti [\[2-V109\]](#), all'oscuro sugli aggiornamenti suggeriti dal PRAC (dott.ssa Cupelli), accettati dal CHMP (dott. Gasperini) ed ordinati al MAH dalla Commissione, Burioni parla del rischio **quasi nullo** della miocardite e pericardite nei giovani, per affievolire eventuali timori legati alle fake news sui malori improvvisi, dunque **mentendo pubblicamente** [\[L\] \[L\]](#).

1-R11 - Anticipo la richiesta che verrà riformulata alla fine del paragrafo 3.1. Chiedo la definizione dell'andamento del **quadro epidemiologico** dell'ultimo trimestre sino alla data di ricevimento della presente, mediante estrazione dei dati relativi ai casi di infezioni covid, completi della quota di genotipizzazione (convalidata dalla rete dei laboratori Regionali di Riferimento LRR organizzata dall'ISS e denominata MoRoNET) e dei relativi decessi. Dati inviati all'ECDC a norma del regolamento UE 2022/2371 e dettagliati almeno a livello NUTS II in base al Regolamento (CE) n. 1059/2003, come modificato dalla classificazione NUTS 2021.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Tralasciando Bassetti, Burioni & Co ed anche se, per il momento, **ad esclusivo vantaggio legale del Titolare dell'AIC** (che gestisce il proprio rischio con la solita modifica dell'RCP), sono lieto che finalmente si sia preso atto della possibilità di **MORTE** a seguito di miocardite/pericardite, eventualità ormai conclamata dai necrologi giornalieri senza bisogno di prove scientifiche [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-V1\]](#) [\[1-V1a\]](#), prove statistiche [\[1-V27\]](#) o addirittura delle ammissioni da parte del direttore **Francesco Vaia, dopo 4 mesi dalla modifica** [\[2-V62\]](#). La gente muore nel sonno, si accascia per strada o mentre è alla guida, suscitando perplessità e timori nell'opinione pubblica, la quale chiede chiarezza [\[L\]](#).



Pena il mancato accesso a fondi, molti Sindaci rimuovono cartelloni e affissioni che testimoniano la rabbia dei cittadini, come questo nel comune di Teramo, violando il **principio di tutela della salute pubblica** a cui sono chiamati a rispondere.



Non potendo procrastinare ancora le autopsie e le indagini, nonostante i vili tentativi confondenti dell'informazione pubblica [\[1-Vuy\]](#) [\[1-Vu\]](#) [\[1-Vw\]](#) [\[1-Vy\]](#), e dopo aver sospeso i medici che le richiedevano [\[L\]](#), né **si propone addirittura l'obbligatorietà**.

Tuttavia, le evidenze e gli studi in letteratura sono così numerosi (**link contenente centinaia di studi su correlazione tra terapia modRNA e patologia [L], questo per ultimo [L]**) che occorre evitarli. Il famoso cardiologo Dr Peter Mc Cullough parla di circa **3.400 studi rivisti** che riassumo 4 **macrodomini** di insorgenza di patologie tra cui il dominio cardiovascolare, oltre al dominio neurologico, coagulazione ed il grande dominio di anomalie immunologiche **[1-Vo] [1-V41]**, tra cui **menziona i soppressori p53 e BRCA, coresponsabili dell'aumento dei casi di tumore [1-V74]**. Domini perfettamente descritti dalle oltre **2.100 pagine** di report di pazienti canadesi deceduti a seguito della vaccinazione anti Covid-19 **[L] [1-A100]**.

Per contrastare questa smisurata evidenza, nella *PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI LACARRA, CARÈ, SERRACCHIANI [L]*, si tenta di **indirizzare** il percorso di indagine autoptico verso la ricerca di patologie nascoste di origine genetica e risalenti agli albori dell'albero genealogico del defunto, ma utilizzando evidenze scientifiche acquisite sino al 2017, **“invitando” ad escludere tutti i possibili fattori scatenanti dell'era covid, ossia il siero miracoloso**.

ACCERTAMENTI *POST-MORTEM*

Indagine autoptica:

analisi macroscopica secondo le Linee guida per l'indagine autoptica della morte cardiaca improvvisa, aggiornamento 2017, dell'Associazione per la patologia cardiovascolare europea, ed esclusione di altre cause di morte improvvisa;

In tal modo, non si terrà conto delle evidenze scaturite da indagini che nulla avevano a che fare con problematiche cardiache ma che, a seguito di tomografia computerizzata a emissione di positroni con fluordesossiglucosio (FDG), **[L] [L] [L]** si evidenzia come la captazione di FDG sia un indicatore di infiammazione dei tessuti. **Nessuno dei 700 vaccinati aveva sintomi cardiaci**, il che significa **che la vaccinazione si associa con elevatissima frequenza a quadri infiammatori silenti e potenzialmente subdoli che si protraggono per mesi**. Forse proprio tali evidenze hanno portato il Ministro a decretare (decreto 7 aprile 2023) **sull'utilizzo dei defibrillatori semi-automatici e automatici esterni (DAE)** da parte di società sportive che usufruiscono di impianti sportivi pubblici.

Inoltre, si chiede che le indagini siano svolte da un comitato tecnico nominato e diretto dall'imparziale Istituto Superiore di Sanità, della cui imparzialità, scientificità ed inutilità, si daranno esempi di seguito.

Nel gennaio 2022, i funzionari della FDA hanno ordinato a Moderna di condurre tre studi prospettici sulla miocardite subclinica, o **infiammazione del cuore senza sintomi**, dopo la vaccinazione di richiamo COVID-19. Uno studio, mRNA-1273-P204, per esaminare l'incidenza della miocardite subclinica nei bambini di età compresa tra **6 mesi e 11 anni**. Un altro, mRNA-1273-P203, per esaminare l'incidenza negli adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni. Il terzo, mRNA-1273-P301, per esaminare l'incidenza negli adulti [\[L\]](#) [\[1-A00\]](#).

Moderna ha condiviso i risultati dello studio P203 con l'FDA, la quale ha rifiutato di pubblicare i dati anche a seguito della richiesta FOIA [\[L\]](#) presentata da THE EPOCH TIMES [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Pochi giorni dopo la scrittura di questo paragrafo, dopo essermi imbattuto nella proposta di legge, ho accennato ad un sorriso di rassegnazione e sconforto nel leggere l'ennesima vergogna. I neanderthalesi tuttavia non concordano con lo studio proposto dall'istituto Negri [\[1-Va\]](#) [\[1-Vb\]](#).

Salute La covid grave in Val Seriana dipese in parte dai geni Neanderthal

All'ecatombe di covid nella provincia di Bergamo contribuirono una serie di variazioni genetiche ereditate dai Neanderthal: lo studio dell'Istituto Mario Negri.



Nel caso possa interessare all'istituto Mario Negri e comunque a tutti, per cultura personale, allego lo studio sulle **365 autopsie**, pubblicato e poi censurato da Lancet [\[1-A0\]](#) [\[1-VV1\]](#). Allego inoltre un interessante studio sull'autopsia di 20 persone vaccinate e 5 non vaccinate, da cui, in concomitanza con lo studio del nostro prof. Bellavite [\[L\]](#), si può dedurre la **pericolosità dell'inoculazione in soggetti con cicatrizzazioni cardiache precedenti** [\[L\]](#), pericolosa associazione confermata dall'ultimo studio coreano [\[L\]](#). Comprensibilmente, è risaputo che i responsabili sanitari passino più tempo a reperire fondi che nell'esercizio della pratica medica e per questo consiglio, ai destinatari della presente, la lettura del testo "**Malattie del cuore di BRAUNWALD 12esima ed. 2024**", di cui allego l'indice relativo al capitolo

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

denominato "cause determinanti e concomitanti di morte cardiaca improvvisa", sperando di fare cosa gradita che possa essere di aiuto [\[1-A104\]](#).

Se lo scopo dell'autopsia fosse quello di cercare una possibile correlazione e non cercare di **occulare la più probabile**, basterebbe valutare la presenza di mRNA nel miocardio [\[L\]](#), o una vera analisi **scientifica** come questa [\[L\]](#). **Tuttavia, per attuare il SACROSANTO PRINCIPIO DI PRECAUZIONE attivando l'articolo 32 del DM 30 aprile 2015, sarebbe bastato non solo analizzare i dati di farmacovigilanza ai sensi dell'articolo 31 del dello stesso decreto, ma soltanto leggere i risultati delle indagini autoptiche contenute nei rapporti periodici di sicurezza. Nel PSUR 3 (dopo menzionato), in relazione alle cause di decesso, era dichiarato (pag 286):**

Autopsy results were provided in 165 cases and the most commonly reported (≥ 7 occurrences) were: Pulmonary embolism (22), Myocarditis (18), Pulmonary oedema (12), Arteriosclerosis coronary artery, Myocardial infarction, Myocardial ischaemia (10 each), Acute myocardial infarction, Arteriosclerosis (9 each), Arrhythmia, Death (8 each), Cardiac failure (7).

11 Ottobre 2023



Morta per un malore (fra pochi giorni avrebbe compiuto 15 anni). Aveva dolori lancinanti alla testa. Il sindaco: «Lutto devastante»



Il malore e la corsa disperata in ospedale, Soleil muore a 19 mesi tra le braccia dei genitori



Si accascia all'improvviso e muore durante la sagra: Mariarosa aveva 23 anni, choc a Salerno

Napoli, studente dell'Umberto stroncato da un infarto a 17 anni

Il dolore dei compagni: mobilitazione domani all'esterno dell'istituto



Domenica 17 Settembre 2023, 20:42 - Ultimo agg. 20:46



Gazzetta del Sud online

Tragedia a Bovalino, ragazzo di 13 anni muore d'infarto nel sonno

Cronaca 17 OTTOBRE 2023 - 03:30

I familiari **attendono** i risultati di alcune autopsie disposte dalla magistratura a seguito del decesso improvviso di giovani sani, come da ultimo:

LA TRAGEDIA



Bari, colpito da malore durante un bagno in piscina: muore 27enne. Tragedia al circolo sportivo Villa Camilla



di Enrico Filotico

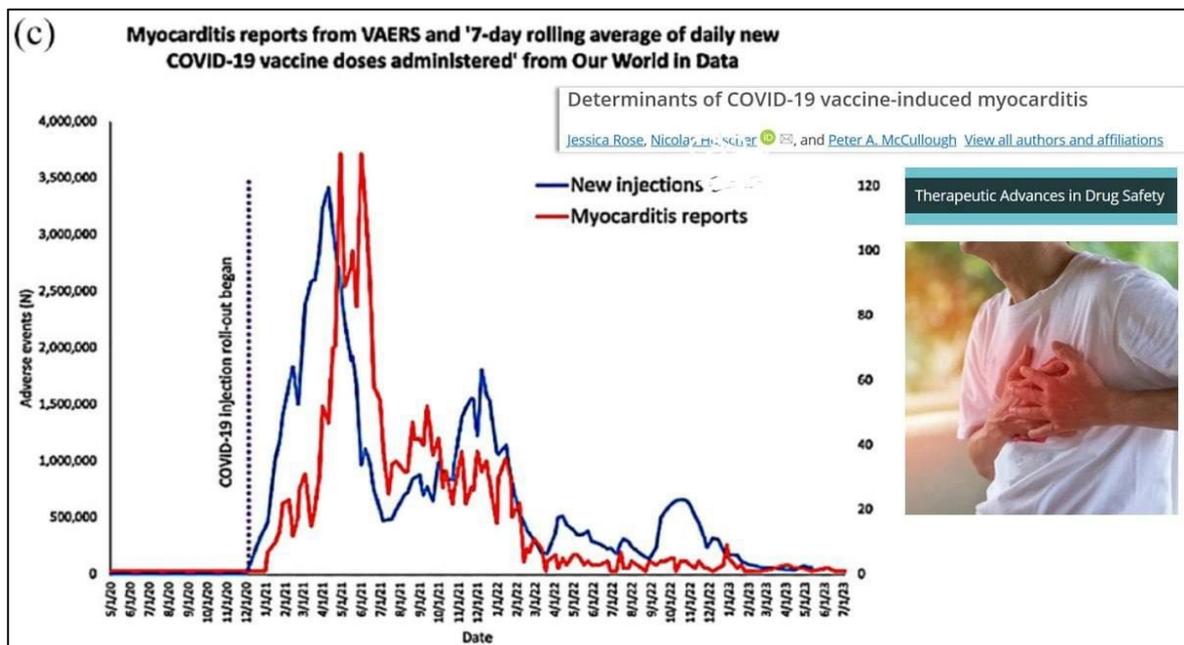
10 dicembre 2023, 15:58 - Aggiornata il 10 dicembre 2023, 17:12

Un uomo di **27 anni** è morto dopo aver accusato un malore **nella piscina di Villa Camilla**, un circolo sportivo tra i più esclusivi di Bari, al quartiere Poggiofranco. Il giovane è stato immediatamente soccorso dai bagnini e sul posto sono intervenuti i soccorritori del 118, che hanno tentato di rianimare il 27enne. Le operazioni si sono protratte per circa 40 minuti anche con l'impiego di un defibrillatore, ma non c'è stato niente da fare. Avviate indagini da parte dei carabinieri. **Sulla vicenda è stata aperta un'inchiesta da parte della Procura**, che ha disposto l'autopsia. L'esame autoptico sarà eseguito il 12 dicembre.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



I dati del VAERS (perché EudraVigilance non funziona) mostrano inconfutabilmente la correlazione temporale [\[L\]](#).



Ad oggi si contano circa 200 video, riassunti i malori improvvisi settimanali. E' inutile inserirli tutti:

n.129 – malori registrati dal 9/9/23 al 11/9/23 [\[1-V\]](#),

n.162 – malori registrati dal 26/12/23 al 28/12/23 [\[1-V104\]](#),

n.163 – malori registrati dal 29/12/23 al 01/01/24 [\[1-V105\]](#),

Riguardo le autopsie, parrebbe che la mutazione sintetica del gene MSH3, sequenza cancerogena, sia stata brevettata da Moderna nel 2018 [\[L\]](#). Tale sequenza si trova nella codifica della proteina spike del virus (wuhan) [\[L\]](#). Del resto, anche il **dott.**

“Pandemia dei bambini”, a marzo 2022, sosteneva una possibile manipolazione del virus [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Dopo la tragedia dell'autobus precipitato a Mestre [\[1-Vst\]](#), **ultima di una lunga lista** e su cui si impone un altro segreto [\[1-Vs\]](#), oltre a fermare i cortei di gente che chiede verità, tacciandoli come i soliti no-vax [\[1-Và\]](#), suggerisco di consigliare almeno agli autisti, piloti, guidatori ed atleti un **esame della troponina** [\[1-Vg\]](#), dato l'ormai drammatica incidenza di miocardite attestata nel 20% delle persone inoculate e rilevata in ogni parte del mondo [\[1-V23\]](#) [\[1-V24\]](#) [\[1-V25\]](#) [\[1-V26\]](#). **A riguardo, potrebbero essere utili i risultati dello studio della stessa Pfizer, la quale ha valutato un marcatore di danno cardiaco, la troponina I, in bambini di età compresa tra 5 e 15 anni, studio avviato subito prima del lancio dei vaccini nei bambini** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-A103\]](#). Altri esami, (dopo **7 mesi** dalla modifica dell'RCP) sono consigliati dalla prof.ssa **Savina Nodari** nella trasmissione “Elisr”, la quale, con estrema cautela ed indirizzata dalle “oche siliconate”, conferma l'insorgenza della patologia vaccinale, sfatando inoltre la menzogna delle miocarditi benigne (cit. Burioni) [\[1-V185\]](#).

Le case farmaceutiche si auto-assegnano PREMI NOBEL (Karikò vice presidente Pfizer), elogiando, in maniera a dir poco **macabra**, una terapia che rappresenta la causa dell'abnorme incidenza della patologia a cui la terapia era rivolta, il cancro [\[L\]](#). Una terribile malattia che non sarà mai sconfitta perché, insieme ad altra sofferenza, sono linfa vitale per l'industria farmaceutica [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Ricordo che il Karolinska Institute è finanziato dalla stessa Pfizer, oltre che dal solito Bill Gates, Wallenberg ed altri esponenti del WEF [\[L\]](#). **Inoltre, l'istituto è parte dei numerosi progetti atti alle proliferazioni di tali armi biologiche, come ad esempio il progetto VACCELERATE, una piattaforma che collega tutte le parti coinvolte nello sviluppo dei vaccini in Europa e finanziato dalla UE, ossia dai soggetti devianti** [\[L\]](#).

Anche il nostro Paese, come sempre, partecipa a tale progetto attraverso Università Degli Studi Di Verona, a cui la magnanima UE ha donato circa €100.000,00. La stessa Università, che esprimeva la sua convintissima e scientifica adesione alla campagna inoculatoria [\[L\]](#), era impegnata nello sviluppo del **vaccino italiano Reithera, progetto concluso miseramente con un enorme sperpero di risorse**

pubbliche [L] dopo la sperimentazione di fase I su centinaia di soggetti la cui sorte è sconosciuta.

Il Nobel blinda la tecnologia dei futuri vaccini

La Karikó, premiata con Weissman, ha alle spalle anni di fallimenti e finanziamenti tagliati. Fino alla sua entrata in Biontech e l'accelerata, causa pandemia, ai sieri a mRNA. Su cui si baseranno i prossimi farmaci, malgrado i dubbi negli ambienti scientifici

di MADDALENA LOY



Le coreografie «ola» che stanno accompagnando il conferimento del Premio Nobel per la medicina a Katalin Karikó e Drew Weissman restituiscono alla perfezione il grado di cognizione di cui ormai «gode» la ricerca scientifica in Paesi come l'Italia: da

gli anni Novanta, ma hanno aspettato fino al 2007 prima di avviare i primi piani commerciali, ricevendo subito 150 milioni di euro di sovvenzioni.

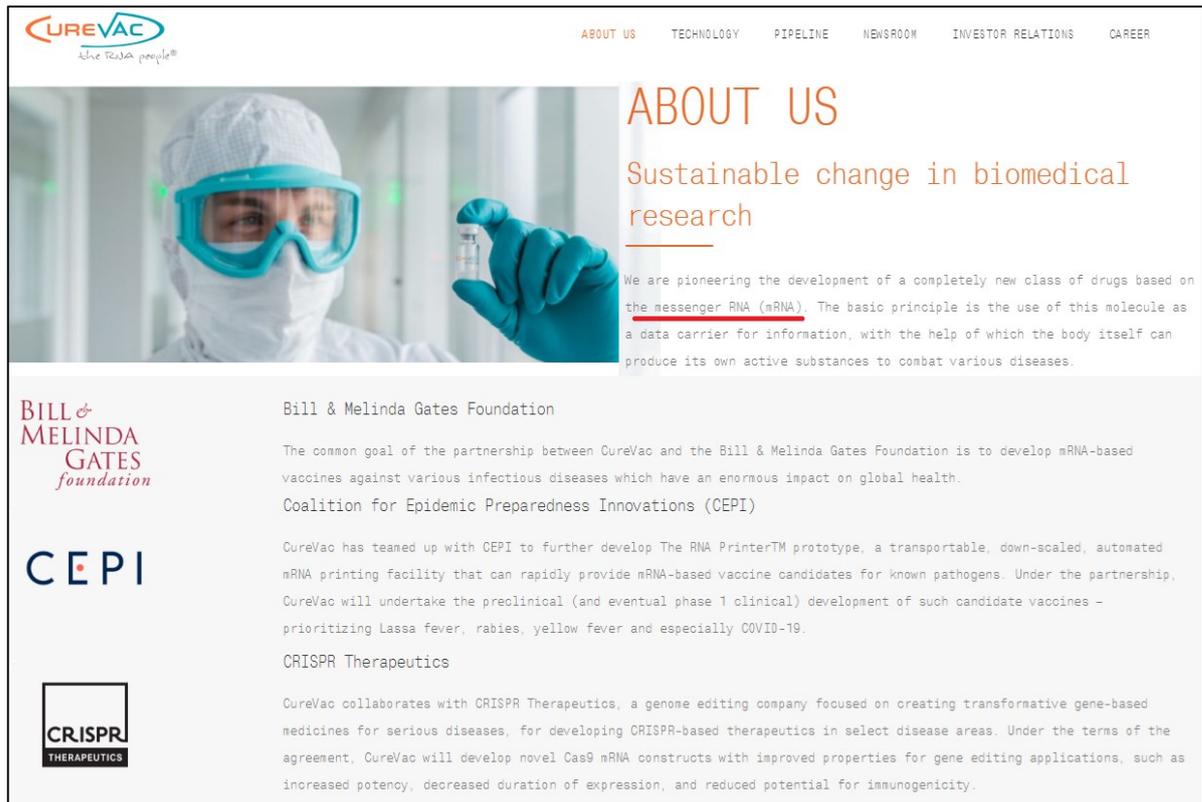
Lo stesso anno, Karikó e Weissman fondano la RNARx che riesce ad assicurarsi soltanto una modesta somma d'incoraggiamento dal governo Usa (97.396 dollari). È in questi anni che l'impresa di curare i malati fa i conti con

IL NOBEL SERVE SOLO A “PROTEGGERE” LA NUOVA TECNOLOGIA DA UN POSSIBILE RITIRO [1-Vv] [1-Vvw], RITIRO CHE CAUSEREBBE LA FINE DEI PIANI DI CONTROLLO DEL NOSTRO CORPO, OLTRE CHE DELLA NOSTRA VITA.

Lo stesso Nobel **Drew Weissman** dichiarava, nel 2018, che tale tecnologia fosse destinata a costituire la nuova era della vaccinologia [L], nonostante i dubbi ancora presenti e le scarse risorse necessarie alla ricerca. I vaccini per l'HIV erano falliti miseramente (soprattutto quelli con tecnologia mRNA [L]), causanti più eventi avversi degli attuali. Vari metodi erano stati sperimentati, come l'inserimento di “device” molecolari (cristalli semiconduttori di Ag4O4). Questo accadeva nel 1997 [L].

Lo sviluppo decollò solo quando la **DARPA** iniziò a finanziare la ricerca [L], ma con risultati quasi nulli e pericolosi [1-V30]. Nel 2012 la DARPA iniziò a investire nello sviluppo di vaccini a DNA o RNA [L]. Il progetto **ADEPT (Autonomous Diagnostics to Enable Prevention and Therapeutics)**, avviato nel 2012, [L] [L] [L] oggi beneficia della propizia emergenza che ha consentito l'autorizzazione di nuove piattaforme, ormai unico obiettivo della scienza finanziata dagli psicopatici devianti [L], non curante dell'eccidio causato.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



CUREVAC
Save lives. people®

ABOUT US TECHNOLOGY PIPELINE NEWSROOM INVESTOR RELATIONS CAREER

ABOUT US

Sustainable change in biomedical research

We are pioneering the development of a completely new class of drugs based on the messenger RNA (mRNA). The basic principle is the use of this molecule as a data carrier for information, with the help of which the body itself can produce its own active substances to combat various diseases.

BILL & MELINDA GATES foundation

Bill & Melinda Gates Foundation

The common goal of the partnership between CureVac and the Bill & Melinda Gates Foundation is to develop mRNA-based vaccines against various infectious diseases which have an enormous impact on global health.

CEPI

Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)

CureVac has teamed up with CEPI to further develop The RNA Printer™ prototype, a transportable, down-scaled, automated mRNA printing facility that can rapidly provide mRNA-based vaccine candidates for known pathogens. Under the partnership, CureVac will undertake the preclinical (and eventual phase 1 clinical) development of such candidate vaccines – prioritizing Lassa fever, rabies, yellow fever and especially COVID-19.

CRISPR THERAPEUTICS

CRISPR Therapeutics

CureVac collaborates with CRISPR Therapeutics, a genome editing company focused on creating transformative gene-based medicines for serious diseases, for developing CRISPR-based therapeutics in select disease areas. Under the terms of the agreement, CureVac will develop novel Cas9 mRNA constructs with improved properties for gene editing applications, such as increased potency, decreased duration of expression, and reduced potential for immunogenicity.

Gli investimenti della DARPA in questo ambito hanno portato, con la società Moderna come esecutore a contratto, a una prima sperimentazione sull'uomo con un vaccino a RNA nel 2019. In risposta alla COVID-19, Moderna nel marzo 2020 ha avviato sperimentazioni sull'uomo di “vaccini” per la proteina spike. La mancata divulgazione di finanziamenti federali ha causato alla casa farmaceutica problemi legali [\[1-A65\]](#).

Lo sviluppo di piattaforme innovative per la terza era farmacologica è in essere da anni e vede coinvolti, oltre allo Stato e le Regioni, molti istituti di ricerca assieme a grandi aziende farmaceutiche (Sclavo) ed aziende familiari, costituite in s.r.l ma che fatturano centinaia di milioni e partecipano a progetti rilevanti di ricerca, finanziati dalla Comunità europea. La Dompè

Come ulteriore esempio della necessità della nuova tecnologia e dei tanti progetti ormai avviati ed intoccabili, nel 2022 la DARPA aveva lanciato un nuovo progetto di biolaboratori nello spazio **cislunare** e oltre, naturalmente con il nobile scopo di scoprire nuovi materiali fondamentali per la sicurezza nazionale [\[L\]](#).

Il **vergognoso Nobel** serve a proteggere la tecnologia perché sono già in essere da anni gli investimenti ed i lavori dei soliti padroni psicopatici [\[1-Vgg\]](#). Il premiato Dr.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Drew Weissman accennava a tale tecnologia nel 2014, definendone potenzialità e limiti [\[L\]](#), mentre nel 2018 la utilizzava in qualche topo ed un paio di scimmie [\[L\]](#).

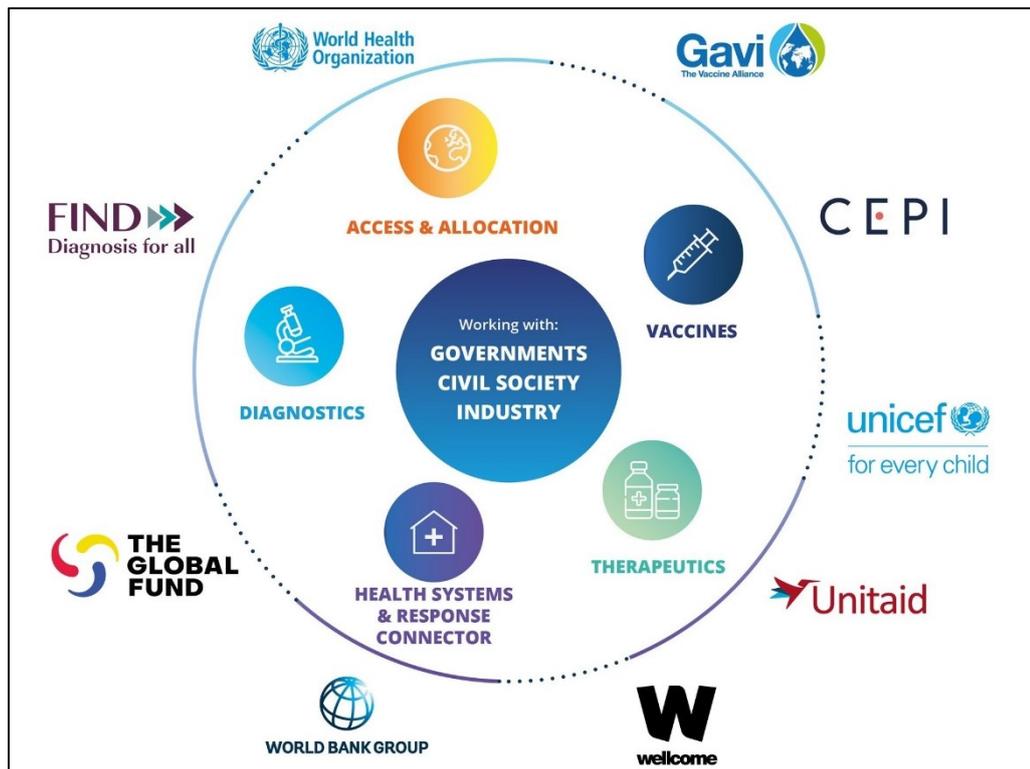
[Published: 12 January 2018](#)

mRNA vaccines – a new era in vaccinology

[Norbert Pardi](#), [Michael J. Hogan](#), [Frederick W. Porter](#) & [Drew Weissman](#) 

[Nature Reviews Drug Discovery](#) **17**, 261–279 (2018) | [Cite this article](#)

Di seguito il logo della **GAVI**, rappresentante la commistione delle varie organizzazioni. Una commistione ancora superficiale, perché andando ancora più a fondo, ogni ente benefico è a sua volta partecipato da tutti gli altri ed aventi sempre come “direttore artistico”, Bill deviato Gates”, **la mano armata di siringa** del dell’OMS e del WEF [\[L\]](#) [\[1-V87\]](#).



Aggiungendo a questi enti umanitari l’FDA e l’EMA, si ottiene la coalizione chiamata **Scientific Advisory Commettee**, ossia l’ente decisore della nostra salute in caso di “possibili” pandemie ed organo consultivo all’interno della stessa **CEPI**. Dunque, **la nostra salute** è governata da soggetti privati e case farmaceutiche [\[L\]](#) che conducono da anni pericolosi studi su guadagno di funzione, creando pericolose

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

chimere e preannunciando prossime pandemie, per le quali si inizia a legiferare (**Piano nazionale di comunicazione del rischio pandemico** [\[1-A67\]](#))

Nel 2019, dopo la ristrutturazione del Regolamento CE 726/2004 ad opera del Regolamento UE 2019/5 che introduceva la “**propizia**” base legale per l’approvazione della piattaforma mRNA (art. 14-bis), lo **psicopatico criminale Bill Gates** [\[1-V33\]](#) [\[1-V162\]](#), presente in ogni organizzazione umanitaria oggi conosciuta [\[1-Vtt\]](#), opzionava la vendita di **3.038.674** azioni per un valore di **49.8 milioni** di euro, alla fondazione **BILL & MELINDA GATES FOUNDATION** [\[L\]](#), come riportato nel *FORM F-1 Registration Statement* (F-1 1 d635330df1) [\[1-A0e\]](#) depositato presso la “*Securities and Exchange Commission*” il 9 settembre 2019. **Azioni oggi miliardarie** [\[1-Vss\]](#).

RIVOLGENDOMI A TUTTE LE ISTITUZIONI CHE HANNO MENTITO ALLA POPOLAZIONE, PARAGONANDO UNA TERAPIA GENICA ALLA COMUNE ASPIRINA [\[1-Vsz\]](#), TACCIANDO DI COMPIOTTISMO MEDICI CHE AVVISAVANO DELLA PERICOLOSA NATURA DEL NUOVO PRO-FARMACO, RIPORTO LA CLASSIFICAZIONE DELLA PIATTAFORMA MRNA (E LE FUTURE INTESE) CON LE STESSE PAROLE DEL DOTT. WEISSMAN A CUI OGGI E’ STATO CONFERITO UN NOBEL PER L’ECCIDIO CAUSATO [\[L\]](#) [\[1-A0c\]](#).

Regulatory aspects

There is no specific guidance from the FDA or European Medicines Agency (EMA) for mRNA vaccine products. However, the increasing number of clinical trials conducted under EMA and FDA oversight indicate that regulators have accepted the approaches proposed by various organizations to demonstrate that products are safe and acceptable for testing in humans. Because mRNA falls into the broad vaccine category of genetic immunogens, many of the guiding principles that have been defined for DNA vaccines¹⁶² and gene therapy vectors^{163,164} can likely be applied to mRNA with some adaptations to reflect the unique features of mRNA. A detailed review of EMA regulations for RNA vaccines by Hinz and colleagues highlights the different regulatory paths stipulated for prophylactic infectious disease versus therapeutic applications¹⁶⁵.

Regardless of the specific classification within existing guidelines, some themes can be observed in what is stated in these guidance documents and in what has been reported for recently published clinical studies. In particular, the recent report of an mRNA vaccine against influenza virus highlights preclinical and clinical data demonstrating biodistribution and persistence in mice, disease protection in a relevant animal model (ferrets), and immunogenicity, local reactogenicity and toxicity in humans²². As mRNA products become more prominent in the vaccine field, it is likely that specific guidance will be developed that will delineate requirements to produce and evaluate new mRNA vaccines.

Recentemente è stato pubblicato su ResearchGate un articolato commento di David Wiseman e collaboratori [\[L\]](#) allo studio di Mulroney e coll., pubblicato da Nature il 6 dicembre scorso [\[L\]](#). Tale studio aveva trovato prove, nei topi e negli esseri umani, della lettura errata del modRNA contenuto nel “vaccino” Pfizer

COVID-19 la quale produceva inavvertitamente proteine “fuori bersaglio” in grado di suscitare risposte immunitarie “fuori bersaglio” [L].

RIVOLGENDOMI A TUTTE LE ISTITUZIONI CHE HANNO MENTITO ALLA POPOLAZIONE ASSICURANDO ASSOLUTA SICUREZZA, IN PARTICOLARE AI COMITATI ELENCATI A CUI È STATA DEMANDATA LA VALUTAZIONE PER L'AUTORIZZAZIONE (COMITATI CHE HANNO ACCETTATO PER CONTO DELLA POPOLAZIONE IL RISCHIO DI PROCESSI AUTOIMMUNI DA VALUTARE IN SEGUITO CON L'OBBLIGO SPECIFICO SO1, OLTRE A RISCHIO TROMBOTICO E DI INFIAMMAZIONE) RIPORTO LE PREOCCUPAZIONI, NEL 2018, DEL PREMIO NOBEL DREW WEISSMAN, A CUI E' STATO CONFERITO IL NOBEL PER L'ECCIDIO CAUSATO.

Several different mRNA vaccines have now been tested from phase I to IIB clinical studies and have been shown to be safe and reasonably well tolerated (TABLES 2,3). However, recent human trials have demonstrated moderate and in rare cases severe injection site or <u>systemic reactions for different mRNA platforms</u> ^{22,91} . <u>Potential safety concerns that are likely to be evaluated in future preclinical and clinical studies include local and systemic inflammation, the biodistribution and persistence of expressed immunogen, stimulation of auto-reactive antibodies and potential toxic effects of any non-native nucleotides and delivery system components.</u> A possible concern could be that some mRNA-based vaccine platforms ^{54,166} induce <u>potent type I interferon responses</u> , which have been associated not only with inflammation but also <u>potentially with autoimmunity</u> ^{167,168} .	Thus, identification of individuals at an increased risk of autoimmune reactions before mRNA vaccination may allow reasonable precautions to be taken. Another potential safety issue could derive from the presence of extracellular RNA during mRNA vaccination. <u>Extracellular naked RNA has been shown to increase the permeability of tightly packed endothelial cells and may thus contribute to oedema</u> ¹⁶⁹ . Another study showed that extracellular RNA promoted <u>blood coagulation and pathological thrombus formation</u> ¹⁷⁰ . Safety will therefore need continued evaluation as different mRNA modalities and delivery systems are utilized for the first time in humans and are tested in larger patient populations.
---	---

La menzogna ha pervaso ogni parola pronunciata e scritta, compresa la problematica della persistenza della proteina espressa, ossia la spike che continua per mesi a danneggiare la gente. Espressione prolungata assicurata dalla persistenza prolungata dell'mRNA, grazie alla presenza di pseudouridina al posto di uridina, ovvero la grande “trovata” per cui è stato assegnato il Nobel a Weissmann e Karikò. Tale innovazione consente di aumentare la permanenza del modRNA iniettato ma, a causa del framashifting ribosomiale, può comunque portare ad errate “letture di sequenze, GIÀ INCLUSE come rischio nell'ultimissima linea guida “*vaccine platform technology master files (vPTMF)*” [L], ovvero l'obbiettivo per il quale è stato perpetrato un tale genocidio (art. Il convenzione per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio 1948).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

The RNA contains modified N1-methylpseudouridine instead of uridine to minimise the indiscriminate recognition of the mRNA by pathogen-associated molecular pattern receptors (e.g. TLRs).

Lo studio pubblicato il 6 dicembre 2023 [\[L\]](#), attribuisce al veleno anti-covid errori di traduzioni a causa di slittamenti dei ribosomi che generano proteine Spike anomale e compromettono la risposta immunitaria, proprio per l'utilizzo della 1-metil-pseudouridina [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). La 1-metil-pseudouridina è oggi associata al potenziale incremento di metastasi in pazienti oncologici [\[L\]](#).

Il dott. Peter McCullough, durante un'audizione sulle lesioni da vaccino COVID-19, ha testimoniato di aver rinvenuto, dopo la vaccinazione, coaguli di sangue di 60 cm [\[1-V145\]](#). Stesse drammatiche evidenze riscontrate dal chirurgo brasiliano Elizeu da Sousa [\[1-V148\]](#) ed dal Dr. Reitz [\[1-V163\]](#).

1-R12 - I timori del premio Nobel Montagnier [\[1-V100\]](#) riguardo la promozione di trombi e coaguli possono essere confermati dalle seguenti analisi e studi effettuati da nostri Medici [\[1-Vvvv\]](#) [\[1-V183\]](#) [\[1-Vvz\]](#) [\[1-V91\]](#) [\[1-V141\]](#).?

A questo occorre aggiungere tutto ciò che riguarda il mezzo di consegna, ossia gli eccipienti (ALC-0315 ALC-0159) mai testati sull'uomo ma dichiarate "nuove sostanze" [\[L\]](#), anch'essi soggetti alla valutazione successivamente alla sperimentazione sulla popolazione (Obbligo Specifico SO4 e SO5) in quanto la sperimentazione pre-clinica era inesistente, come da sezione 4 del CTD [\[L\]](#) [\[1-A0d\]](#). Materiali, la cui biodistribuzione attraverso il sistema linfatico e plasma e tessuti i n genere, era conosciuta da un decennio [\[L\]](#), assieme la elevata degradabilità dell'mRNA oltre alle problematiche del targeting, oggi in studio [\[L\]](#).

Mentre i giullari di corte continuano l'opera ingannatoria, elogiando l'odierno Nobel e deridendo tutti gli altri (Montagneir, Rault, Malon), sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità [\[L\]](#) vengono oggi pubblicati i **REPORT SULL'INCIDENZA DEI TUMORI NEGLI ANNI 2021 [\[L\]](#) [\[1-A0a\]](#) e 2022 [\[L\]](#) [\[1-A0b\]](#).**

Mentre pareri scientifici provenienti da tutto il mondo, concordemente e con evidenze, imputano un effetto cancerogeno alla terapia avanzata anti-covid [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-Vc\]](#), il ministro Schillaci non ha spiegazione per l'aumento assoluto a 390.700 casi di tumore nel 2022 e suppone, come causa, il solito

invecchiamento della popolazione ANCHE QUANDO L'INCIDENZA MAGGIORE È RISCONTRATA NELLE FASCIE PIÙ GIOVANI [L](#).

L'aumento a 390.700 del numero assoluto dei casi nel 2022 pone interrogativi per i quali attualmente non ci sono risposte esaurienti. Queste stime per l'Italia per il 2022 sembrano indicare un aumento del numero assoluto dei tumori, in gran parte legato all'invecchiamento della popolazione, in apparente contrasto con l'andamento decrescente dei tassi di incidenza osservato dopo aggiustamento per età. Una osservazione che invita sempre di più a rafforzare le azioni per contrastare il ritardo diagnostico e per favorire la prevenzione secondaria e soprattutto primaria, tramite il controllo dei fattori di rischio a partire dal fumo di tabacco, dall'obesità, dalla scarsa attività fisica, dall'abuso di bevande alcoliche e dalla necessità di favorire le vaccinazioni contro le infezioni note per causare il cancro.

Anche uno dei maggiori informatori della nuova scienzah pare oggi confuso:

Tumori, dal 2000 boom casi nei giovani. Burioni: "Dato inquietante"



1-R13 - Chiedo cortesemente al Ministro Schillaci un chiarimento su tali affermazioni ed un parere sulla plausibilità che questa sofferenza possa essere indotta dalla campagna di inoculazioni, in considerazione delle evidenze e delle dichiarazioni di medici da ogni parte del mondo [L](#) [L](#) [L](#) [L](#) [\[1-V179\]](#) [\[1-V169\]](#) [\[1-V158\]](#) [\[1-V49\]](#) [\[1-V46\]](#) [\[1-V46\]](#) [\[1-Vd\]](#) [\[1-Ve\]](#) [\[1-Vf\]](#) [\[1-Vg\]](#) [\[1-Vh\]](#) [\[1-Vi\]](#) [\[1-VI\]](#) [\[1-Vm\]](#) [\[1-Vn\]](#) [\[1-Vp\]](#) [\[1-Vt\]](#) [\[1-Vk\]](#) [\[1-Vù\]](#) [\[1-Vè\]](#) [\[1-Vò\]](#) [\[1-V \]](#) [\[1-Vdd\]](#) [L](#) [L](#) [L](#) [L](#) (la nostra dott.ssa Bolgan nel 2021 [\[1-V77\]](#)). Uno studio di pochi mesi fa indaga l'accelerazione di un cancro facciale a seguito della somministrazione del veleno anti-covid [L](#).

Costantemente le istituzioni si contraddicono. Nel caso specifico dell'incidenza tumorale è accaduto col prof. Francesco Schittulli, Presidente della Lega Italiana Lotta ai Tumori e componente della Commissione Oncologica Nazionale del Ministero della Salute (prima [\[1-V37\]](#) e dopo [\[1-V38\]](#)).

1-R14 - Chiedo dunque cortesemente al Ministero della Salute e ad AIFA, l'estrazione dei dati grezzi (epurati per la privacy) dei casi segnalati, per gli anni dal 2018 al 2022, nel Registro Nazionale Tumori A2.2 ed istituito dal DPCM 3 marzo 2017. Istituzione che ha reso via via meno affidabile la banca dati AIRtum, in cui confluivano le segnalazioni di vari registri a copertura di circa 41 milioni di abitanti [L].



I **dati grezzi** sono necessari per stabilire l'**esatto trend** di incidenza ed evidenziare picchi insoliti. **Non saranno accetti** comparazioni tra l'anno in analisi e medie degli ultimi 5 anni che, con i soliti ritocchi, andranno via via a **diluire l'eccesso**. I dati sulle morti in eccesso sono così gravi che il CDC americano ha bloccato uno studio scientifico sul tema miocardite [\[1-V189\]](#) e l'Ufficio britannico per le statistiche nazionali (ONS) sta cambiando la sua metodologia matematica, che di fatto, minimizza il numero reale di morti in eccesso, attestato nell'ordine del 40%, come rilevato dall'amministratore delegato Scott Davidson, in una riunione della camera di commercio [\[1-V170\]](#).

Spero che, negli ulteriori giri di roulette russa, i prossimi genitori vengano informati del **potenziale rischio FATALE** a seguito di miocardite e pericardite, **dichiarate dal Direttore Vaia** dopo 4 mesi dalla variazione dell'RCP, e del **monitoraggio** **addizionale** (come da raccomandazione del PRAC ed elenco EMA [\[L\]](#)) a cui il **medicinale è ancora sottoposto** [\[L\]](#).

Package leaflet: Information for the user

Comirnaty Omicron XBB.1.5 3 micrograms/dose concentrate for dispersion for injection
Infants and children 6 months to 4 years
COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified)
raxtozinameran

↓

▼ This medicine is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. You can help by reporting any side effects your child may get. See the end of section 4 for how to report side effects.

Ai sensi dell'articolo 15 paragrafo 1) lettera f), del DM 30 aprile 2015, **l'AIFA garantisce** che vengano fornite tempestivamente le informazioni importanti su problemi di farmacovigilanza, non solo con la pubblicazione sul portale ma **anche attraverso altri mezzi di informazione, in primis le reti televisive pubbliche, brulicanti al contrario di buffoni che non hanno almeno il buon gusto di tacere e svicolare [1-Va] [1-Vaz].** L'unico vero scomparso dalle scene è **Sileri.**

L'informazione al pubblico, e soprattutto ai genitori, è richiesta da **VOI stessi**, nelle raccomandazioni inviate al Titolare dell'AIC, il quale ha modificato il contenuto dell'RCP, **inserendo impunemente anche l'"istruzione" necessaria dei genitori nel rilevamento precoce dei sintomi.**

Gli operatori sanitari devono prestare attenzione ai segni e ai sintomi di miocardite e pericardite. Le persone vaccinate (inclusi genitori o coloro che prestano assistenza) devono essere istruite a rivolgersi immediatamente al medico qualora dopo la vaccinazione sviluppino sintomi indicativi di miocardite o pericardite, quali dolore toracico (acuto e persistente), respiro affannoso o palpitazioni.

Per tentare di evitare questo:

Muore a 14 anni per un malore improvviso

Porto Sant'Elpidio, la ragazzina si è sentita male mentre era in casa e
Pronto Soccorso. Una città sconvolta



1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Essendo il dott. Gasparini nostro rappresentante (e responsabile) presso EMA solo da qualche mese e forse non informato dell'intero processo che lo ha visto **oggi peroccupato** degli effetti letali della miocardite/pericardite nei giovani, mi permetto un piccolo sunto solo in base alle poche evidenze pubbliche reperite e mai menzionate:

- gli allarmi su miocardite e pericardite sono stati lanciati da subito nel nostro Paese a causa dei dati allarmanti provenienti da Israele (al primo posto nel mondo per sanzioni ONU ed alla nostra stregua, laboratorio d'europa [\[L\]](#)) [\[L\]](#) ed UK, Paesi che anticipavano l'Italia di un paio di mesi nel bucare la popolazione [\[L\]](#).
- tali segnali sono stati prontamente esposti all'attenzione delle istituzioni come da atto di sindacato ispettivo n° 1-00388 del 16 giugno 2021 [\[L\]](#), il quale citava la lettera aperta, sottoscritta da un gruppo di medici inglesi ed indirizzata all'MHRA (Medicines & Healthcare products Regulatory Agency), in cui si **"implorava clemenza"** verso i bambini [\[L\]](#).
- l'FDA, ed anche AIFA, disponevano ad esempio del CUMULATIVE ANALYSIS OF POST-AUTHORIZATION ADVERSE EVENT REPORTS OF PF-07302048 (BNT162B2) RECEIVED THROUGH 28-FEB-2021, ottenuto pubblicamente per via legale [\[1-Vm\]](#), come parte del dossier presentato dalla Pfizer per l'ottenimento della BLA [\[1-A1\]](#). Sino a febbraio 2021, ossia appena qualche mese dopo l'inizio dei buchi, relativamente **alla sola miocardite** il database di sicurezza della Pfizer riportava **1.403 casi**, costituenti **il 3.3%** di tutte le segnalazioni:

Già a febbraio 2021 erano presenti nel database di sicurezza della Pfizer:

- **1.403** casi, di cui **241** confermati dal punto di vista medico per l'Italia **141** segnalazioni
- **1441** eventi (**946** seri) di cui:
 - **136 decessi**
 - 767 risolti o in risoluzione
 - **21** risolti con sequele
 - **140** non risolti
 - **380 sconosciuti**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Vi invito a rileggere o a prendere atto per la prima volta, della distribuzione di tutte le **42.086** segnalazioni dopo solo un paio di mesi e riassunti un una squallida tabella iniziale, annoverante **1.223 decessi**. Una tale mole di segnalazioni da indurre la Pfizer a dichiarare **l'inadeguatezza del sistema di farmacovigilanza** ed il necessario potenziamento con l'assunzione di personale dedito all'analisi e alle registrazioni, programmata per metà 2021, supponendo, che tale personale avesse l'adeguata professionalità per il delicato incarico.

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

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

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

L'articolo 8 paragrafo 3 della Direttiva 83/2001, attuato dall'articolo 8 del D.L. 219/2006, così come l'articolo 2 del Decreto 30 aprile 2015, o gli articoli 8-11 del Regolamento di Esecuzione (UE) N. 520/2012, descrivono la documentazione a corredo della domanda di autorizzazione e, relativamente ai Rapporti di Sicurezza, in ogni caso si evidenzia come la farmacovigilanza e la gestione del rischio debbano essere COMMISURATI ALLA NATURA E PORTATA DELL'INTERVENTO.

Un intervento che avrebbe portato ad una mole di segnalazione considerevole **ED ATTESE** (nonostante la becera propaganda di santificazione [1-V21]), come **segnalato** da AIFA ai CRFV e RLFV nella comunicazione 0148253-30/12/2020-AIFA-AIFA_UGS-P [1-A1a] e per le quali si iniziava la preparazione della loro gestione maggio 2020 [L], quando i trial erano appena iniziati e senza nessuna prova della bontà dei risultati [L].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

l'utilizzo di vaccini per l'immunizzazione da Covid-19. A seguito dell'autorizzazione dei vaccini COVID-19 e dell'attuazione di programmi di vaccinazione su vasta scala, è atteso un numero molto elevato di segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini COVID-19 e un gran numero di richieste di informazioni di follow-up, che potrebbero avere un considerevole impatto sul carico di lavoro delle strutture sanitarie deputate alla gestione delle segnalazioni all'interno della RNF.

1-R15 - Chiedo cortesemente ad AIFA il rapporto sulla gestione del rischio per un un intervento sanitario **planetario**, redatto dal PRAC (dott.ssa Cupelli) ed inviato al CHMP, in base all'articolo 5(2) del reg. UE 726/2004, base legale del veleno anti-covid

1-R16 - Chiedo cortesemente ad AIFA il rapporto di valutazione sul sistema di farmacovigilanza del richiedente ai sensi dell'articolo 2 del DM 30 aprile 2015, ovvero di richiedere al Titolare dell'AIC (Pfizer-Biontech) copia del **fascicolo di farmacovigilanza** ai sensi dell'art. 7 (4) del DM 30 aprile 2015.

Emerge, quindi, che il rischio per i nostri ragazzi fosse enormemente inferiore rispetto al danno provocato dalla revoca dell'AIC (“si sarebbe ucciso il vaccino**”). La revoca avrebbe posto fine ai piani redatti da decenni ed ormai al culmine.**

1-R17 - Nonostante tutto fosse stato scritto dal primo giorno all'interno dell'unico documento disponibile (EPAR art. 13(3) reg. CE 726/2004) ed accettato da tutti i Comitati, e nonostante le **successive e furbe** ammissioni della Pfizer [\[1-V0\]](#) [\[1-V0a\]](#) [\[1-V0bb\]](#) [\[1-V0b\]](#) [\[1-V0c\]](#) [\[1-V0d\]](#), sulla quale si vuol far ricadere la rabbia ed il risentimento di mezzo mondo, come puo essere descritta oggi l'ennesima rassicurazione mendace per indurre all'inoculazione i neonati [\[1-V0e\]](#) [\[1-V0f\]](#) [\[1-V0i\]](#) [\[1-V0l\]](#) [\[1-V0m\]](#) in un caos totale [\[L\]](#)?

Ancora oggi la Pfizer è presente nell'incontro del WEF a Davos, pronta a fornire veleni in maniera ancora più veloce per le prossime pandemie, come richiesto dal cancelliere Cancelliere britannico, Jeremy Hunt [\[1-V152\]](#). In attesa della modifica del RSI, la vera (e legale) responsabilità RICADE ANCORA SU TUTTE LE AUTORITÀ SANITARIE DEGLI STATI MEMBRI, rapresentate ognuna nei vari Comitati, i quali, in assoluto disprezzo della salute pubblica hanno approvato ciò che è stato prodotto, accettando e costringendo ai rischi ignoti dichiarati nell'APA appena pubblicata (pag. 24 [\[1-A49\]](#)), perché orami certi dell'oblio della

popolazione, impegnata a salvare il mondo dalla CO2, non scorreggiando, e discutendo del panettone della Ferragni.

» Giornale d'italia » Salute

Vaccini Covid, denunciati all'Aia Pfizer, Oms, Ue, Bill Gates per “violazioni Codice Norimberga, crimini contro l’umanità, crimini di guerra e genocidio”

06 Dicembre 2023

Così come la Pfizer, anche Moderna, autorizzata senza studi di biodistribuzione [\[L\]](#), se ne sbatte del danno causato [\[L\]](#) [\[1-V0h\]](#), perché esclusi da ogni responsabilità (pag. 48 [\[1-A49\]](#)). Le tante cause legali contro le case farmaceutiche, oggi partite ovunque tranne da noi, non porteranno a nulla [\[1-V92\]](#).

Healthcare & Pharmaceuticals | Product Liability | Regulatory Oversight | Regulatory | Public Health

Exclusive: US FDA finds control lapses at Moderna manufacturing plant

By Patrick Wingrove

December 15, 2023 11:43 PM GMT+1 · Updated 4 days ago

Ogni singola autorità sanitaria, adottando procedure “emergenziali”, ha approvato l’immissione in commercio di un medicinale testato in soli due mesi su cui nulla si conosceva. Di seguito uno stralcio del documento dell’ Advisory Committee on Vaccines (ACV) del TGA australiano redatto a gennaio 2021 [\[1-A41\]](#).

Indication proposed by the TGA delegate	COMIRNATY (BNT162b2[mRNA]) COVID-19 Vaccine has provisional approval for the indication below: Active immunisation to prevent COVID-19 disease caused by SARS-CoV-2 virus in individuals 16 years of age and older. The vaccine should be used in accordance with official guidance in an officially declared pandemic. <u>The decision has been made on the basis of short term efficacy and safety data. Continued approval depends on the evidence of longer term efficacy and safety from the ongoing and post-market assessment.</u>
--	---

1-R18 - Perché si insiste oggi ad inoculare i neonati quando è riconosciuta a livello internazionale la tossicità della spike e lo shift verso processi

autoimmuni [\[L\]](#) [\[1-A1b\]](#) [\[1-A1c\]](#) [\[1-V20\]](#) soprattutto quando il beneficio apportato sia nullo, essendo tutta la fascia pediatrica a rischio ZERO per l'infezione?

Analizzando i dati del VAERS (perché Eudravigilance non funziona) è stata rilevata inoltre una maggior incidenza di Sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini a seguito della vaccinazione [\[L\]](#) [\[1-A45\]](#). Anche questo segnale di allerta era stato rilevato precocemente dall'attento PRAC ed annotato nell'agenda del meeting tenutasi on-line dal 30 agosto al 2 settembre 2021 [\[L\]](#) [\[1-A46\]](#). **Dopo due anni di riflessioni**, nel “*Minutes of PRAC meeting on 09-12 January 2023*” e pubblicato ad aprile 2023 [\[L\]](#) [\[1-A47\]](#), il PRAC ricordava alla Pfizer le “**promesse di una revisione cumulativa**” riguardo casi di sindrome da tachicardia post-ortostatica in associazione con il vaccino, evidenziato da uno studio [\[L\]](#) (**oggi abbiamo il rischio fatale per miopericardite**). Dopo due anni, ormai stizzito, il PRAC impone il monitoraggio dei casi di sindrome infiammatoria multisistemica nei bambini (MIS-C) e sindrome infiammatoria multisistemica negli adulti (MIS-A), ricordando al titolare le promesse fatte due anni prima. La Pfizer inoltre viene invitata a presentare nel prossimo PSUR, cito testualmente, “**una presentazione chiara dei casi segnalati dalle varianti vaccinali recentemente approvate, incluso un continuo confronto dei problemi di sicurezza identificati con le prove disponibili per il vaccino originale**”.

1-R19 - Per la verifica del rischio accumulato anche per questo segnale di allerta e soprattutto per verificare l'efficacia dei moniti del PRAC, chiedo copia del PSUR con DLP 18/06/2023, presentato in data 27/08/2023 in base alla EURD list definita dall'articolo 107c(7) della direttiva CE 83/2001 [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-A48\]](#). Di seguito sarà meglio specificato come tali documenti siano stati sempre visionati, e dunque, chiaramente in possesso dal PRAC e CHMP.

Anche se da noi parla di scienza solo il trio denominato “**tiro vaccino**”, in tutto il mondo vengono prodotte testimonianze allarmanti che ad ogni modo dovrebbero essere indagate dalle autorità sanitarie, come la possibile presenza di plasmidi (DNA) all'interno dei veleni covid (e negli altri) [\[1-A1f\]](#) [\[1-](#)

[A1d](#) [\[1-V0g\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) in misura di **ordini di grandezza superiori** a quelli stabiliti dall'EMA (laboratorio Magdeburgo) [\[L\]](#), ed oggi confermate [\[L\]](#).

Il **Prof Sucharit Bhakdi**, che non paragona la terapia genica all'aspirina come la **scienza italiana**, sostiene la necessità di rimozione dei modelli di DNA plasmidico dall'mRNA generato prima che quest'ultimo venga confezionato nella nanoparticella lipidica. Altrimenti, anche i plasmidi possono ritrovarsi nelle confezioni, con la possibilità di **alterare il genoma umano** [\[L\]](#) [\[1-V22\]](#).

Un nuovo studio condotto da Kevin McKernan e colleghi ha rilevato la presenza di miliardi o centinaia di miliardi di molecole di DNA per dose nei farmaci mRNA. Utilizzando la fluorometria, tutti i vaccini hanno superato del 188% le linee guida per il DNA residuo stabilite dalla FDA e dall'OMS di 10 ng/dose, arrivando a 509 volte [\[1-V65\]](#).

Il chirurgo generale della Florida, Dr. Joseph Ladapo, parla della contaminazione del DNA riscontrata nei vaccini mRNA e del danno, ancora non quantificabile, arrecato alla popolazione [\[L\]](#) [\[1-V93\]](#). Il Chirurgo Generale ha sottolineato le preoccupazioni relative ai contaminanti degli acidi nucleici, in particolare in presenza di complessi di nanoparticelle lipidiche e del DNA promotore/potenziatore del virus Simian 40 (SV40). Le nanoparticelle lipidiche sono un veicolo efficiente per il rilascio dell'mRNA nelle cellule umane e possono quindi essere un veicolo altrettanto efficiente per il rilascio del DNA contaminante nelle cellule umane. Il Dr. Ladapo ricordava che la stessa FDA nel 2007 aveva pubblicato una guida sui limiti normativi per i vaccini. In questa Guida per l'industria, la FDA delinea importanti considerazioni per i vaccini che utilizzano nuovi metodi di somministrazione per quanto riguarda l'integrazione del DNA, in particolare: L'integrazione del DNA potrebbe teoricamente avere un impatto sugli oncogeni umani, i geni che possono trasformare una cellula sana in una cellula cancerosa. Il 14 dicembre 2023, la FDA ha fornito una risposta scritta alla lettera di Ladapo del 6 dicembre [\[L\]](#) [\[1-A74\]](#) in cui, ammettendo la presenza di impurezze, continua nella recita del "sicuro ed efficace", adducendo le striminzite analisi dei prodotti mRNA [\[L\]](#) [\[L\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Il Dr. Mike Yeadon, nella presentazione al parlamento croato, si spinge oltre, dichiarando: “IL DESIGN DEL VACCINO NON HA ALTRO SCOPO CHE FERIRE E UCCIDERE!” [\[1-V94\]](#).

Mentre da noi si discute del panettone della Ferragni e della CO2, in altre TV si discute di questa grave problematica che potrà interessare le generazioni future (TV austriaca [\[1-V86\]](#)).

In mezzo al caos di una produzione su scala mondiale [\[1-A60\]](#), avviata prima dell'autorizzazione ed in stabilimenti che, matematicamente non potevano essere compliant ai principi di *Good Manufacturing Practice (GMP)*, utilizzando fornitori e materiali non certificati e parametri critici produttivi non rispettati, **si era costretti ad utilizzare i dati dello sviluppo clinico per l'autorizzazione (PROCESSO 1), accettando ed imponendo la pessima qualità del processo su larga scala (PROCESSO 2)** [\[1-V31\]](#) [\[L\]](#).

Tale discrepanza nei due processi produttivi è stata evidenziata nell'EPAR [\[1-A1e\]](#) autorizzativo, assieme alla non conoscenza della durata della “protezione” e soprattutto alla non conoscenza degli effetti collaterali a medio e lungo termine, tranne quelli gravi e rilevati nei trial. Tali rischi sono stati **non solo accettati** dal CHMP **per conto della popolazione** e poi dal Ministero della Salute all'atto della firma del contratto [\[1-A56\]](#) (come ogni altra autorità sanitaria [\[1-A2a\]](#)), **ma poi imposti con CODARDA VIOLENZA, privando le famiglie del sostentamento.**

La stessa linea guida della farmacopea degli Stati Uniti (UPS), “Analytical Procedures for mRNA Vaccine Quality” conferma il criminale sbando con cui si sono prodotte sostanze letali. Infatti, solo nel febbraio del 2022, l'USP ha rilasciato la prima versione della bozza delle linee guida per sollecitare il feedback delle parti interessate a livello globale e sviluppare una serie di metodi analitici per la qualità dell'mRNA in modo da creare una comprensione condivisa degli attributi di qualità dell'mRNA [\[L\]](#) [\[1-A87\]](#). Linee necessarie alle case farmaceutiche solo dopo l'emanazione del Master File delle Piattaforme Tecnologiche, per il proseguo degli **scellarati piani sanitari.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Di recente, Melissa Strickler, ex revisore della qualità presso Pfizer, afferma di aver identificato una sostanza trasparente nelle iniezioni anti-Covid, ritenendo che si tratti di **luciferasi** e **ossido di grafene (cap. 3) [1-V73]**. La dottoressa Ana Mihalcea afferma inoltre la presenza di più tipi di metallo nelle fiale di siero miracoloso analizzate **[1-V82]**. **L'utilizzo delle nanotecnologie nella creazione del miracoloso veleno è indubbio, essendo l'mRNA veicolato con nano-lipidi, ma è indubbio anche l'utilizzo di altre nanotecnologie, come il complottista grafene, utilizzato forse ancor prima dell'mRNA [L]**.

Vaccino ricombinante nano coronavirus che assume come vettore l'ossido

Astratto

L'invenzione appartiene al campo dei nanomateriali e della biomedicina e riguarda un vaccino, in particolare lo sviluppo del nano vaccino nucleare ricombinante 2019-nCoV coronavirus. L'invenzione comprende anche un metodo di preparazione del vaccino e l'applicazione del vaccino in esperimenti su animali. Il nuovo vaccino corona contiene ossido di grafene, carnosina, CpG e nuovo virus corona RBD; legare carnosina, CpG e neocoronavirus RBD sulla spina dorsale dell'ossido di grafene; la sequenza codificante CpG è mostrata come SEQ ID NO 1; il nuovo coronavirus RBD si riferisce a una nuova regione di legame del recettore della proteina del coronavirus che può generare un anticorpo specifico ad alto titolo che mira all'RBD in un corpo di topo e fornisce un forte supporto per la prevenzione e il trattamento del nuovo coronavirus.

- **1-R20** – Per la verifica dei **livelli di impurezza** dichiarati nei documenti autorizzativi, chiedo al Ministero della Salute la relazione del **controllo di stato dei medicinali immunologici** come disposto dall'articolo 138 comma 1 del decreto legislativo n. 219 del 24 aprile 2006, nonché le relative **prescrizioni e procedure tecniche per l'esecuzione dei controlli (concordate tra EMA, EDQM e OMCL) effettuate entro 60 giorni dalla ricezione dei campioni**, decise a seguito di decreti del Ministero della Salute ed **ancora non reperite per mia incapacità**, ovvero il controllo dei lotti effettuato dallo stato membro responsabile. Tali controlli sono stati **elusi** a casua dell'emergenza, adottando impropriamente la "**procedura d'urgenza**" prevista da AIFA per il Batch Release, in base al Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008 "*sulla Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta*" **[L]**, che **comunque esclude la dispensazione di medicinali iniettabili**, tranne l'insulina. Controlli comunque **necessari** anche se postumi all'introduzione del medicinale, a causa della **sconosciuta caratterizzazione** dello stesso, **dovuta appunto all'emergenza** e richiesti ai sensi dell'articolo 6 lettera b) del DM 30 aprile 2015.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- A seguito delle evidenze sulla miocardite, l'RMP veniva aggiornato e la versione 2.3 del settembre 2021 includeva la proposta di studi [\[1-A2\]](#)

Rationale for submitting an updated RMP (v 2.3): This Type II variation includes the new important identified risk of myocarditis and pericarditis based on the Signal of Myocarditis, pericarditis for COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified) - COMIRNATY (EPITT ref. No. 19712) - EMA/PRAC/355882/2021 recommendation dated 08 July 2021.

Nell'RMP del settembre 2021 si riportavano alcuni casi rilevati anche nello studio cardine, in Italia ed in UK.

In UK il safety database della pfizer riportava **823 potenziali casi**, la maggiorparte dei quali seri.

Data from the safety dataset^a:

Since the first temporary authorization for emergency supply under Regulation 174 in the UK (01 December 2020) and through 18 June 2021, there were 823 potentially relevant cases (0.3% of the total post-authorization dataset): 490 cases reported myocarditis and 371 cases reported pericarditis (in 38 of these 823 cases, the subjects were reported to have developed both myocarditis and pericarditis).

L'analisi dell'evento era già in atto in PASS non interventistici.

Non-Interventional Post-Approval Safety Studies Assessing Myocarditis/Pericarditis

Studies C4591021(EU), C4591038 (former C4591021 substudy) (EU), C4591011 (US), C4591012 (US), and C4591009 (US) will describe the incidence of myocarditis/pericarditis following Comirnaty vaccination overall, and stratified by age group, gender, race/ethnicity (if feasible), dose, and risk interval using structured information and following case confirmation via medical record review where feasible. To assess the magnitude of risk, these studies include comparative methods (self-controlled analyses, and analyses involving a separate comparator group).

Gli studi avevano durata annuale:

To evaluate long-term outcomes, myocarditis/pericarditis-specific analytic endpoints in currently planned or ongoing studies C4591009, C4591011, C4591012, C4591021 and C4591038 (former C4591021 substudy) will assess the natural history of post-vaccination myo-/pericarditis, e.g., recovery status (medical record review) and/or identification of serious cardiovascular outcomes (structured data) within 1 year of myo-/pericarditis diagnosis among individuals vaccinated with COMIRNATY as well as individuals not vaccinated with a COVID-19 vaccine.

Altri PASS per analisi di sicurezza ed efficacia sono ancora in essere [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), come riportato nel registro ENCEPP [\[L\]](#).

Era coinvolto anche il *Pediatric Heart Network* (PHN), un consorzio di importanti ospedali negli Stati Uniti, in Canada e in altri paesi, che conduce ricerche su bambini e famiglie che vivono con cardiopatie congenite. Il PHN

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

era incaricato, **per i successivi 5 anni**, dell'ulteriore studio specifico **C4591036**.

In addition, a long-term primary data collection study is C4591036 (former Pediatric Heart Network (PHN), to evaluate the clinical course, risk factors, long-term sequelae, and quality of life of post-vaccine myocarditis/pericarditis over a 5-year period.

Lo studio **C4591036** del PHN, inserito nel Post-Authorisation Development Plan, doveva concludersi con la relazione finale di sicurezza del 2025. Oggi, nel RMP ver. 10.0 di giugno 2023, a seguito di richieste della FDA, la data di presentazione della relazione finale è stata prorogata al **novembre 2029**.

C4591036 (former Pediatric Heart Network Study) US/Canada	Low-Interventional Cohort Study of Myocarditis/Pericarditis Associated With COMIRNATY in Persons Less Than 21 Years of Age	To characterize the clinical course, risk factors, long-term sequelae, and quality of life in children and young adults <21 years with acute <u>post-vaccine myocarditis including</u> myocarditis after the bivalent Omicron-modified vaccine.	Prospective cohort study. This study will include an analysis of individuals who receive booster dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine including the bivalent Omicron-modified vaccine, if feasible.	Patients <21 years presenting to PHN sites after receiving any dose of BNT162b2 including the bivalent Omicron-modified vaccine, if feasible and who were diagnosed with myocarditis / pericarditis as well as individuals not vaccinated with myocarditis/pericarditis.	Protocol submission:	30-Nov-2021
					Protocol amendment submission	15-Dec-2022
	Low-Interventional Ongoing				6-monthly interim study report:	30-June-2023
					Final CSR submission:	14-Nov-2029 ²⁵

L’FDA giustifica la proroga a causa della richiesta di incremento del numero di partecipanti ai trial sino a quota **300**, dichiarando dunque **l’insignificante potenza** dello studio, non indicata nei RMP.

1-R21 - Risulta tuttavia disponibile la relazione intermedia del 30 giugno 2023, di cui chiedo cortesemente copia ad AIFA.

- Riguardo ad un'altra possibile causa dei cosiddetti “malori improvvisi”, **patologia non esistente in ambito medico**, come specificato nelle procedure operative di AIFA sulla gestione delle segnalazioni, un possibile segnale di allerta riguardava l’insorgenza di eventi trombotici.

Lo stesso PRAC nel “*Recommendations on signals EMA/PRAC/199751/2021*” del 3 maggio 2021 **[1-A3]**, cioè appena tre mesi dopo l’inizio delle inoculazioni, valutava una possibile correlazione **scientifica** tra tutti gli eventi trombotici ed il medicinale **[1-V2]**: “...**titoli elevati di anticorpi anti-PF4 sono stati osservati in tutti i pazienti il cui biomateriale è stato analizzato.**..”

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Following input from experts, it is considered that an atypical heparin induced thrombocytopenia (aHIT) like disorder is the most plausible hypothesis for the events of thrombosis in combination with thrombocytopenia, given the similarities observed in both the serological profile and clinical presentation of affected patients. It is considered likely that the syndrome, which resembles aHIT, concerns a severe autoantibody against PF4 which exhibits a high binding affinity. It was hypothesised that the antibody itself may change the structure of PF4, similar to what has been shown for aHIT. It was noted that high titres of anti-PF4 antibodies were observed in all patients whose biomaterial was analysed, which contributes to this hypothesis.

PRAC is of the view that a causal relationship between the vaccination with Vaxzevria and the adverse events is at least a reasonable possibility.

So far, the reported cases occurred after administration of the first dose of Vaxzevria. Experience of exposure to the second dose is still limited.

Furthermore, a number of studies will be put in place to identify the exact pathophysiological mechanism for the occurrence of these thrombotic events and define the precise magnitude of the risk.

The PRAC recommends that the MAH for Vaxzevria (AstraZeneca AB) should submit a variation by 07 April 2021 EOB to amend the product information as described below (new text underlined/text to be removed with ~~strike through~~):

Dopo un anno di studi, nel Rapporto Annuale sulla Sicurezza dei Vaccini anti-COVID-19 [1-A4], EMA declassava l'evento avverso sopra esposto, riclassificandolo da POSSIBILE a INDETERMINATO. Non sarà mai concesso analizzare tali encomiabili lavori, ma possiamo leggere molta letteratura a riguardo, come le ultime evidenze su un "case report" (dunque richiedente il solito decennio di indagine) sulla possibile correlazione tra veleno iniettato e la **trombosi della vena mesenterica superiore (SMV)** avente conseguenze devastanti, con oltre l'80% dei casi che portano alla morte [L]. Il Dr. John Campbell riferisce di coagoli sanguigni di dimensioni colore e composizione anomali, riscontrati nel 20% dei casi dagli imbalsamatori nel Regno Unito [1-V157] [1-V64].

- Tra le innumerevoli patologie autoimmuni [L] [L] [1-V3] [1-V3a] [1-V3b], la cui prima possibile causa è imputabile al **mimetismo molecolare**, dovuto a **processi produttivi non conformi agli standard GLP** che causavano errati troncamenti e degrado in genere del RNA [L] [L] [L] [L], erano incluse anche le **miocarditi/pericarditi**, così come ipotizzato nel RMP 4.0 del novembre 2021 a pag 103 [1-A5]. Inoltre, oggi sono più chiari anche i meccanismi di trascrizione errati [L] e del possibile errore progettuale a causa della **manca di targeting** delle nanoparticelle [1-V160].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Potential mechanisms, evidence source and strength of evidence	A mechanism of action (MOA) by which the vaccine could cause myocarditis and pericarditis has not been established. Nonclinical studies, protein sequence analyses and animal studies in rats and non-human primates have not identified a MOA. <u>Hypotheses for MOA include an immune stimulated response (including the possibility of molecular mimicry)</u> , a general systemic inflammatory response from vaccination or a hypersensitivity response.
--	--

Riporto di seguito uno screen-shot dell'esposto presentato a novembre 2022 alla procura di Varese ([\[1-A5a\]](#) pag 186), in cui è tradotto il testo contenuto all'interno dell'European Public Assesment Report (EPAR) del dicembre 2020, riassumendo la discussione scientifica con cui CHMP (all'epoca il dott. Genazzani per noi) concedeva parere favorevole al veleno (pag 17-21, 32, 137 [\[1-A5b\]](#)).

L'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità sono state dimostrate utilizzando lotti clinici (Processo 1). I lotti commerciali sono prodotti utilizzando un processo diverso (processo 2) e la comparabilità di questi processi si basa sulla dimostrazione di caratteristiche biologiche, chimiche e fisiche comparabili della sostanza attiva e del prodotto finito.

La caratterizzazione e il controllo della sostanza attiva e del prodotto finito sono limitati IN RELAZIONE AGLI ATTRIBUTI CRITICI di qualità e alle impurità.

I dati dimostrano la presenza di forme TRONCATE/MODIFICATE DI MRNA a livelli leggermente superiori nei lotti prodotti con il processo commerciale rispetto al materiale utilizzato negli studi clinici.

Queste forme non sono sufficientemente caratterizzate e, sebbene i dati limitati forniti per l'espressione proteica non affrontino completamente le incertezze relative al rischio di tradurre proteine/peptidi diversi dalla proteina spike prevista, si prevede (come i maghi) che la quantità di tali proteine sia troppo bassa per suscitare una risposta immunitaria di rilevanza biologica.

Si producevano (**processo 2**) (in giro per il mondo, in stabilimenti mai verificati o visti solo on-line, senza le ben che minime ed essenziali procedure, con materie prime provenienti da chi sa dove (certificate estendendo la certificazione di alcuni), dei veleni genici di inaudita pericolosità, assumendo **come base per la certificazione i parametri dei pochi lotti clinici (processo 1)**).

Come spiegato dal PROF. Di Bella, il rischio di **mimetismo cellulare**, potenzialmente inducente processi infiammatori del miocardio, era dovuto anche alla grande somiglianza (omologia di sequenze) della proteina spike con una proteina del tessuto cardiaco, la titina.

Tuttavia, il **rischio di possibili processi autoimmuni, assieme al resto, sono stati ritenuti accettabili dal CHMP (dott. Genazzani) e dal PRAC (dott.ssa Cupelli)** all'atto dell'autorizzazione del "**liquame**" nel 2020,

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

utilizzando la locuzione “**data l'emergenza**”. Il termine “**liquame**” con il quale si suole riferirsi al siero miracoloso, non è solo usato in senso dispregiativo ma rappresenta una caratterizzazione “scientifica”, in quanto, pare che l'RNA sia stato moltiplicato negli e-coli, [\[L\]](#). Da quest'ultimo studio si evince, inoltre, come il processo produttivo possa essere legato ad una possibile problematica di **ANTIBIOTICO RESISTENZA**, a causa **dell'utilizzo dell'SV40**, notissimo poliomavirus scimmiesco oncogeno a DNA, che induce tumori primari al cervello e alle ossa, mesotelioma maligno e linfomiagente tumorale, in studio da 20 anni [\[L\]](#) [\[L\]](#). La dottoressa JANCI LINDSAY, eminente tossicologa, durante l'ascolto in Senato del Sud Carolina, ne dichiara l'introduzione volontaria da parte della Pfizer [\[1-V52\]](#). Stesse accuse sono mosse dal Dott. Malone in Commissione Covid, sia contro Pfizer che contro Moderna TX inc, confermando anch'egli la presenza i geni promotori dell'atibiotico resistenza, oltre a DNA ingegnerizzato presentante alto rischio di **immunogenesi inserzionale** [\[1-V54\]](#). Del resto, come accaduto per la fortunosa premonizione della pandemia, la Pfizer ha già investito ben **43 miliardi** nella ricerca contro il cancro (acquistando la Seagen), prevedendo, anche in questo caso, che una persona su tre ne sarà affetta in futuro [\[1-V53\]](#) e diventando oggi **la più grande azienda oncologica al mondo** [\[L\]](#). Questa lungimiranza è dovuta alla consapevolezza del danno causato dal veleno iniettato direttamente alla popolazione [\[L\]](#) e del danno causato dall'utilizzo degli stessi veleni nel bestiame, piante ecc [\[1-V97\]](#), oltre all'introduzione di alimenti altamente cancergeni, dalla carne sintetica [\[L\]](#) agli insetti e vermi [\[1-V187\]](#) (Gazzetta Ufficiale del 29.12.23 [\[L\]](#)), perseguendo la distruzione dell'agricoltura e dell'allevamento [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-V174\]](#) [\[1-V186\]](#) e, come per la popolazione, adducendo slogan di protezione per il controllo dei parassiti e della necessità dell'utilizzo della tecnologia mRNA [\[L\]](#), nonostante il precedente e secolare impegno della sicurezza alimentare [\[L\]](#). Campi fotovoltaici ed eolici prendono il posto delle coltivazioni [\[1-V175\]](#), consapevoli che il nostro cibo, dopo un periodo di transizione in cui importeremo qualunque “**merda tossica**” a buon mercato [\[L\]](#), sarà sostituito da prodotti sintetici ingegnerizzati. Duecento tipi di OGM saranno coltivati anche in ITALIA. Riportiamo qui di seguito i Nominativi di 3 Esponenti Politici, rappresentanti

della Triade PD/FDI/FI che stanno agendo al Parlamento Europeo per legittimare l'entrata in Italia di **quasi 200 tipi di OGM, da coltivare direttamente in Italia, molti dei quali di seconda generazione (Editing OGM/CRISPR)**, sempre basati su **RNA infettivo**, con cui modificare in maniera irreversibile il Patrimonio genetico delle **NOSTRE SEMENTI, antiche e sacre**... Paolo De Castro (Partito Democratico), Francesco Lollobrigida (Fratelli d'Italia) e Antonio Tajani (Forza Italia). Fanno da corollario Ettore Prandini (Coldiretti) e Massimiliano Giansanti (Confagricoltura).

Essi sono i principali responsabili di questo Progetto economico voluto dalle Lobby dei Padroni di Davos, e che risulta contrario al **Principio di Precauzione** sancito dalla Legge, in presenza di **pericolose sperimentazioni su larga scala e in campo aperto**...

1-R22 - Come spiegare l'ennesima predizione che ha permesso, nel 2022, l'autorizzazione del "vaccino" contro la Dengue, per prevenire i focolai del 2024, tanto gravi da iniziare a scoraggiare l'autoproduzione?



1-R22a - Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA l'estrazione delle schede (epurate dai dati sensibili) dei casi di Dengue riportati nella circolare 0026620-29-08-2023- DGPRES- DGPRES-P [L1](#) e segnalati all'ECDC tramite piattaforma EpiPulse (up-grade della piattaforma [Tessy](#) [L1](#)).

- Dalla **dichiarata** lettura della relazione di valutazione dei PSUR (o meglio i PBRER) per il parere favorevole alla nuova formulazione XBB, il CHMP, il PRAC ed i relatori nominati, avrebbero dovuto notare e riferire al Ministro Schillaci ed al predecessore Speranza, almeno la quota parte dei casi di

miocardite/pericarditi del PSUR ricoprente il periodo 19 dicembre 2021 – 18 giugno 2022, che allego nel caso di bisogno [\[1-A6\]](#).

Table 36. Myocarditis in Subjects aged 5 – 11 Years (N=48).....	143
Table 37. Myocarditis in Subjects aged 12 – 15 Years (N=366).....	145
Table 38. Myocarditis in Subjects aged 16 – 17 Years (N=345).....	147
Table 39. Myocarditis in Subjects aged 18 – 24 Years (N=968).....	150
Table 40. Myocarditis in Subjects aged 25 – 29 Years (N=519).....	153
Table 41. Myocarditis in Subjects aged 30 – 39 Years (N=983).....	157
Table 42. Myocarditis in Subjects aged ≥ 40 Years (N=1752).....	161
Table 43. Myocarditis in Subjects of <u>Unknown Age</u> (N=441).....	165
Table 44. Myocarditis in Subjects who Received a Booster dose	167
Table 45. Pericarditis in Subjects aged 5-11 years (N=30)	170
Table 46. Pericarditis in Subjects aged 12-15 years (N=118)	172
Table 47. Pericarditis in Subjects aged 16-17 years (N=106)	174
Table 48. Pericarditis in Subjects aged 18-24 years (N=479)	176
Table 49. Pericarditis in Subjects aged 25-29 years (N=417)	178
Table 50. Pericarditis in Subjects aged 30-39 years (N=940)	180
Table 51. Pericarditis in Subjects aged ≥ 40 years (N=1756).....	186
Table 52. Pericarditis in Subjects with <u>Unknown Age</u> (N=309).....	188
Table 53. Pericarditis in Subjects who Received a Booster Dose	190

Benchè mancante delle appendici (il sottoscritto purtroppo non ha l'accesso come AIFA all'archivio definito dall'articolo 25bis del reg. CE 726/2004) si può evincere l'incidenza dei casi solo analizzando l'elenco delle tabelle nella TOC sotto esposta.

Questo naturalmente sino a giugno 2022, ovvero, quasi due anni fa.

La relazione di valutazione è redatta da un relatore nominato dal comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza PRAC, in stretta collaborazione con il relatore nominato dal comitato per i medicinali per uso umano CHMP (art. 28(3) reg. CE 726/2004),

1-R23- Chiedo cortesemente i nominativi dei relatori nominati dal PRAC e dal CHMP per le valutazioni dei PSUR e della composizione del Comitato Permanente.

Dopo un anno, l'RMP del veleno versione 10.0 del **giugno 2023**, riporta ancora le stesse **idiozie**, **gestendo il rischio solo attivando ulteriori studi**

(che lasciavano il segnale **NON chiuso in base al processo di Signal Management**) e modificando l'RCP per tutelare il Produttore ed autorità sanitarie.

Table 58. Myocarditis and Pericarditis ^a
Potential mechanisms, evidence source and strength of evidence
A mechanism of action (MOA) by which the vaccine could cause myocarditis and pericarditis has not been established. Nonclinical studies, protein sequence analyses and animal studies in rats and non-human primates have not identified a MOA. <u>Hypotheses for MOA include an immune stimulated response (including the possibility of molecular mimicry)</u> , a general systemic inflammatory response from vaccination or a hypersensitivity response.

1-R24 - Non consegnando i fogli illustrativi alla popolazione e non divulgando le informazioni in esso contenute, sono state rispettate le procedure di gestione del rischio?

- Ai sensi dell'art. 25(1) del Decreto 30 aprile 2015, e dopo la messa in funzione del sistema Eudragilance, i titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio **trasmettono i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per via elettronica all'EMA**. Inoltre, il paragrafo 4 dello stesso articolo specifica che le singole autorità sanitarie hanno **libero accesso** a tale documentazione, custodita nell'archivio gestito dall'EMA insieme alle singole autorità sanitarie.

4. L'AIFA, i membri del comitato per i medicinali per uso umano, i membri del comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza e i membri del gruppo di coordinamento hanno accesso ai rapporti di cui ai commi 1, 2 e 3, attraverso l'archivio di cui all'art. 25-bis del regolamento (CE) n. 726/2004.

L'accesso ai Rapporti Periodici di Sicurezza da parte delle autorità sanitarie è non è solo libero, ma **dovuto**, ai sensi dell'articolo 27 del DM 30 aprile 2015.

Art. 27.
Valutazione degli PSUR

1. L'AIFA valuta i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza onde determinare la presenza di rischi nuovi o il cambiamento degli stessi o del rapporto rischio/beneficio dei medicinali.

Precisando che le informazioni contenute nei PSUR rappresentano essenzialmente le **evidenze su efficacia e sicurezza per medicinali utilizzati dalla popolazione**, **NON CONTENENTI** alcun riferimento a clausole

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

contrattuali, brevetti o informazioni protette da segreto industriale (all'art. 623 del c.p.), non credo possano essere coperte da **segreto militare (art. 39 della legge 3 agosto 2007, n. 124)**, men che meno quando se ne **obbliga la somministrazione**.

La consultazione dei PSUR, necessaria e dovuta (art.27 del DM 30 aprile 2015, art. 107quinques direttiva CE 83/2001) per la corretta valutazione del rapporto rischio/beneficio, **È STATA DICHIARATA dal CHMP, PRAC** e da tutti i comitati elencati, nel rispetto anche dell'articolo 9 del reg. UE 726/2004 (per l'inserimento dell'esito fatale). Al contrario, il 2 dicembre 2022, AIFA **dichiarava l'indisponibilità di tali documenti** davanti al Tribunale amministrativo dalle associazioni *Istanza Diritti Umani*, fondata da Giusy Pace, un'infermiera con 35 anni di esperienza, che si era rifiutata di vaccinarsi e di presentare il green-pass per lavorare, e *Diritti Umani e Salute*, dopo che, dal 21 novembre scorso, avevano commissionato delle indagini per accertarsi se AIFA avesse ricevuto tali rapporti dalle case farmaceutiche produttrici dei vaccini.

Sono inoltre circolate notizie su un presunto segreto militare, atto a difendere la stessa EMA.

1-R25 - I componenti del CHMP, PRAC ecc, **avendo consultato tale documentazione**, hanno forse ottenuto le abilitazioni da parte dell'Ufficio centrale per la segretezza (UCSe), costituito nell'ambito del DIS, per l'accesso ad informazioni con classifica di segretezza superiore a "riservato"?

1-R26 - Risolto il contrasto tra le dichiarazioni del dott. Gasparini del CHMP (come del predecessore Genazzani) e l'organo di vigilanza di AIFA, relativamente alla **indisponibilità** dei PSUR, **chiedo la trasmissione di tutti i PSUR relativi al medicinale anti covid modRNA di Biontech AIC EU/1/20/1528**, per valutare i vari step del **rischio accumulato**, che ha portato all'ultima variazione all'autorizzazione per l'inserimento **dell'esito fatale rispetto alla miocardite/pericardite**.

- Come definito nelle linee guida dell'ICH-E2C (R2) [L1](#), nel 2013, il **PBRER** sostituisce il PSUR. In linea con le legislazioni europee, **il PBRER è ancora denominato PSUR nei Moduli delle "Buone Pratiche di Farmacovigilanza"**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

(GVP). Rispetto al PSUR, il PBRRER viene esteso **per includere i benefici del prodotto**, oltre alla sua sicurezza.

Il PBRRER presenta, nelle 20 sezioni, una valutazione delle nuove informazioni di un medicinale raccolte dalla MAH durante l'intervallo di riferimento, enfatizzando **l'informazione cumulativa** disponibile sul farmaco.

Tale valutazione si estrinseca:

- Riassumendo le nuove informazioni di sicurezza che impattano sul profilo beneficio/ rischio del prodotto;
- Riassumendo ogni informazione rilevante di **efficacy/effectiveness** emersa durante il periodo di riferimento; (**sconosciute dall'inizio e confermate essere nulle**)
- Esaminando le **nuove informazioni** ottenute dalla MAH durante l'intervallo di riferimento e valutandole **sulla base delle informazioni già conosciute** del profilo beneficio/rischio del prodotto;
- Conducendo una **valutazione integrata beneficio/rischio** per le indicazioni approvate laddove sono emerse nuove importanti informazioni di sicurezza.

In particolare la sezione 11 – letteratura, in riferimento ad esempio alla miocardite/pericardite, **dovrebbe riportare e valutare le migliaia di studi rivisti e pubblicazioni a riguardo**, riassunti in vari repository [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Oggi, al Dr. Mark Trozzi, creatore di uno dei repository precedenti e che aveva effettuato un eccellente lavoro di indicizzazione dei migliaia di studi relativi ad eventi avversi seguiti al veleno anti covid, viene sospesa la licenza perché accusato di "disinformazione" [\[L\]](#)!

Tra le centinaia di pubblicazioni attestanti un eccesso di patologie cardiache a seguito delle somministrazioni della terapia avanzata, evidenzio un ultimo studio **tutto italiano** [\[L\]](#).

1-R27 - Data l'acclarata insorgenza **statisticamente** rilevante ed **immediata** di molte patologie, il ritiro dagli studi clinici di circa **1.200 soggetti**, tra cui **100 per eventi avversi** [\[1-A6a\]](#) e data la recente indagine circa l'omissione di molti decessi durante la sperimentazione da parte della Pfizer [\[L\]](#), chiedo la visione del Company Core Safety Information (**CCSI**), rappresentante la sezione relativa alla sicurezza del Company Core Data Sheet (CCDS) del prodotto, o in alternativa, del **documento di**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

riferimento utilizzato dal Titolare per la redazione del PSUR. Anche per il CCSI **non puo esserci segreto militare**, essendo una semplice lista di possibili reazioni avverse rilevate durante gli studi clinici, non contenente alcun dato contrattuale né scientifico né tanto meno di processo.

Oltre al libero e dovuto accesso al repository delle relazioni di sicurezza (DM 30 aprile 2015, art. 107ter direttiva CE 83/2001) [\[1-A124\]](#), le singole autorità sanitarie DOVREBBERO AVERE i privilegi più alti per l'accesso ad ogni funzionalità del sistema EudraVigilance [\[L\]](#), come specificato nel documento della politica di accesso al sistema EudraVigilance del 2009, aggiornato al 2019.

EudraVigilance System Component	Data Outputs
Stakeholder Group I	
Medicines regulatory authorities in EEA Member States, the European Commission and the Agency	
<ul style="list-style-type: none">• EV Gateway for the electronic re-routing of ICSRs to medicines regulatory authorities in EEA Member States based on primary source country for regulatory purposes	<ul style="list-style-type: none">• ICSR electronic (XML) format
<ul style="list-style-type: none">• EVWEB including ICSR Export Manager	<ul style="list-style-type: none">• ICSR electronic (XML) format• ICSR forms
<ul style="list-style-type: none">• EVDAS	<ul style="list-style-type: none">• e-RMRs and active substance groupings• ICSR line listings• ICSR forms• Other data outputs based on predefined and customisable query and signal detection functionalities

Nonostante tutto questo, si continua a mentire alla popolazione, inducendo i genitori alla somministrazione di farmaci pericolosi ed inutili per la fascia pediatrica [\[1-V3c\]](#).

1.2.2. COMITATO PER LE TERAPIE AVANZATE (CAT) [\[L\]](#)

Dott.ssa Concetta Quintarella (membro permanente) [\[L\]](#)

Dott.ssa Barbara Bonamassa (membro alternativo) [\[L\]](#)

Sebbene la Commissione possa utilizzare atti delegati (14-bis (9)) per **specificare, di volta in volta, le categorie di medicinali autorizzati ai sensi dell'articolo 14-bis(1)**, la Commissione dichiara che tale intruglio rispetti le prescrizioni della Direttiva CE 83/2001 [\[L\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

(1) Il medicinale "Comirnaty - Vaccino a mRNA contro COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)" risponde ai requisiti della direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano³.

L'articolo 2 della direttiva CE 83/2001 disciplina il rispetto dei requisiti anche nel caso di dubbie caratteristiche del prodotto. L'applicazione della direttiva CE 83/2001 al preparato di dubbie caratteristiche deve, tuttavia, rispettare le stesse DEFINIZIONI dell'articolo 1, nel quale si distinguono le tre macroaree: terapie avanzate, plasma e derivati e **SOSTANZE ATTIVE**. Le sostanze attive, al netto di eccipienti e adiuvanti, sono costituite da miscele di **sostanze** (umane, vegetali, chimiche). **Una sostanza NON PUÒ dunque essere un frammento di RNA geneticamente modificato, costituente una istruzione inviata alle nostre cellule attraverso nanomateriali sconosciuti e NON RIENTRA, dunque, nella definizione di medicinale immunologico, comprendente i vaccini. Tali caratteristiche di "messaggio" sono peculiari delle Terapie Avanzate (ATMP) descritte nella parte IV dell'allegato I, che però devono escludere i vaccini contro le malattie infettive. Le Terapie Avanzate sono escluse dall'ambito di applicazione della direttiva 83/2001 e normate dal rispettivo regolamento CE 1394/2007, in concomitanza col regolamento CE 726/2004.**

D'altro canto, l'articolo 2(5) del regolamento CE 1394/2007 specifica che se un **prodotto possa rientrare nella definizione** di terapia genica, allora **tale prodotto è considerato terapia genica**.

EMA, all'interno del nuovo **master file delle piattaforme tecnologiche (vPTMF)** [\[L\]](#), continua **impropriamente** a chiamare "vaccini" le nuove tecnologie:

3. Nucleic acid vaccines:

Nucleic acid vaccines can be subdivided into DNA and mRNA categories, and their synthesis methods may be very similar.

Lo sviluppo di tali **piattaforme tecnologiche** era inserito nei progetti di ricerca decennali attraverso la collaborazione dello Stato italiano con l'Unione Europea, come nel **POR Campania FESR 2014 – 2020 CUP B61C17000060007 "Dalla genomica alla terapia di tumori rari" - "Piattaforme tecnologiche di ricerca collaborativa per la lotta alle patologie oncologiche"** [\[L\]](#) [\[1-A111\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

La classificazione di **terapia genica, per caratterizzare la nuova piattaforma di sviluppo**, è utilizzata ormai da vent'anni [\[L\]](#) [\[L\]](#) e dichiarata dallo stesso stesso produttore [\[1-A0e\]](#),

> [BMC Biotechnol.](#) 2010 Oct 20:10:77. doi: 10.1186/1472-6750-10-77.

Intranasal vaccination with messenger RNA as a new approach in gene therapy: use against tuberculosis

> [Braz J Med Biol Res.](#) 2012 Dec;45(12):1183-94. doi: 10.1590/s0100-879x2012007500148.
Epub 2012 Sep 18.

Antigen-presenting cells transfected with Hsp65 messenger RNA fail to treat experimental tuberculosis

Classificazione utilizzata oggi da molti soggetti coinvolti nei futuri piani di sviluppo, tra cui l'**Istituto San Raffaele-Telethon** per la Terapia Genica (ai cui progetti partecipa il dott. Gasparini del CHMP) i cui primi risultati venivano ottenuti ancor prima della conversione fraudolenta dell'autorizzazione [\[L\]](#).

Un nuovo protocollo di terapia genica con cellule staminali sfrutta la tecnologia mRNA per evitare la somministrazione di chemioterapia

PUBBLICATO IL 26 MAGGIO 2022

Tutti i grandi istituti di ricerca sono stati "comprati" dai fondi destinati alle future ricerche, senza i quali era minata la loro stessa sopravvivenza. Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), soggetto giuridico pubblico gestente l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e l'Istituto Dermatologico San Gallicano (ISG), riconosciuti dal 1939 Istituti di Ricovero a Carattere Scientifico* (IRCCS) ad indirizzo monospecialistico, oncologico e dermatologico, oggi ricevono circa **un milione di euro** per : "TARGETING DRUG RESISTANT MELANOMA WITH MICRORNAS DELIVERED BY LIPID NANOPARTICLES (TACTIC)" [\[L\]](#) [\[1-A110\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Un altro soggetto strettamente coinvolto nello sviluppo della terza era di farmaci è l'Università di Padova, anchessa citata in seguito e proponente addirittura tesi di laurea per migliorare le problematiche della terapia genica che veniva iniettata a forza [\[1-A106\]](#) [\[L\]](#).

La corretta caratterizzazione delle nuove piattaforme è utilizzata in ogni articolo scientifico, come nel recente studio relativo al mezzo di consegna di tale terapia, ovvero le nanoparticelle lipidiche, la cui attenta indagine relativa ad una possibile problematica legata al targeting, **è iniziata solo oggi**, dopo la forzosa sperimentazione su mezzo mondo [\[L\]](#).

1-R28 - Chiedo al CAT, in particolare alla dott.ssa Quintarelli, ed al Ministero della Salute, se la **classificazione** della piattaforma mRNA all'interno dei medicinali biologici sia **appropriata**.

1-R29 - Al netto dei tecnicismi legali, appurata la natura innovativa ed ancora sconosciuta della nuova piattaforma di sviluppo, fermo restando la piena responsabilità decisionale del CHMP, quest'ultimo non avrebbe dovuto basare il parere favorevole anche su una **relazione di valutazione del CAT?**

1.2.3. COMITATO PEDIATRICO (PDCO)

Dott.ssa Sara Galluzzo (membro permanente) [\[L\]](#)

Dott.ssa Cinzia Ciceroni (membro alternativo) [\[L\]](#)

Benchè il PDCO non sia direttamente responsabile delle richieste di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali per uso pediatrico, responsabilità rientrante nel mandato del Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP), il PDCO, ai sensi del regolamento CE 1901/2006 che lo istituisce, ha il compito fondamentale di valutare il contenuto di qualsiasi **piano d'indagine pediatrica** per un medicinale e di esprimere, quindi, **un parere**.

Ai sensi dell'articolo 6 del regolamento CE 1901/2006, nell'esecuzione dei propri compiti il comitato pediatrico valuta se gli studi eventualmente proposti possano presumibilmente apportare un beneficio terapeutico significativo alla popolazione pediatrica e/o soddisfarne un'esigenza terapeutica. Esso tiene conto di qualsiasi informazione a sua disposizione, inclusi eventuali pareri, decisioni o consulenze forniti dalle autorità competenti di paesi terzi.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Valgono tutte le considerazioni esposte, ed in particolare quanto evidenziato ai Garanti per l'infanzia. Mi complimento inoltre per il rigore scientifico **nell'approvazione del piano di indagine pediatrico** per il veleno covid, naturalmente presentato da subito e derogato in base ai principi di age-escalation, essendo l'obiettivo finale quello di inoculare tutti, non solo i fragili.

Table 36. Exposure to Bivalent BNT162b2 (Original/Omi BA.4/BA.5) 3 µg by Age Group, and Gender (C4591048 Subset of Substudy B Group 2)			
Age Group Dose	Number of Participants Exposed to Bivalent BNT162b2 (Original/Omi BA.4/BA.5)		
	Male	Female	Total Number of Vaccine Doses
≥ 6 months to <2 years Vaccine 3 µg	10	14	24
≥ 2 years to <5 years Vaccine 3 µg	20	16	36

Participants at randomization who have received 3 doses (primary series) of BNT162b2 3 µg, with the last dose 60 to 240 days prior to enrollment in this substudy, were included.
 PFIZER CONFIDENTIAL SDTM Creation: 08DEC2022 (16:31) Source Data: adsl Table Generation: 03FEB2023 (22:02) (Cutoff date: 25NOV2022, Snapshot Date: 08DEC2022) Output File: (CDISC)/C4591048_B_1MPD_Safety_RMP_PVP_FEB2023/adsl_s932

La tabella sopra riportata e contenuta nell'RMP 10.0 del giugno 2023, evidenzia la tipica **esposizione nei trial** per la fascia 6 mesi 5 anni.

Di seguito, la **letalità del virus** come da Report Esteso ISS *"impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale"* del **marzo 2022 [1-A9]**:

Class e di età (in anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %
0-9	692.773	10.4	10	0.0	<0.1	642.804	8.9	13	0.0	<0.1	1.335.577	9.6	23	0.0	<0.1
10-19	942.722	14.1	15	0.0	<0.1	915.969	12.6	13	0.0	<0.1	1.858.691	13.4	28	0.0	<0.1
20-29	865.967	13.0	75	0.1	<0.1	895.801	12.4	39	0.1	<0.1	1.761.772	12.7	114	0.1	<0.1
30-39	886.306	13.3	249	0.3	<0.1	1.030.015	14.2	143	0.2	<0.1	1.916.325	13.8	392	0.3	<0.1
40-49	1.052.441	15.8	1.017	1.2	0.1	1.238.759	17.1	480	0.7	<0.1	2.291.201	16.5	1.497	1.0	0.1
50-59	996.197	14.9	4.079	4.7	0.4	1.088.912	15.0	1.678	2.5	0.2	2.085.111	15.0	5.757	3.7	0.3
60-69	597.556	9.0	11.456	13.1	1.9	618.787	8.5	4.623	6.8	0.7	1.216.344	8.7	16.079	10.3	1.3
70-79	389.940	5.8	25.924	29.6	6.6	403.569	5.6	12.894	18.9	3.2	793.509	5.7	38.818	24.9	4.9
80-89	209.021	3.1	33.797	38.6	16.2	292.737	4.0	28.667	42.0	9.8	501.765	3.6	62.464	40.1	12.4
>90	40.967	0.6	10.932	12.5	26.7	117.131	1.6	19.753	28.9	16.9	158.098	1.1	30.685	19.7	19.4
Non noto	120	0.0	3	0.0	2.5	110	0.0	3	0.0	2.7	230	0.0	6	0.0	2.6
Total e	6.674.01 0	48, 0	87.557	56.2	1.3	7.244.59 4	52, 0	68.306	43.8	0.9	13.918.62 3	-	155.863	-	1.1

Nota: La tabella non include i casi per cui non è noto il sesso

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Ovvero, nella fascia 0-19 anni, dal 2020 a febbraio 2022, si annoverano circa 50 decessi “**sospetti**”, ovvero circa **19 sospetti decessi all'anno** su **10.5 milioni di individui**.

Secondo i dati ISTAT aggiornati al 2019 e contenuti nel rapporto “2019 SDGs REPORT. STATISTICAL INFORMATION FOR 2030 AGENDA IN ITALY” [\[L\]](#) il tasso di mortalità infantile sotto i 5 anni si attesta a **circa 4 decessi ogni 1000** (mille) nati. Solo questo, nel 2020, avrebbe causato circa **400 decessi** nel nostro paese. Incidenza non imputabile certo alle pessime condizioni di vita **e mai indagata!**

Trascurando sempre i **400 decessi per cause sconosciute**, nel **dicembre 2021**, con un tasso di letalità **NULLO** nella fascia 0-19 anni [\[1-A9c\]](#):

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=5.730.040) E DEI DECESSI (N=136.099) PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile						Soggetti di sesso femminile						Casi totali				
	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	Letalità %	Letalità %	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	Letalità %	Letalità %	N. casi	% del totale casi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %
0-9	201.117	7,2	7	<0,1	<0,01	<0,01	188.192	6,4	7	<0,1	<0,01	<0,01	389.309	6,8	14	<0,1	<0,01
10-19	329.657	11,7	10	<0,1	<0,01	<0,01	305.997	10,5	11	<0,1	<0,01	<0,01	635.654	11,1	21	<0,1	<0,01
20-29	363.937	13,0	49	0,1	<0,1	<0,1	348.362	11,9	31	<0,1	<0,1	<0,1	712.303	12,4	80	<0,1	<0,1
30-39	355.086	12,6	195	0,3	0,1	0,1	376.903	12,9	114	0,2	<0,1	<0,1	731.993	12,8	309	0,2	<0,1
40-49	436.737	15,6	885	1,2	0,2	0,2	483.625	16,5	396	0,7	0,1	0,1	920.363	16,1	1.281	0,9	0,1

la nostra società si **macchiava irrimediabilmente** della seguente vergogna:

'Capitan Vaccino' accoglie bambini in hub della Liguria



Per i più piccoli anche il 'Diploma di coraggio'

GENOVA, 16 dicembre 2021, 12:16
Redazione ANSA

Terrore e propaganda lavoravano assieme per ingannare la popolazione. Il senso di sicurezza infuso dalla propaganda era il “balsamo” alle paure ed ansie inflitte costantemente ai genitori. Davvero non riesco a capacitarmi della violenza con cui

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

sono stati attaccati i bambini [\[1-V85\]](#). Non riuscendo a quantificare un possibile tornaconto da tale scelleratezza, attribuisco il tutto a semplice ignoranza.



Il Commissario della Sanità di New York, Mary Bassett ammette di aver utilizzato **affermazioni esagerate** sui ricoveri infantili per COVID **per spaventare i genitori** ed indurli a vaccinare i figli [\[1-V40\]](#).

Un altro esempio del risultato, molto sottostimato, di queste menzogne è ricavabile dal VAERS [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#):

- 68.577 Infortuni totali denunciati per bambini di età compresa tra 6 mesi e 17 anni
- 20.043 feriti bambini 5-11 anni
- 35.958 feriti ragazzi 12-17 anni
- 1.476 segnalazioni di miocardite
- 3.696 segnalazioni (inclusa la morte) NEI BAMBINI TRA I 6 MESI E I 4 ANNI
- 189 morti
- I bambini hanno 51 volte più probabilità di morire a causa del vaccino [\[L\]](#).

Gia dal 2 febbraio 2022, in base all'analisi sulla mortalità per tutte le cause per fascia di età, i dati rilevavano che il rischio di mortalità indotta dal vaccino COVID fosse uguale o maggiore del rischio di morte per COVID per tutte le fasce d'età sotto gli 80 anni [\[1-A9a\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

1-R30 - Chiedo cortesemente al Comitato Pediatrico (dott.ssa Galluzzo) **il parere sul consenso scientifico** relativo al piano di indagine pediatrico (art. 5 e 6 reg. CE 1901/2006) per l'approvazione delle varie formulazioni, compresa l'ultima riguardante l'aggiornamento alla variante XBB.1.5 estesa alla fascia 6 mesi 4 anni e consegnate al CHMP, anche dopo la consultazione del PRAC, come specificato dalle linee guida "*Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP) Product- or Population-Specific Considerations IV: Paediatric population*" aggiornate al 2018 [\[L\]](#).

1-R31 - In base alla linea guida precedente e sottolineando che tali guide si riferiscono a **PAZIENTI PEDIATRICI**, il PDCO può (in particolare per quanto riguarda le lacune conoscitive) identificare "potenziali problemi di sicurezza/efficacia a lungo termine in relazione all'uso pediatrico, da considerare nel piano di gestione dei rischi/attività di farmacovigilanza. Quale sicurezza si può garantire nella popolazione pediatrica nell'utilizzo della nuova formulazione XBB.1.5 per una profilassi (**ossia in bambini sani**) quando la relazione finale di sicurezza prevista a luglio 2024 è stata declassata?

1-R32 - Dato il declassamento della relazione finale di sicurezza relativa alla formulazione pediatrica prevista a luglio 2024 ed essendo la valutazione dell'efficacia del sistema di gestione dei rischi e dei risultati degli studi effettuati, inclusi nei rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza di cui all'articolo 104, paragrafo 6 della direttiva 2001/83/CE e all'articolo 24, paragrafo 3 del regolamento (CE) n. 726/2004, chiedo l'invio dei vari PSUR come disposti dalla EUDR list.

1-R33 - Chiedo al PDCO una analisi sulle evidenze esposte dal dott. Bizzarri in Senato (e su Nature), da cui si osserva un aumento del 25% di morti improvvise e miocarditi nella popolazione pediatrica vaccinata [\[1-V72\]](#).

Quanto accaduto oggi non è che la tragica conclusione del percorso avallato per decenni. Un percorso che, tramite cavilli e nette violazioni, ha permesso la sperimentazione di medicinali sulla popolazione pediatrica **SANA**, adducendo come base legale normative applicabili a terapie per pazienti, ossia bambini malati.

1-R34 - Chiedo cortesemente al Comitato Pediatrico, ovvero AIFA, per il tramite della dott.ssa Galluzzo, copia dell'inventario specifico delle esigenze

terapeutiche pediatriche, volto ad indirizzare le priorità della ricerca, ai sensi dell'art. 43 del regolamento CE 1901/2006 e riferito agli anni dal 2015 al 2023.

Un inventario atto a verificare se la necessità dei nostri bambini sarà ancora quella di essere usati nella sperimentazione delle nuove **piattaforme tecnologiche** [\[L\]](#): *Messenger RNA encoding Cas9, single guide RNA targeting the human KLKB1 gene - Orphan - EMEA-003465-PIP01-23* [\[L\]](#).

Bimbo di 6 anni morto in spiaggia a Margherita di Savoia, l'autopsia: "Malore per miocardite"

di [Linda Cappello](#) — [3 Aprile 2024](#) - Aggiornato il 4 Aprile 2024 in [Cronaca](#)

AA

1.2.4. COMITATTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI PER LA FARMACOVIGILANZA (PRAC) [\[L\]](#)

Dott.ssa Amelia Cupelli (membro permanente) [\[L\]](#)

Dott.ssa Valentina Di Giovanni (membro alternativo) [\[L\]](#)

Il Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza (PRAC), istituito dal reg. UE 1235/2010 [\[L\]](#), è il comitato dell'EMA responsabile della valutazione e del monitoraggio della sicurezza e di tutti gli aspetti della gestione del rischio dei medicinali per uso umano, tra cui:

- l'individuazione, la valutazione, la minimizzazione e la comunicazione del rischio di reazioni avverse, **tenendo conto dell'effetto terapeutico** del medicinale;
- progettazione e valutazione di studi sulla sicurezza post-autorizzazione;
- audit di farmacovigilanza.

Il PRAC fornisce raccomandazioni al CHMP ed al CMDh, oltre al segretariato dell'EMA, su questioni relative alla farmacovigilanza e ai sistemi di gestione del rischio, compreso il monitoraggio della loro efficacia. Il Regolamento UE 1235/2010 stabiliva (e stabilisce) infatti, che **il profilo completo di sicurezza di un medicinale**

può essere noto solo dopo l'autorizzazione, demandando la responsabilità del controllo al PRAC.

Precedentemente al 2010 (**prima del GVAP**) **SI INOCULAVA A COTTIMO**, come dichiarato nel “*rapporto sulla sorveglianza post-marketing dei vaccini in Italia 2011*” **[1-A9b]**.

Il 2011 è stato dunque il **primo anno di attività** e potrebbe essere considerato un **periodo pilota del sistema**. Durante l'anno sono stati identificati **34 potenziali segnali** 17 dei quali sono stati successivamente archiviati dopo approfondita valutazione, sei rinviati al semestre successivo e per undici è stato concordato di tenere il segnale sotto monitoraggio.

Un risultato importante sta nell'aver iniziato una forma di **vaccinovigilanza integrata** (FV-sanità pubblica) e di **aver creato una rete virtuale di punti** di riferimento contattabili per problemi di sicurezza emergenti legati ai vaccini.

Le attività del PRAC sono dettagliate nel documento RULES OF PROCEDURE del dell'ottobre 2021 **[L]** che, senza entrare negli inutili dettagli, si fondano essenzialmente sull'analisi dei PSUR, sulla valutazione degli studi di sorveglianza in generale e sul monitoraggio degli eventi avversi registrati nel data base Europeo Eudravigilance, che portano tutti **alla definizione del rapporto rischio/beneficio** del trattamento, come definito dall'articolo **14-bis(3) del regolamento UE 726/2004, base legale dell'approvazione del veleno anti-covid, o dall'articolo 28bis della direttiva CE 83/2001 per gli altri veleni pediatrici.**

Violando per anni il regolamento di esecuzione UE 520/2012, EudraVigilance è stato lanciato nel novembre 2017 (**dopo l'estorsione Lorenzin**) **[L]**, causando la perdita dei pochi dati a disposizione, come segnalato dalla regione Piemonte, una delle poche regioni ad avere probabilmente una anagrafe vaccinale in quanto dotata di un “*registro di Sorveglianza Reazioni Avverse da Vaccino*”, in base al D.G.R. 59-11905 del 2 marzo 2004 **[L] [2-A35]**.

A pag 115 e 278 sarà dettagliato un esempio dell'entità di tale perdita.

I cambiamenti nella RNF. Il 22 novembre 2017 EMA ha lanciato la nuova versione di EudraVigilance che gestisce le segnalazioni di sospette reazioni avverse da medicinali nell'ambito dell'Area Economica Europea. Questo ha comportato alcune modifiche anche alla RNF; si tratta di novità che hanno coinvolto **soprattutto le Agenzie Regolatorie degli Stati Membri e i titolari di AIC**. Pur essendo rimaste invariate le modalità di segnalazione delle sospette ADR da parte dei pazienti e degli operatori sanitari, **alcune variazioni imposte dall'adeguamento alla nuova versione di Eudravigilance hanno provocato la perdita di dati utili a produrre rapporti più precisi e dettagliati.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

La perdita era dovuta alla tanto attesa attuazione dell'articolo 23 del DM 30 aprile 2015, relativamente al **simplified electronic reporting** delle sospette reazioni avverse da parte dei titolari dell'AIC [\[L\]](#), consistente nella raccolta centralizzata verso Eudravigilance che, per le aziende titolari di AIC, rappresenterà poi l'unico destinatario ed il *central repository* per la compliance degli obblighi regolatori in Europa.

Dal 2017, in base all'art 45 del DM 30 aprile 2015, tutte le segnalazioni registrate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) da parte dei Responsabili locali di Farmacovigilanza delle strutture pubbliche, dovevano essere trasmesse a Eudravigilance secondo le regole di **re-routing concordate a livello europeo** e potevano essere scaricate direttamente dalle aziende titolari di AIC [\[L\]](#).

Il primo audit del sistema avveniva nel 2016, ma il sistema era ancora chiaramente inefficiente [\[2-A35a\]](#), nonostante **i requisiti e gli obblighi di farmacovigilanza per l'imposizione del rischio** fossero definiti sin dal regolamento CE 726/2004 e sempre demandati.

Nel 2017 si festeggiava solo la "**specificata tecnica**" di Eudravigilance ed il piano di sviluppo successivo per mascherare gli obblighi di farmacovigilanza connessi con l'imposizione di nuovi buchi ma, **EudraVigilance non esisteva ancora e forse non esiste ancora oggi** dato che **per la stesura degli EU-RMP vengono utilizzati i dati del VAERS**.

Infatti, dal 2017, **occorreranno almeno 4 anni** per l'implementazione della road map suddivisa in obiettivi biennali, **2018-2020** [\[L\]](#) [\[2-A36\]](#), **2020-2022** [\[L\]](#) [\[2-A37\]](#)., **comprendente l'implementazione della complessa struttura informatica, ancora non efficiente, per l'analisi delle segnalazioni** [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Nel marzo 2023 è stato pubblicato il "*2022 Annual Report on EudraVigilance for the European Parliament, the Council and the Commission EMA/900566/2022*" [\[L\]](#) [\[2-A37a\]](#) contenente i risultati raggiunti nel 2022 e gli sviluppi futuri. Tralasciando l'aspetto tecnico, che verrà approfondito se necessario [\[L\]](#), nel 2021 e nel 2022 la piattaforma **Eudravigilance non consentiva ancora una analisi dettagliata dei SUSAR** (il reindirizzamento dei SUSAR, all'interno dell'EVCTM, verso gli stati membri era disponibile solo a gennaio 2022), per la cui gestione, nel 2022, venivano erogati corsi di aggiornamento.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Nelle conclusioni dell'annual report di marzo 2023 si legge che, solo nel corso del 2022, l'EMA si è **impegnata** a inserire e sottoporre a EudraVigilance i casi segnalati dai pazienti e operatori sanitari alle NCA relative ai vaccini contro il COVID-19.

Inoltre, l'RMP ver. 10.0 del giugno 2023 (e non solo) con denominazione **EU RMP e razionale seguente:**

Date of final sign off: 22 June 2023

Rationale for submitting an updated RMP (v 10.0): This Type II variation includes an updated EU RMP (based on 9.3) that merges versions 9.1, 9.2, 9.4 and 9.5.

si basa sulla consultazione del VAERS, VSlink ed addirittura del sistema V-safe in UK [\[L\]](#).

1-R35 - Perché nell'EU-RMP, ed in tanti altri documenti, non si analizzino mai le segnalazioni e le analisi dello stupefacente sistema Eudravigilance, relativo a circa 800 milioni di individui in Europa, campione nettamente superiore a quello gestito dal VAERS? Un VAERS, diciamo, "popolare", diverso dal vero VAERS "privato" [\[L\]](#) [\[2-A68\]](#).

1-R36 - Dal 2021 ad oggi, in che modalità sono stati registrate le ADR relative al veleno covid se il sistema non era ancora operativo?

Ancora, nelle conclusioni dell'annual report, si confermano la registrazione di **milioni** (numeri inatendibili) di **ICRS** per la maggior parte relative ai veleni anti covid e si porta un esempio di efficienza e solerzia nella tutela della salute pubblica: dopo aver **costretto all'inoculazione milioni di ragazzine**, molte delle quali in pre-adolescenza, il PRAC si complimenta per l'analisi, la gestione e la **mitigazione** dei rischi emergenti relativi ai vaccini anti-COVID-19, come il sanguinamento mestruale abbondante e amenorrea, analizzato nel "*PRAC recommendations on signals*" *EMA/PRAC/407574/2022* del 4 luglio 2022. Raccomandazioni che hanno portato EMA all'aggiornamento dell'RCP. Il rischio era presente per entrambi i veleni mRNA.

L'aggiornamento dell'RCP costituisce da sempre **l'unica e sola azione**, utilizzata per ogni segnale di allerta, nella **mitigazione del rischio legale del Titolare**, mentre il rischio viene accettato dalla popolazione ignara che poi si ritrova danneggiata e schernita [\[L\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Elasomeran (COVID-19 mRNA vaccine) - Spikevax	<u>Amenorrhoea (19781)</u>	Brigitte Keller-Stanislawski (DE)	Assess in the PSUR with data lock point 18 <u>December 2022</u>	Moderna Biotech Spain, S.L.
Elasomeran (COVID-19 mRNA vaccine) - Spikevax	<u>Heavy menstrual bleeding (19780)</u>	Brigitte Keller-Stanislawski (DE)	Supplementary Information requested (submission by 24 <u>August 2022</u>)	Moderna Biotech Spain, S.L.
Tozinameran (COVID-19 mRNA vaccine) - Comirnaty	<u>Amenorrhoea (19784)</u>	David Olsen (NO)	Assess in the PSUR with data lock point 18 <u>December 2022</u>	BioNTech Manufacturing GmbH
Tozinameran (COVID-19 mRNA vaccine) - Comirnaty	<u>Heavy menstrual bleeding (19783)</u>	David Olsen (NO)	Supplementary Information requested (submission by 24 <u>August 2022</u>)	BioNTech Manufacturing GmbH

1-R37 - La richiesta dei PSUR (con data lock Point definite nella EUDR list, art. 107quater della direttiva CE 83/2001) analizzati dal PRAC e dal CHMP, inserita in più punti della trattazione, è volta a chiarire anche la valutazione di tali segnali, rilevati già nel dicembre 2021. Segnali rilevati nello studio *“Menstrual Symptoms After COVID-19 Vaccine: A Cross-Sectional Investigation in the MENA Region”*, poi rivisto ed accettato il 17 febbraio 2022 [\[L\]](#). La correlazione era evidente sin dalla metà del 2021 [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Naturalmente, l'amenorrea non è l'unico segnale in analisi presente nei PSUR, ma sono innumerevoli ed ancora sotto indagine.

Tozinameran (COVID-19 mRNA vaccine) - Comirnaty ⁴	<u>Histiocytic necrotizing lymphadenitis (19835)</u>	Menno van der Elst (NL)	Assess in the next PSUR (submission by <u>26 February 2023</u>)	BioNTech Manufacturing GmbH
Tozinameran (COVID-19 mRNA vaccine) - Comirnaty	<u>Vulval ulceration (19840)</u>	Menno van der Elst (NL)	Supplementary information requested (submission by 3 <u>November 2022</u>)	BioNTech Manufacturing GmbH

Problematiche legate presumibilmente agli eccipienti lipidici (ALC-0315 ALC-0159), sostanze su cui non si avevano dati e dichiarati come “nuove sostanze” da tutte le autorità sanitarie. Da subito, in base all’EPAR [\[2-A37b\]](#), i pochi studi di farmacocinetica sui topi avevano evidenziato un accumulo in fegato, ovaie, ghiandole surrenali [\[L\]](#). Altri studi, come lo studio condotto in Giappone nel maggio 2021, sulla biodistribuzione della proteina S nel “vaccino” Pfizer, ha

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

confermato la distribuzione delle nanoparticelle lipidiche, oltre che maggiormente nel sito di iniezione, anche nel plasma, fegato, milza ghiandole surrenali e ovaie [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Oggi si scopre che tali sostanze possano interagire con l'ipofisi, gonadi ecc. dopo aver riscontrato l'evento di sanguinamento in donne in menopausa [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[2-A37c\]](#). Segnale per il quale, dopo la validazione, il PRAC ha richiesto informazioni supplementari [\[L\]](#).

INN	Signal (EPITT No)	PRAC Rapporteur	Action for MAH	MAH
Elasomeran (COVID-19 mRNA vaccine) - Spikevax	<u>Postmenopausal haemorrhage (20015)</u>	Marie Louise Schougaard Christiansen (DK)	Supplementary information requested (submission by 3 January 2024)	Moderna Biotech Spain, S.L.

LA DISTRIBUZIONE DELL'MRNA ATTRAVERSO IL SISTEMA LINFATICO, IL PLASMA E NEI TESSUTI ERA EVIDENTE GIÀ NEI PRIMI TRIAL PRE-CLINICI CONDOTTI ANNI PRIMA [\[L\]](#).

1-R38 - In tutto il Paese si registra un netto calo delle nascite [\[L\]](#); dunque, quale impatto futuro possono avere questi risultati sulla popolazione pediatrica?

1-R39 - Per avere un ordine di grandezza del fenomeno e poi estrapolare, chiedo alla Regione Veneto, per gli anni dal 2015 al 2022, l'estrazione dei dati grezzi contenuti nel *Registro Regionale delle Nascite (Az. Osp. Di Padova Coordinamento delle Malattie rare Registri nascite)*, istituito con L.R. 16 febbraio 2010, n. 11, articolo 18, comma 1, lettera b).

Il Regolamento di esecuzione **UE 520/2012** stabilisce che la **validazione di un segnale** debba seguire una **METODOLOGIA RICONOSCIUTA**, strutturata in base a [\[L\]](#):

- rilevanza clinica
- forza quantitativa dell'associazione
- coerenza dei dati
- relazione esposizione-risposta
- plausibilità biologica
- risultati delle sperimentazioni
- analogie

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- natura e qualità dei dati

e definente **ruoli e responsabilità** dei processi, in cui i titolari di aic (MAH), l'Agencia europea dei medicinali (EMA) e le National competent authorities (NCA) sono tenuti a:

- eseguire un continuo monitoraggio dei dati in Eudravigilance (EV)
- cooperare nel monitoraggio dei dati in EV
- (MAH) informare NCA e EMA su emerging safety issue

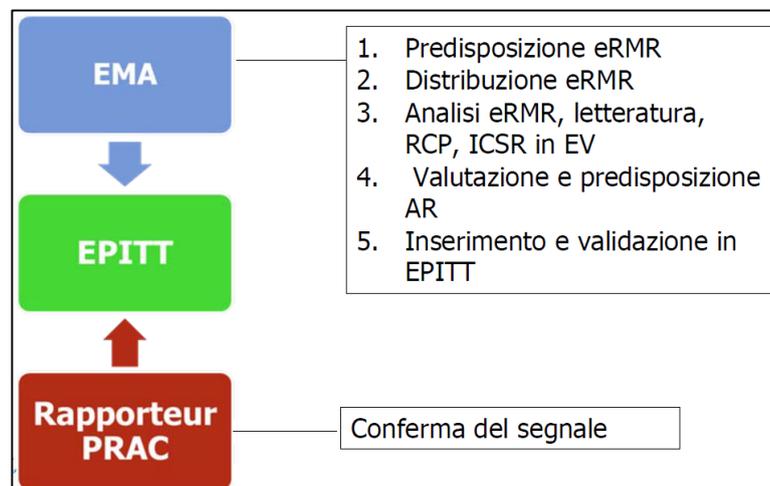
distinguento tra NAP (dir. 2001/83) e CAP (reg. 726/2004) nel modo seguente:

- **NAP**: il monitoraggio dei dati in EV è effettuato dagli Stati membri nominati come leader e co-leader per il monitoraggio di tali sostanze in EV
- **CAP**: il monitoraggio dei dati in EV è effettuato dall'EMA insieme al Rapporteur del PRAC

Comunque, tutti gli Stati membri restano responsabili del monitoraggio dei dati di EV.

A seguito dei vari steps del processo di validazione [\[L\] \[1-A115\]](#), diversi a seconda della tipologia di AIC (CAP o NAP), partendo dalla creazione dell'eRMR [\[L\]](#) si giunge all'inserimento del segnale, se verificato, all'interno del tool EPITT [\[L\]](#) o dandone GIUSTIFICAZIONE nel caso contrario.

Nel caso di procedura centralizzata (CAP), utilizzata per la nuova terapia genica mRNA, il flusso ed i responsabili del processo sono identificato dal seguente schema semplificato:



1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

In relazione al segnale di miocardite e pericardite, nonostante le chiare evidenze e la moria della popolazione, nell'RMP versione 11.0 dell'ottobre 2023 reattivo al veleno anti-covid [\[1-A117\]](#), il PRAC valutava ancora un rapporto rischio/beneficio positivo, comparando il rischio a seguito della somministrazione della terapia genica con la presunta incidenza di miocardite a seguito di infezione, stimata in un ordine di grandezza maggiore da un INDECENTE STUDIO commissionato all'industria farmaceutica ed avente i seguenti conflitti di interesse.

Conflict of interest statement

All authors have completed and submitted the International Committee of Medical Journal Editors form for disclosure of potential conflicts of interest. Jason P. Block, Christopher B. Forrest, Grace M. Lee, and Thomas W. Carton report support from the National Institutes of Health (NIH) as part of the Researching COVID to Enhance Recovery (RECOVER) program. Nidhi Ghildayal reports NIH funding for a postdoctoral position. Michael D. Kappelman reports grants from NIH, PCORI, Helmsley Trust, Abbvie, Arenapharm, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Celtrion, Eli Lilly, Genentech, Janssen (a subsidiary of Johnson & Johnson, Pfizer, and Takeda) and consulting fees from Abbvie, Janssen, Takeda, and Pfizer; payment for service on a data safety monitoring board for Eli Lilly, and payment for service on the editorial board of the American Journal of Gastroenterology. Kenneth H. Mayer reports grant support from NIH's COVID-19 Vaccine Trials Network for a Phase III AstraZeneca SARS-CoV-2 vaccine trial. Matthew E. Oster reports institutional support from NIH's National Heart, Lung, and Blood Institute. No other potential conflicts of interest were disclosed.

Public health impact

Considering the low rates of myocarditis and pericarditis reported following vaccination, balanced with the risk of death and illness (including myocarditis) caused by SARS-CoV-2, the public health impact of post-vaccination myocarditis and pericarditis is minimal.

1-R39a - Con più del 90% della popolazione esposta a 1, 2, 3, 4, 5 dosi (con eterologhe) di mRNA ed eccipienti, intervallate da altrettante infezioni data l'inutilità della profilassi, quale metodo statistico è stato in grado di discriminare i decessi per miocardite per infezione e quelli relativi al farmaco miracoloso?

1-R39b - Chiedo dunque al PRAC (dott.ssa Cupelli) la visione dell'eRMR prodotto da EMA con l'utilizzo dei Preferred Terms indicati (Autoimmune myocarditis; Eosinophilic myocarditis; Giant cell myocarditis; Hypersensitivity myocarditis; Immune-mediated myocarditis; Myocarditis; Autoimmune pericarditis, Pericarditis; Pericarditis adhesive; Pericarditis constrictive; Pleuropericarditis; Immune-mediated pericarditis.), nonché la relativa di valutazione del PRAC, contenente le indagini degli ICRS e le indicazioni della letteratura a supportoe e specifica per la

patologia in esame, al netto della buffonata citata e di altre simili concludenti nel nulla [\[L\]](#).

Conclusion: Outcomes of COVID-19 inpatients were evolving throughout the pandemic and were affected by changing demographics, virus variants, and vaccination.

1-R39c – Chiedo al PRAC tutte le procedure di riesame delle Metodologia per la determinazione del valore probatorio di un segnale, come disposto dall'articolo 20(3) del regolamento di esecuzione UE 520/2012, in particolare riguardo la finestra temporale di osservazione, compiti demandati sempre ai soliti soggetti stranieri e privati che identificano finestre temporali irrisorie.

1-R39d – Essendo il Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari un sistema di sorveglianza realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età, in quale registro si annovereranno i decessi di giovani e ragazzi? [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) ecc..

Tragedia a scuola: studentessa di 15 anni muore davanti ai compagni

È successo in istituto superiore di Giugliano (Napoli): la ragazzina ha accusato un malore durante le lezioni. Inutili i tentativi di rianimazione

Lanciano, ragazza 28enne trovata morta in casa: la vittima lavorava come barista. Indaga la polizia

Marilea Cipolla lavorava nel mondo della ristorazione. A dare l'allarme è stato il coinquilino

Urgnano, Camilla Ceresoli muore nel sonno a 17 anni: il sorriso spento da un tragico destino

La ragazza stroncata da un infarto mentre dormiva. A trovarla ormai esanime la mamma. Oggi pomeriggio il funerale della giovane che frequentava il liceo di Caravaggio ed era una pallavolista

Marilea Cipolla morta a 28 anni dopo un malore, trovata senza vita a letto da un amico a Lanciano: la Procura ordina l'autopsia

Sabato 30 Marzo 2024, 07:22 - Ultimo aggiornamento: 2 Aprile, 09:12

La sera prima della tragedia Marilea era andata a giocare a freccette, poi il ritorno a casa e la morte improvvisa

Veglie ^{mio paese natale} piange la perdita di Christian Bove: il giovane papà si è spento all'improvviso ^{cugino di un amico d'infanzia}

La comunità si unisce nel dolore per la prematura scomparsa dell'uomo che lascia dietro di sé due figli e la moglie

Irene Vitturri / 03 April 2024, 14:44

..... ecc

1.2.5. COMITATI ETICI PEDIATRICI

Con Decreto del Ministro della Salute del 26 gennaio 2023, previa Intesa in Conferenza Stato-Regioni, sono stati individuati ben **40 Comitati Etici territoriali**. **Traboccanti di etica**, nonostante il sostantivo "etica" sia stato eliminato nell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 2022, altri due Comitati Etici a valenza Nazionale (CEN) si sono insediati nel 2022 presso l'Agenzia Italiana del Farmaco: il **Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni cliniche relative alle terapie avanzate ("ATMP")** e il **Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni cliniche in ambito pediatrico**, pronti per partire con la nuova decade si inoculazioni previste dalla IA230.

Anche se frutto del semplice buon senso quando si parla di farmaci da somministrare a bambini **sani**, il comitato etico pediatrico dovrebbe essere a conoscenza delle linee guida riguardo la sperimentazione nella popolazione pediatrica. Persino la tanto attenta EMEA (oggi EMA), nella sua guida del 2005 (oggi superata) "Guideline On Conduct Of Pharmacovigilance For Medicines Used By The Paediatric Population" [\[L\] \[1-A10\]](#) rimarcava la particolare attenzione e la "certosina" **indagine post-marketing** a causa della bassa potenza del campione durante gli studi, della

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

possibilità di disturbi della crescita, nonché ADR ritardate non osservate negli adulti, o fattori scatenanti dovuti allo sviluppo degli organi.

Stesse considerazioni venivano confermate **dopo 15 anni** nell'aggiornamento del 2018 (ancora in draft) [L], aggiungendo che, gli effetti sullo sviluppo di organi e sistemi di organi - ad es. sulla crescita scheletrica, maturazione sessuale, sviluppo neurocomportamentale - possono diventare evidenti, visibili o identificabili solo con ritardo significativo dopo l'esposizione o l'uso a lungo termine (ad esempio nell'adolescenza o nell'età adulta), necessitanti dunque, **di attento followup nel lungo periodo**, attuabile con **studi sulla sicurezza post-autorizzazione (PASS)**. Tali studi dovevano costituire importanti integrazioni al programma di ricerca già condotta come parte dello sviluppo della pre-autorizzazione.

Dopo aver lasciato la salute dei bambini al fato, continuano oggi i buoni propositi e ed i nobili impegni, necessari in ogni documento, come nel documento LA SPERIMENTAZIONE CLINICA NEI BAMBINI: LIMITI E POSSIBILITÀ della Fondazione Gianni Benzi [L] [1-A69] pubblicato dalla SEFAP. Sempre nell'ottica **della cura del paziente pediatrico e MAI per la profilassi di bambini sani**, si utilizza l'ottima locuzione **"lavori in corso"** per definire il bambino nel pieno processo di crescita.

Ogni bambino appare come un "lavoro in corso", e questo processo di crescita dinamica è una delle maggiori differenze tra la popolazione pediatrica e quella adulta; allo stesso modo questo rende anche i bambini diversi tra loro, nelle diverse età pediatriche.

Bisogna considerare che la popolazione pediatrica rappresenta uno spettro di diverse fisiologie in evoluzione, che si estende dal piccolo neonato prematuro agli adolescenti. Questi cambiamenti fisiologici influenzano la farmacologia nei bambini, tanto che si possono verificare diverse risposte farmacologiche e reazioni avverse [9, 10]. Considerato il processo di maturazione dei bambini, le linee guida ICH Topic E11 [11] e il Regolamento Pediatrico [4, 5] hanno definito le seguenti fasce d'età: neonati prematuri (fino alla 36° settimana di gestazione), neonati a termine (da 0 a 28 giorni), infanti e bambini (da più di 28 giorni a 23 mesi), bambini (da 2 a 11 anni), adolescenti (da più di 11 a 17 anni).

1-R40 - In che modo si considerava quest'ampio spettro di sviluppo quando si definiva il giorno del compimento del dodicesimo anno di età per essere considerati pronti a ricevere una dose di terapia genica? il veleno inettato riusciva a distinguere se una ragazzina fosse ancora nella preadolescenza?

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Proprio riguardo la “**pochezza**” della potenza del **data-base di sicurezza (pre-autorizzativo) dei farmaci pediatrici**, già la *Guideline On Clinical Evaluation Of New Vaccines del 2005* [\[L\]](#) affermava che, essendo gli studi basati su end point di efficacia, il database difficilmente riusciva ad indentificare eventuali eventi avversi rari. Si consigliava dunque un database di almeno **3.000 soggetti** per identificare eventi aventi frequenza compresa tra 1/100 e 1/1000 e si rimandava la discrezionalità dell'autorizzazione alle singole autorità nazionali, potendo richiedere **studi post-marketing potenziati (ma noi abrogavamo il Titolo IX del Dlgs 219/2006 sulla farmacovigilanza)**. Queste indicazioni generiche sono state applicabili sino all'adozione dell'aggiornamento nel 2023 [\[1-A10a\]](#), nonostante il primo draft di modifica risalga al 2018 [\[L\]](#).

Quanto accaduto oggi è la conferma della **totale inutilità di tali Istituti**. Nonostante le elucubrazioni sulla dinamica dell'etica e della sua evoluzione a partire dalle fondamenta costituite dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964, quanto accaduto oggi risulta essere una **imfania 1000 volte più deplorabile** dello **studio Tuskegee** del 1932 [\[L\]](#) [\[1-A109\]](#). Il sacrificio di quel gruppo di “*negri maschi*”, così come il sacrificio dei bambini di Willowbrook o di altri esseri innocenti, alla fine ha portato benefici a tutti coloro che sono venuti dopo. **Le Vostre piattaforme tecnologiche** [\[L\]](#) **potevano essere approvate in uno dei tanti modi furtivi utilizzati sin'ora ma, il sacrificio imposto ingannevolmente serviva essenzialmente all'introduzione della card vaccinale, necessaria per il proseguo dei piani dittatoriali in ambito sanitario, legati alla medicina di precisione e soprattutto alla medicina predittiva, come espresso senza vergogna dal possibile successore dello psicopatico Klaus Schwab, Tony Blair** [\[1-V145\]](#). **Gli psicopatici SOGGHIGNANO pensando a quanto sia facile martoriare il nostro Paese!**



1.2.6. COORDINATION GROUP FOR MUTUAL RECOGNITION AND DECENTRALISED PROCEDURES – HUMAN (CMDH)

Dott.ssa Laura Galatti (membro permanente) [\[L\]](#)

Dott. Marco Franceschin (membro alternativo) [\[L\]](#)

Il CMDh è responsabile dell'esame di eventuali questioni relative alle all'immissione in commercio e variazioni dei termini dell'autorizzazione all'immissione in commercio per i medicinali autorizzati tramite il **mutuo riconoscimento** o la procedura decentralizzata. Per domande in relazione a farmacovigilanza, il CMDh giunge a una posizione, sulla base di una raccomandazione del PRAC e sulla procedure di regolamentazione a livello dell'UE, quando riguardano solo i prodotti autorizzati a livello nazionale.

Il CMDh sarà adito in relazione alle questioni della somministrazione obbligata del medicinale Triaxis Polio, al quale anticipo una domanda poi riproposta in seguito ad ulteriori dettagli.

L'RCP di un farmaco riporta le peculiarità del medicinale necessarie per comprendere e prescrivere lo stesso, secondo le condizioni per le quali è stato sviluppato ed approvato. L'acquisizione delle informazioni relative al profilo di safety, di efficacia o ad eventuali impieghi in popolazioni speciali è di primaria importanza per il ruolo del medico e per questo, **l'obiettivo dell'RCP è trasferire TUTTE LE CONOSCENZE ACQUISITE sul medicinale agli operatori sanitari.**

1-R41 - Perché nell'**RCP** dei farmaci per le vaccinazioni pediatriche analizzati, l'ultimo ad esempio il **vaxigrip tetra** per la campagna 2023-2024 o il **Triaxis Polio per l'inoculazione obbligatoria di mia figlia**, dopo anni di studi e sperimentazione post-marketing, contengono ancora oggi il riferimento al data-base di sicurezza pre-autorizzativo e costituito da **poche centinaia di soggetti**, caratterizzante solo eventi avversi con frequenza "**non comune**", mentre, senza menzionare studi particolari, inserisce in maniera superficiale eventi avversi di frequenza non nota? Questo in violazione del **draft** delle linee guida redatte solo nel 2017 [\[L\]](#) e **adottate solo nel 2023** [\[L\]](#).

Per la **somministrazione obbligata del Triaxis Polio**, leggendo l'RCP, che per legge riflette quelle che sono le attuali conoscenze scientifiche del medicinale, **NON INTENDO ACCETTARE** un profilo di sicurezza basato su un campione di **390** soggetti dopo 20 anni, mentre i principi attivi sono ancora sotto indagine. Appurata

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

l'impossibilità di una valutazione a causa dell'ignominia contenuta nell'RCP ed analizzata meglio nel cap 5, solo l'analisi del **PBRER**, o del relativo **CCSI**, o del documento di riferimento, possono consentire un'analisi del rischio, mai preso in considerazione da tutti i destinatari della presente e senza i quali, le **future coercizioni costituiranno violenza privata**. La sperimentazione attuata sulla popolazione, quando effettuata in ottemperanza alle disposizioni sulla farmacovigilanza (e non è il nostro caso) necessita di decenni per comprenderne l'impatto. Dopo **37 ANNI**, si pubblicano articoli in cui si ammette dell'**uso** fatto degli amati africani per testare il DTP e l'OPV, **concludendo che il DTP abbia contribuito ad uccidere più africani** [\[L\]](#) [\[1-A77\]](#).

1-R42 - Come espresso in dettaglio nel capitolo 5, chiedo dunque copia del PSUR relativo al principio attivo del Triaxis Polio, pubblicato il 16/11/2022, come dichiarato nella EUDR list aggiornata al 18 ottobre 2023 [\[1-A10b\]](#).

Non è accettabile allo stesso modo il sotterfugio del “**principio attivo noto**” solo perché in commercio da più di 10 anni, quando ancora oggi si ingaga il profilo di sicurezza esaminandone l'impatto, riscontrando problemi e procrastinando agli anni avvenire con ulteriori studi [\[L\]](#) [\[L\]](#). Ancora oggi si sperimentano vaccini su donne in gravidanza ed i loro bambini, comparando sempre due veleni e soffermandosi solo sul solito end point primario, ovvero titoli anticorpali sviluppati dalla madre e dal nascituro, alla stregua di topi, mai menzionando aspetti di sicurezza [\[L\]](#) [\[L\]](#).

1-R42a - Chiedo al CMDh come sia possibile che dopo innumerevoli anni di analisi di **ICSRs** all'interno del **EVPM ICSRs** e del **EVCT ICSRs (SUSARs)** contenute in EudraVigilance, ancora oggi le **decine di patologie rilevate dalla sorveglianza post-marketing e riportate** nell'RCP, quindi **validate e confermate** dal PRAC, abbiano indicazione di **frequenza non nota**?

1-R42b - Il **CMDh ed AIFA confermano che le decine di patologie ancora presenti nell'RCP, e quindi non chiuse, sono ad oggi sotto indagine?**

1.2.7. ALTRI DESTINATARI

1.2.7.1. **Agenzia Regionale di Sanità (ARS TOSCANA)**

In particolare, Dott.ssa Rosa Gini.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

L'ARS è un organo consultivo che fornisce supporto scientifico alle attività di sanità pubblica, alla Giunta Regionale e al Consiglio Regionale della Toscana. L'ARS produce studi sullo stato di salute della popolazione e sui servizi sanitari erogati in Toscana. L'ARS, nella figura della dott.ssa Dini, partecipa al **VAC4EU** (*Vaccine monitoring Collaboration for Europe*) [\[L\]](#), soluzione di sostenibilità del progetto ADVANCE, finanziato dall'*Innovative Medicines Initiative (IMI)* da ottobre 2013 a marzo 2019, ossia dai soliti benefattori e case farmaceutiche [\[L\]](#) [\[1-A7\]](#). **La rete VAC4EU ha avuto per anni il compito umanitario di monitorare la sperimentazione di vaccini effettuata sulla popolazione durante la fase post-marketing e di fornire, nel caso emergano problematiche, i dati alle case farmaceutiche che prontamente avrebbero modificato il medicinale in questione, esprimendo al contempo “gratitudine”, senza esporla per modestia, alla popolazione danneggiata che avesse contribuito ad isolare la problematica.** Atto d'amore, questo, perdurante da un decennio ed in cui, a detta dell'organizzazione, si raccoglievano informazioni di sicurezza in varie E COMPLESSE piattaforme a livello europeo (EU-ADR, IMI-ADVANCE, IMI-ConcePTION) [\[L\]](#), i cui modelli di analisi **avrebbero dovuto generare un possibile allarme.**

Con solito **atto premonitore** e con il solito stratagemma dell'epidemia del 2009, nel 2019, la **VAC4EU diviene un'entità giuridica (addirittura con la benedizione del Re del belgio)**, rafforzando i partenariati pubblico-privati, ovvero le case farmaceutiche controllate dagli psicopatici e le autorità nazionali sottoposte. Si definivano, dunque, nuovi protocolli per la successiva analisi post-marketing di **nuovi preparati immunologici** [\[L\]](#).

Protocolli subito preparati per affrontare la sperimentazione del nuovo veleno, utilizzando la rete EU PE&PV network e la rete VAC4EU, tra cui evidenziamo:

- Signal detection based on cohort event monitoring (**EUPAS 38915**)
- Three types of safety protocols for assessment of safety (**EUPAS39361**)
 - Rapid assessment of safety signals
 - Safety evaluation of COVID-19 vaccines through electronic health records
 - Safety Protocol for Hospital Case–Based Monitoring

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- Effectiveness studies (**EUPAS39289**)
- Coverage study (EHR/registry based) (**EUPAS39361**)

1-R43 - Chiedo cortesemente alla ARS ed al Ministero della Salute, copia dei risultati raggiunti.

La ARS Toscana è inoltre coinvolta, all'interno del **VAC4EU**, in vari progetti di verifica di sicurezza ed efficacia dei veleni anti-covid, finanziati direttamente da EMA [\[L\]](#) [\[L\]](#), tra cui, i seguenti già finalizzati:

- **EUPAS47725**. *Martin E et al. Effectiveness of heterologous and booster Covid-19 vaccination in 5 European countries, using a cohort approach in children and adults with a full primary Covid-19 vaccination regimen. 31 May 2022.*
- **EUPAS42467**. *Sturkenboom M et al. Rapid Safety Assessment of SARS-CoV-2 vaccines in EU Member States using electronic health care datasources. 13 August 2021.*
- **EUPAS42504**. *Trifirò G et al. Cohort Event Monitoring of safety of COVID-19 vaccines in special populations (pregnant and lactating women, children and adolescents, immunocompromised, people with history of allergy, people with prior SARS-CoV-2 infection). 29 July 2021.*
- **EUPAS39798**. *Raethke M et al. Cohort Event Monitoring of safety of COVID-19 vaccines. 25 August 2021.*
- **EUPAS40404**. *Sturkenboom M et al. Cohort monitoring of Adverse Events of Special Interest and COVID-19 diagnoses prior to and after COVID-19 vaccination . 11 November 2021.*
- **EUPAS37273**. *Dodd C et al. Background rates of Adverse of Special Interest for monitoring of COVID-19 vaccines. 21 Sep 2020*

1-R44 - Chiedo cortesemente alla ARS ed al Ministero della Salute, copia dei risultati raggiunti.

La rete VAC4EU [\[L\]](#) partecipa allo studio **C4591021** compreso nel Post-Authorisation Development Plan, uno studio di sorveglianza della sicurezza di Comirnaty condotto in collaborazione con il Centro medico universitario di Utrecht (sempre presente). In particolare, il sottostudio **C4591038** è concepito per valutare la storia naturale di mio-/pericardite post-vaccinazione, ad es., stato di recupero (utilizzando la revisione della

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

cartella clinica) e/o identificazione di esiti cardiovascolari gravi (utilizzando dati strutturati esistenti) entro 1 anno dalla diagnosi di mio-/pericardite, tra i soggetti vaccinati con COMIRNATY così come negli individui non vaccinati.

Il Risk Management Plan ver 10.0 del giugno 2023 [1-A8], per lo studio C4591021 ed il sottostudio C4591038, riporta ancora:

Study Number Country (ies)	Study Title	Rationale and Study Objectives	Study design	Study populations	Milestones	
	Study Type Study Status					
C4591021 (former ACCESS/VAC4EU) EU	Post Conditional approval active surveillance study among individuals in Europe receiving the Pfizer BioNTech. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) vaccine. non-Interventional Ongoing	Assessment of potential increased risk of adverse events of special interest (AESI), including myocarditis/pericarditis after being vaccinated with COVID-19 mRNA vaccine, including individuals less than 12 years of age.	Secondary database analysis of observational data to assess potential increased risk of adverse events of special interest (AESI and other clinically significant events among	EU General population (all ages).	Protocol amendment submission (booster dose):	31-Dec-2021 ²²
		Estimating the time trend, in relation to DHPC letter dissemination, of the proportion of individuals who received real-world clinical assessments for myocarditis/pericarditis following Cominaty vaccination.	COVID-19 vaccine recipients in the EU. This study will include an analysis of individuals who receive booster dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine including the bivalent Omicron-modified vaccine if feasible.		Final CSR submission:	30-Sep-2024 ²³

1-R45 - Dopo due anni di indagini, ossia al 85% della milestone [L], la **ARS** concorda con la raccomandazione del PRAC e del CHMP sull'inserimento dell'esito FATALE nel'RCP e sulla modifica della furoviante frase contenuta precedentemente?

<p><i>Miocardite e pericardite</i></p> <p>Dopo la vaccinazione con Comirnaty è presente un aumento del rischio di sviluppare miocardite e pericardite. Queste condizioni possono svilupparsi entro pochi giorni dalla vaccinazione e si sono verificate principalmente entro 14 giorni. Sono state osservate più spesso dopo la seconda dose di vaccino e nei maschi più giovani. <u>I dati disponibili suggeriscono che il decorso della miocardite e della pericardite dopo la vaccinazione non è diverso da quello della miocardite o della pericardite in generale</u> (vedere paragrafo 4.8).</p>
--

1-R46 - Chiedo cortesemente alla ARS ed AIFA, sicura destinataria dei risultati, copia dello studio citato per confrontare i risultati ottenuti.

Stranamente, l'RMP 10.0 del giugno 2023, dopo la consultazione del VAERS, VSlink ed addirittura del sistema V-safe in UK [L], (proprio il sistema V-safe che lanciava allarmi da subito ed oggi dismesso [L]) sembrava non rilevare nessun eccesso di segnalazioni relativamente a miocarditi o pericarditi da indurre l'attuale variazione all'autorizzazione. Ricordo che l'aumento delle segnalazioni relative ad una **ADR è considerato NUOVA SEGNALAZIONE.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Come da prassi, sempre per la nostra sicurezza, gli studi sull'incidenza di miocardite e pericardite (oltre a tutto il resto) sono ancora in essere e dopo vari emendamenti, ne vedremo i risultati tra qualche anno, al netto di ulteriori pandemie ed armi biologiche [\[1-V145\]](#).

Table 73. Summary Table of Pharmacovigilance Activities and Risk Minimisation Activities by Safety Concern

Safety Concern	Risk Minimisation Measures	Pharmacovigilance Activities
Myocarditis and pericarditis	<p><u>Routine risk minimisation measures:</u></p> <p>SmPC sections 4.4. and 4.8.</p> <p><u>Additional risk minimisation measures:</u></p> <p>DHCP letter and communication plan (see V.2 and Annex 6).</p>	<p><u>Routine pharmacovigilance activities beyond adverse reactions reporting and signal detection:</u></p> <p>None.</p> <p><u>Additional pharmacovigilance activities:</u></p> <p><u>Studies (Final CSR Due Date)</u> C4591009 (31-Mar-2026) C4591011 (31-Jan-2025¹⁶) C4591012 (31-Dec-2023) C4591021 (former ACCESS/VAC4EU) (30-Sep-2024). C4591038 (former C4591021 substudy) (30-Sep-2024) C4591036 [former Pediatric Heart Network study] (14-Nov-2029) C4591051 (31-Jan-2028) C4591052 (31-Oct-2025)</p>

1-R47 - Chiedo a tutti i destinatari se questa modalità di gestione del rischio, adottata ormai da venti anni, sia consona per combattere l'esitazione vaccinale [\[L\] \[1-A8a\]](#)

1.2.7.2. Responsabili CRFV (Lombardia) / Responsabile RLFV (ASST dei settelaghi)

(art 31 DM 30 aprile 2015)

Dott.ssa Leoni Olivia [\[L\]](#) / Dott.ssa Raffaella Cavi [\[L\]](#)

Naturalmente sono coinvolte tutte le regioni ma, risiedendo in Lombardia, risponde la dottoressa Leoni e la dott.ssa Cavi.

Importante è il ruolo dei Centri Regionali per la Farmacovigilanza attraverso i quali, singolarmente o di intesa fra loro, le regioni **collaborano con l'AIFA** nell'attività di farmacovigilanza, fornendo elementi di conoscenza e valutazione ad integrazione dei dati che pervengono all'AIFA, ai sensi dell'articolo 31 del DM 30 aprile 2015.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Le regioni provvedono, nell'ambito delle proprie competenze, alla **diffusione delle informazioni al personale sanitario ed alla formazione degli operatori** nel campo della farmacovigilanza.

Costituiscono una rilevante **fonte di finanziamento** per le attività di farmacovigilanza, da svolgersi sull'intero territorio nazionale **ed a cui le regioni sono chiamate a contribuire**, quelli destinati in base all'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997 n. 449 ed erogate attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le Regioni.

A SEGUITO DELL'ABROGAZIONE DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL TITOLO IX del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 (attuazione della direttiva CE 83/2001) e successive modificazioni **da parte del comma 354, articolo 1, della Legge 24 dicembre 2012, n. 228, SI È RIMASTI IN ATTESA, PER 3 ANNI**, delle "procedure operative e delle soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza" descritte nel comma 344 della stessa legge 228.

1-R48 – Chiedo conferma al Ministero ed AIFA, dell'assenza di linee guida atte ad adempiere a quanto abrogato dal Titolo IX del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, relativo alla FARMACOVIGILANZA, per gli anni 2012, 2013, 2014 e 2015, necessarie per la corretta valutazione del rischio imposto ai nostri bambini.

L'abrogato articolo 132 del Decreto Legislativo 219 del 24 aprile 2016 **prevedeva** che i responsabili di farmacovigilanza provvedessero, previa verifica della completezza e della congruità dei dati, all'inserimento della segnalazione nella banca dati della rete di farmacovigilanza nazionale (RNF) **entro e non oltre sette giorni dalla data del ricevimento della stessa**, ed alla **verifica dell'effettivo inoltro** del messaggio alla regione ed alla azienda farmaceutica interessata.

1-R49 - Per l'ASST-Sette Laghi, chi ha ricoperto questo importante ruolo negli anni dal 2012 al 2015?

1-R50 – chiedo conferma ad AIFA ed al Ministero della Salute della mancata registrazione nell'RFN degli eventi avversi da vaccino per gli anni dal 2012 al 2016, causando, a seguito del mancato invio dei dati all'ECDC, una VIZIATA COMPrensione del rapporto rischio/beneficio di tutti i vaccini utilizzati.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Il RLFV è parte integrante di un sistema nazionale di FV che fa capo all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e pertanto è tenuto a rispettare le stesse regole ed a collaborare con l'Agenzia, fornendo il proprio contributo nei modi e nei tempi richiesti [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Leggendo la *Procedura Operativa Aifa Per I Responsabili Locali Di Farmacovigilanza: Gestione Delle Segnalazioni Nella Rete Nazionale Di Farmacovigilanza Revisione 03 del 25/10/2022* [\[L\]](#) [\[1-A11\]](#), pare che AIFA possa ancora chiedere informazioni aggiuntive al RLFV, in particolare, lo stato vaccinale del malcapitato.

L'Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN), istituita con Decreto del Ministero della Salute 17 settembre 2018 (cioè dopo l'estorsione Lorenzin), contiene le informazioni sullo stato vaccinale inserite nel **data-set minimo** di informazioni per singolo record.

1-R51 – Dunque, nel 2022, l'Anagrafe Vaccinale Nazionale era pienamente operativa secondo quanto specificato nell'articolo 2(3) del Decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2018?

Sempre nella procedura Operativa sopra menzionata si legge che, nel nostro Paese, SOLO dal **20 giugno 2022** è operativa la **nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza**, sviluppata al fine di recepire il nuovo formato standard internazionale "ISO Individual Case Safety Report (ICSR) ICH E2B(R3)" [\[L\]](#) per la segnalazione delle sospette reazioni avverse ai medicinali (inclusi i vaccini), così come previsto dall'art.26(2)(a) del (**datato**) Regolamento di Esecuzione EU 520/2012.

Dal 20 giugno 2022 è operativa la nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza, sviluppata al fine di recepire il nuovo formato standard internazionale ISO Individual Case Safety Report (ICSR) ICH E2B(R3) per la segnalazione delle sospette reazioni avverse ai medicinali (inclusi i vaccini), così come previsto dall'art.26(2)(a) del Regolamento di Esecuzione (EU) No 520/2012. Le novità introdotte non modificano le regole di gestione delle segnalazioni (es. tempistiche di invio e validazione in RNF), che rimangono invariate, ma impattano più che altro sulla parte di IT (Information Technology) e sul formato delle schede di segnalazione che invece subiscono importanti modifiche.

L'implementazione della nuova versione ICH E2B(R3) è stata introdotta sin dal luglio 2013 [\[L\]](#) e riguarda essenzialmente un **profondo cambiamento nella struttura**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

della scheda di segnalazione, per una migliore gestione, individuazione ed estrazione dei casi, in modo da superare le **lacune esistenti nel sistema**, data l'enorme quantità di dati da gestire [L].

La prima guida al nuovo formato risale al 2014 e la transizione è iniziata nel 2017 con l'avvio di Eudravigilance e lo standard R(3) è obbligatorio sin dal 2019, mentre da giugno 2022 è diventato mandatorio per tutti gli stati membri.

Dunque, solo nel 2022, **ovvero 10 anni** dopo l'emanazione del Regolamento di esecuzione (UE) n. 520/2012, venivano obbligate (ma ancora non disponibili) l'inserimento e le modalità di utilizzo dell'ISO ICSR, definito nella linea guida ICH.

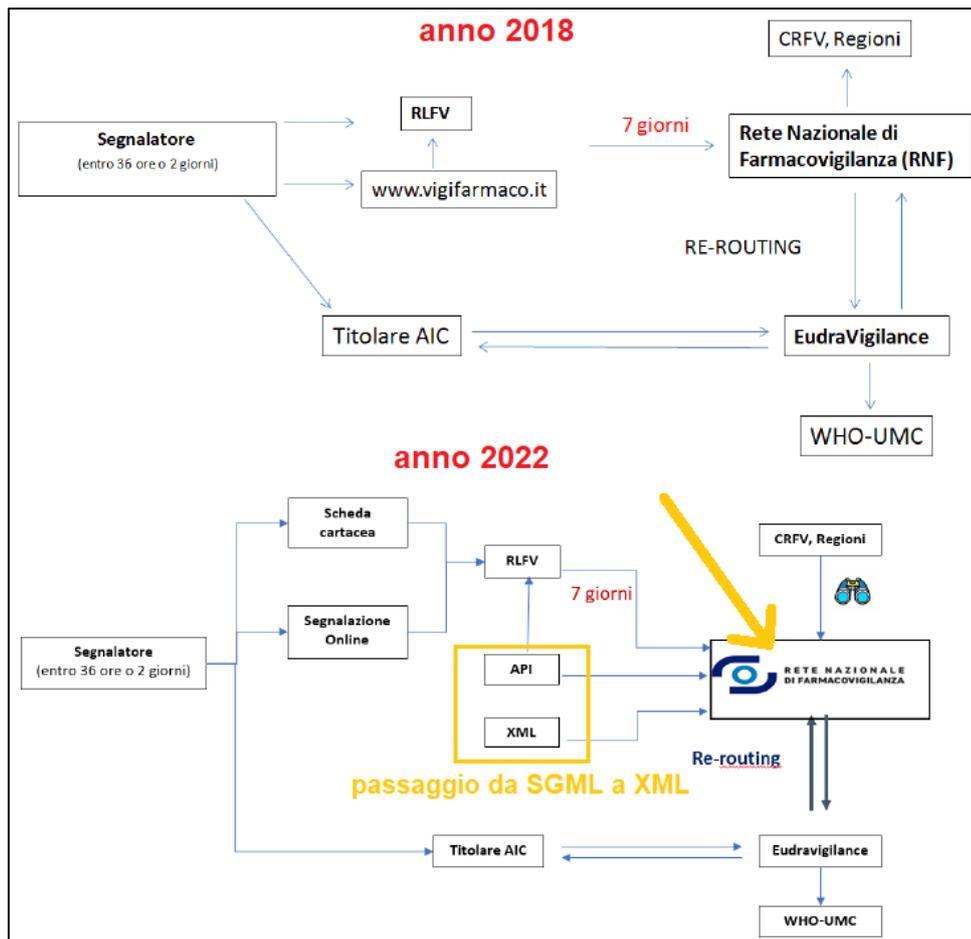
1-R51a – La versione di Eudravigilance lanciata nel 2017 richiedeva la codifica ICH E2B(R3) obbligatoria per gli ICSRs [L] [1-A118], dunque, chiedo ad AIFA ed al Ministero della Saute in che modo sono stati inviati a partire dal 2017, quando tale codifica è stata implementata solo nel 2022 [L]?

The EudraVigilance system does not accept ICSR messages in the ICH E2B (R2) format. This is stated in the [L] [Announcement of the EMA Management Board - Confirmation of the mandatory use of the ISO Individual Case Report standard based on ICH E2B\(R3\) modalities and related ISO standard terminology\(19/12/2019\)](#).

Users should report ICSRs using the ISO ICSR/ICH E2B(R3) format and use the related ISO standard terminology for pharmaceutical form and route of administration.

Nella figura di seguito è proposta la differenza del flusso informativo nella gestione delle segnalazioni tra *Procedura Operativa Aifa Per I Responsabili Locali Di Farmacovigilanza* del 2018 [1-A12] e quella del 2022.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



1-R52 - Chiedo cortesemente il preliminare (di alto livello) della **specifica tecnica della struttura del Registro Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), PRIMA DELL'ATTUALE AGGIORNAMENTO DEL 2023**, attestante la conformità agli standard espressi dall'articolo 26 del Regolamento di esecuzione UE 520/2012, per la condivisione a livello europeo dei dati necessari alla continua valutazione del rapporto rischio/beneficio, IN ASSENZA DEI QUALI, OGNI VALUTAZIONE NON SAREBBE ATTENDIBILE:

- XEVPRM (Extended Eudravigilance Medicinal Product Report Message)
- ICH E2B(R2) Maintenance of the ICH guideline on clinical safety data management: data elements for transmission of **Individual Case Safety Reports**

Nonché la specifica tecnica relativa ai seguenti standard, per la descrizione, il reperimento, la presentazione, la valutazione dei rischi e dei benefici, lo scambio elettronico e la comunicazione di informazioni relative alla farmacovigilanza e ai medicinali:

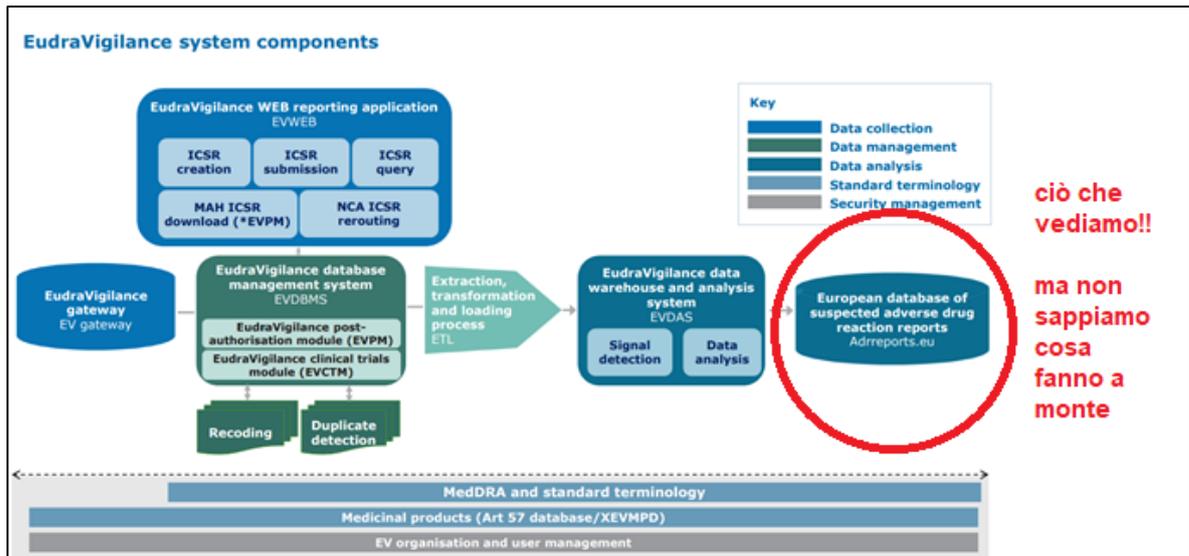
1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- EN ISO 27953-2: 2011 «Informatica sanitaria, Rapporti di sicurezza su casi individuali (ICSR) in farmacovigilanza — parte 2: Requisiti dei rapporti ICSR per i prodotti farmaceutici per uso umano» (ISO 27953-2: 2011);
- EN ISO 11615:2012 «Informatica sanitaria, Identificazione dei prodotti medicinali (IDMP) —Elementi e strutture dei dati per l'identificazione unica e lo scambio di informazioni regolamentate sui medicinali» (ISO/FDIS 11615:2012);
- EN ISO 11616:2012 «Informatica sanitaria, Identificazione dei medicinali (IDMP) — Elementi e strutture dei dati per l'identificazione unica e lo scambio di informazioni regolamentate sui prodotti farmaceutici» (ISO/FDIS 11616:2012);
- EN ISO 11238:2012 «Informatica sanitaria, Identificazione dei medicinali (IDMP) — Elementi e strutture dei dati per l'identificazione unica e lo scambio di informazioni regolamentate sulle sostanze» (ISO/FDIS 11238:2012);
- EN ISO 11239:2012 «Informatica sanitaria, Identificazione dei medicinali (IDMP) — «Elementi e strutture dei dati per l'identificazione unica e lo scambio di informazioni regolamentate sulle forme delle dosi farmaceutiche, le unità di presentazione e le vie di somministrazione» (ISO/FDIS 11239:2012);
- EN ISO 11240:2012 «Informatica sanitaria, Identificazione dei medicinali (IDMP) — Elementi e strutture dei dati per l'identificazione unica e lo scambio delle unità di misura» (ISO/FDIS 11240:2012).

Non entrando nel dettaglio tecnico delle sostanziali e complesse modifiche nella gestione delle ADR con la nuova versione ICH E2B(R3) [\[L\]](#), al link del sito dell'EMA si possono leggere alcuni dettagli del sistema EudraVigilance [\[L\]](#).

La box evidenziata dalla freccia gialla → nell'immagine precedente è esplicitata dal seguente diagramma a blocchi, illustrante le macroaree del sistema, dall'archiviazione, all'interrogazione ed estrazione dei dati in base ai parametri di ricerca (**eRMR** all'interno del **EVDAS**).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



La struttura è molto complessa (ma se ne può discutere [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#)) ed i dati mostrati al pubblico, durante la consultazione del portale ADRreports, riguardano la parte finale cerchiata in rosso.

Nella “*Procedura Operativa Per I Centri Regionali Di Farmacovigilanza rev 1 del Novembre 2022*” [\[L\]](#), si legge inoltre degli *Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano* del 30 marzo 2017 [\[L\]](#) [\[L\]](#) e del 6 giugno 2019, **RELATIVI AL RECUPERO DEI FONDI STANZIATI E NON UTILIZZATI PER PROGETTI DI FV ATTIVA NEGLI ANNI 2012-2014** [\[L\]](#) **E PER GLI ANNI 2017-2019** [\[L\]](#), per la creazione/potenziamento dei CRFV/RLFV così come disposto dal DM 30 aprile 2015 [\[1-A13\]](#).

Anche i fondi per gli anni 2010-2012, a seguito dell’abrogazione del Titolo IX del decreto legislativo 219/2006, verranno utilizzati anni dopo. Nel 2018 la Regione Emilia-Romagna, ad esempio, sperperava i fondi in corsi di **sensibilizzazione del personale sanitario** volti ad accrescere la consapevolezza dell’importanza della segnalazione ma, **tacitava poi i medici quando riportavano preoccupanti evidenze.**


Regione Emilia-Romagna
CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Tabella 3. Progetti di FV attiva multiregionali e regionali, progettualità 2016-2018 (fondi AIFA 2010-2011)

Nel documento, la regione Emilia partecipa insieme ad altre, al progetto “VIGIFARMACOVAX: sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino”, per il quale, con Deliberazione Della Giunta Regionale N. 1863 Del 29 Dicembre 2020 della regione Veneto, questa ne diventa capofila. Il progetto VIGIFARMACOVAX è un progetto di un programma più ampio denominato VALORE e per il quale il CRFV veneto è stato finanziato per un importo complessivo di euro **709.814,00 (euro **628.814,00** + euro **81.000,00** in seguito quantificata da AIFA per l'attività di coordinamento AIFA) [\[L\] \[1-A72\]](#).**

1-R53 - chiedo cortesemente ad AIFA (sicura destinataria dei risultati) ed alla Regione Veneto copia dei risultati del progetto multiregionale denominato VIGIFARMACOVAX [\[L\]](#), relativo alla farmacovigilanza in ambito vaccinale e menzionato nel rapporto sorveglianza vaccini 2021.

VIGIFARMACOVAX	Stimolare la segnalazione spontanea di eventi avversi a seguito di vaccinazione attraverso il coinvolgimento diretto dei genitori dei bambini vaccinati.
Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino	Coinvolgere attivamente i genitori nel contatto con gli operatori sanitari tramite AUSL Ferrara l'utilizzo di SMS e – per la componente aziendale - di un'apposita piattaforma (VigifarmacoVax) per la gestione degli SMS e delle segnalazioni.

Di seguito si riassume parte dell'operato dei CRFV e RLFV in collaborazione con AIFA ed il Ministero della Salute, relativamente al sistema di farmacovigilanza necessario per la corretta valutazione continua del rapporto rischio/beneficio della profilassi infantile. Una valutazione assolutamente necessaria nelle prime fasi di commercializzazione di veleni mal testati ed aventi come end-point primario solo un presunto efficace pannello immunologico, valutato spesso in **termini relativi e non assoluti:**

- E' accertato il mancato utilizzo dei fondi degli ultimi **10 anni**, necessari a valutare **soprattutto la sicurezza dei farmaci inoculati ai nostri bambini**, considerando anche il **mancato utilizzo** della quota per gli anni 2010-2012, in base a quanto dichiarato nel “Rapporto delle attività di Farmacovigilanza nella Regione Emilia-Romagna anno 2018” [\[1-A13a\]](#).

1-R54 - Tralasciando il Diario vaccinale del 2013, chiuso perché oneroso, e lo studio in Puglia [\[1-A14\]](#) che ha rilevato un aumento del **300%** delle segnalazioni rispetto alla sorveglianza passiva, chiedo al CRFV della regione Lombardia ed AIFA la **lista e copia** degli studi di **farmacovigilanza attiva**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

relativi ai vaccini pediatrici, dall'anno 2010 all'anno 2020, intendendo con l'aggettivo "attiva" lo studio sottoposto a **monitor**, senza il quale le segnalazioni cadono nel solito calderone delle segnalazioni spontanee, **inserite anni dopo** nell'RNF e mai preso in esame.

- È accertato il ritardo nel potenziamento dei CRFV/RLFV ad opera del DM 30 aprile 2015, potenziamento necessario dopo **l'abrogazione del Capo IX del Dlgs 219/2006** (Legge 24 dicembre 2012, n. 228) per la gestione continua del rapporto **rischio/beneficio** a seguito della analisi delle registrazioni di eventi avversi e follow-up.
- Sono continue e numerose le conferme della inadeguatezza del nostro sistema di farmacovigilanza, espressa come vedremo, in ogni rapporto di sorveglianza post-marketing ed in ogni documento del caso, come nel *Report Osservatorio GIMBE n. 9/2019*, relativo alla vaccinazione anti-pneumococcica [\[1-A15\]](#).

Anche le Regioni dispongono di propri sistemi di sorveglianza delle MIP di qualità molto variabile: in particolare, nel 2015 solo 7 (Province autonome di Trento e di Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Veneto) potevano contare su affidabili sistemi di sorveglianza regionale, meno suscettibili di under-reporting e under-diagnosis²⁹.

- È dichiarata, ancora oggi, la **stagnante situazione della farmacovigilanza** in particolare per i risultati derivanti dall'inoculazione di massa con una terapia genica pericolosa (ferma a maggio 2022 [\[L\]](#)).

Incredibile confessione di Aifa «Non abbiamo dati sui vaccini»



La farmacovigilanza si ferma a maggio 2022: «Non siamo in grado di dire quando verrà aggiornata». Il portale europeo Eudravigilance riesce a fare ancora peggio.

► COVID, LA RESA DEI CONTI

I dati sballati dell'Anagrafe vaccini: il numero dei morti è sbagliato

«La Verità» ha analizzato con un ingegnere informatico il file che riporta i nomi di 45 milioni di italiani che hanno fatto la puntura: nel campione selezionato viene segnalato appena l'8% dei decessi

Scandalo Sanitario, Aifa e Speranza sotto accusa: “hanno alterato i dati dei decessi da vaccino”

La manipolazione dei dati sui decessi "correlabili" ai vaccini getta ulteriori ombre sulla condotta di Aifa

di Francesca Zavettieri [22 Feb 2024 | 18:26](#)

1-R55 - CHIEDO AD AIFA I RISULTATI, INVIATI ALLA COMMISSIONE, DELLE ULTIME TRE VERIFICHE DEL SISTEMA DI FARMACOVIGILANZA NAZIONALE AI SENSI DELL'ARTICOLO 14(2) DEL DM 30 APRILE 2015.

1-R56 - Chiedo ad AIFA i motivi della mancata pubblicazione dei rapporti di sorveglianza vaccini Covid per l'anno 2023, fermi al rapporto n.14 [\[1-A15a\]](#) relativo ai dati cumulati sino a dicembre 2022 [\[L\]](#), annoveranti **971 decessi**. Decessi naturalmente tutti esclusi (eccetto 29) dal nesso causale, nonostante il **69% si sia verificato entro 14 giorni** dalla somministrazione, omettendo, inoltre, la successiva indagine richiesta dalla linea guida. Con sentenza del 21 giugno 2017, la Corte di giustizia dell'Unione europea, CG, sez. II, si è pronunciata affermando il principio per cui, in assenza di prove scientifiche che dimostrino o neghino in modo definitivo l'esistenza di un nesso tra la somministrazione del vaccino e l'insorgenza della malattia, il danneggiato può dimostrare il nesso causale tra vaccinazione e patologia contratta, sulla base della «prossimità temporale tra la somministrazione di un vaccino e l'insorgenza di una malattia», ovvero dell'esistenza di un numero significativo di casi repertoriati di comparsa di [una] malattia a seguito di ... somministrazioni.

1-R57 - Le omissioni dichiarate sono imputabili alla perenne assenza di strumenti atti a tracciare l'esposizione della popolazione (soprattutto pediatrica) a farmaci chiamati "vaccini" e gestirne poi in maniera tempestiva l'impattocasi di possibili contagi, derivati da:

- mancata attivazione del sistem PREMAL, istituito nel 2018 ma ancora inefficiente nel 2022 [\[L\]](#)
- Mancata informatizzazione delle Regioni per il collegmaneto alla Anagrafe Nazionale Vaccini
- Mancanza di risorse e mezzi che, nella gestione di una **mole enorme di segnalazioni** di reazioni avverse da veleno anti-covid, ancora inserivano migliaia di segnalazioni per le vaccinazioni pediatriche relative ad anni passati, nonostante la necessaria validazione nell'arco temporale tra una settimana ed i 90 giorni.

Il successo di tali iniziative è evidenziabile analizzando la distribuzione del tasso regionale di segnalazioni per 100.000 abitanti (fonte ISTAT 2019, Figura 6), riportato anche per tipologia di segnalatore (Tabella 2). A titolo di esempio, l'elevato tasso di segnalazione osservato in Val d'Aosta, Puglia e Friuli Venezia Giulia è riconducibile a progetti di farmacovigilanza attiva, sebbene la variabilità regionale esistente metta in luce la necessità di aumentare gli sforzi di sensibilizzazione alla segnalazione soprattutto nei territori meno ricettivi, tramite attività capillari sul territorio.

- **Mancata efficienza delle funzionalità prescritte di Eudravigilance** [\[L\]](#).

1-R58 – Perché nel 2014 bastavano 3 morti sospette per ritirare un vaccino antinfluenzale, mentre oggi 1000 decessi accumulati in poco più di un anno, non sono stati sufficienti [\[1-A66\]](#)?

Oggi non avrebbe neanche senso chiedere i risultati dei follow-up concernenti migliaia di soggetti, obbligati dal DM 30 aprile 2015 e relativi alla percentuale di casi gravi segnalati, compresi delle relative relazioni cliniche dettagliate richieste dal RLFV al segnalatore ed inserite nel RNF nell'apposita sezione.

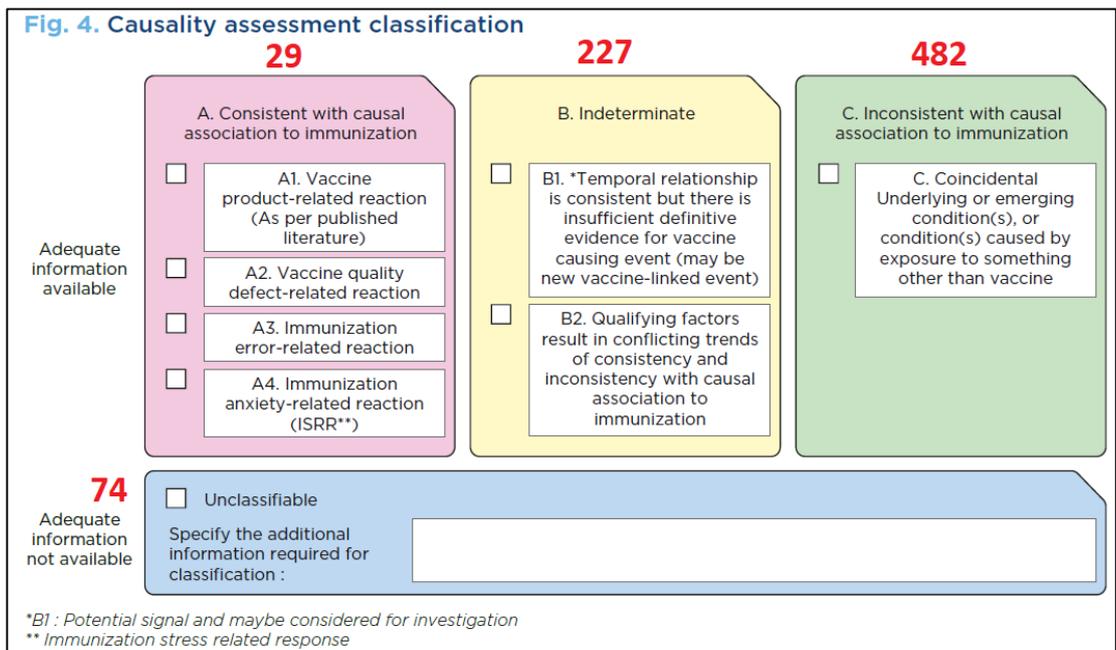
Tali gravi inadempienze, omissioni e menzogne costituiscono ancora oggi il fondamento per i prossimi atti criminali e pianificati [\[L\]](#), discussi

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

dall'ennesimo board para-scientifico nell'ennesimo ridicolo meeting [\[L\]](#) [\[L\]](#).

RIMARCANDO L'INUTILITÀ E LA MANCANZA DI ALCUN VALORE LEGALE DELLE BEOTE LINEE GUIDA DELL'OMS, da Voi tutti seguite,

analizziamo il documento citato nella circolare. La valutazione e classificazione delle segnalazioni si esplica nei blocchi seguenti, i quali, rappresentano tutti i possibili casi della valutazione di un ADR. Nel diagramma contenuto nella linea guida sono stati inseriti i soli decessi come da classificazione dell'ultimo rapporto n.14, trascurando le **140.000 segnalazioni** di cui circa **20.000 gravi**. **Una mole di segnalazioni che richiedevano un esercito per essere processate e che, matematicamente, rendevano impossibile una analisi accurata della drammatica situazione.**



1-R59 - Dal confronto della c.d. procedura di classificazione della linea guida con l'analisi contenuta nel rapporto di sorveglianza 14, chiedo ad AIFA ed al Ministero spiegazioni sull'eliminazione di ben 159 casi di decesso (16.4%) dal computo nell'algoritmo.

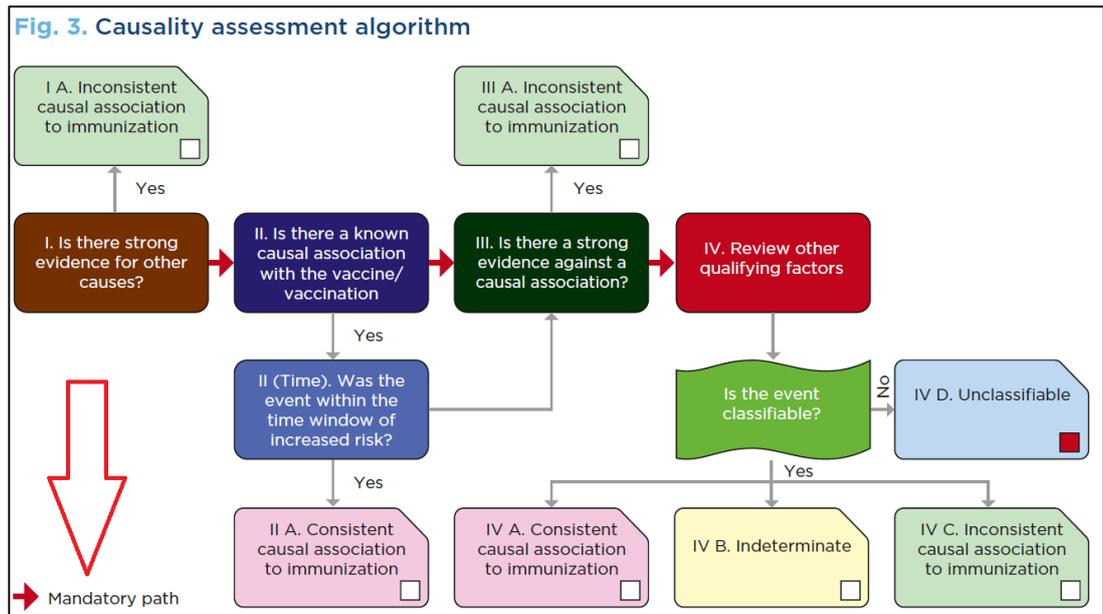
1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Considerando che per poter applicare l'algoritmo per la valutazione del nesso di causalità nelle migliori modalità è necessario che le segnalazioni siano più complete possibili, questo comporta che trascorra del tempo tra l'inserimento della segnalazione nel sistema e la valutazione, necessario per acquisire le informazioni mancanti o risolvere eventuali incongruenze. L'83,6% (812/971) delle segnalazioni con esito decesso presenta una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo dell'OMS, in base alla quale il 59,4% dei casi (482/812) è non correlabile, il 28,0% (227/812) indeterminato e il 9,1% (74/812) inclassificabile per mancanza di informazioni sufficienti. Complessivamente, 29 casi (3,6%) sugli 812 valutati sono risultati correlabili alla vaccinazione anti-

Riguardo al fantomatico utilizzo, ormai decennale, dell'**algoritmo dell'OMS**, tale valutazione non si esplica in modo automatico e veloce. In relazione ai soli **971 decessi**, tralasciando le **decine di migliaia** di segnalazioni di ADR, si vuol far passare l'idea che l'esclusione del decesso dalla correlazione col **veleno inettato**, si ottenga al pari di un videogioco, inserendo il nome del defunto in una schermata e schiacciando un bottone per visualizzare il risultato. Al contrario, anche tale semplice algoritmo è **parte integrante e singolo step** di un processo più articolato (su 4 step) e descritto nell'ultimo aggiornamento (2019) del "*Causality assessment of an adverse event following immunization (AEFI)*" [\[1-A22\]](#). L'utilizzo dell'algoritmo è previsto nello **step 3** della valutazione, dopo un'attenta e lunga analisi relativa allo step 1 (Eligibility) e allo step 2 (Checklist), fasi necessitanti di elevata professionalità (e moralità) nel reperimento delle informazioni richieste.

Lo step 3, **ALGORITMO**, altro non è che una indicazione del processo logico e metodico utilizzato per ottenere un risultato a partire da dati iniziali. Di certo un algoritmo può essere automatizzato ma **non può esserlo del tutto** in questo caso. Per la valutazione del nesso di causalità, comprendente decine e decine di variabili, "spetta all'esperto in farmacovigilanza" seguire i passi descritti (alcuni obbligati) nel seguente schema a blocchi.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



Naturalmente, la valutazione del nesso di causalità **non può essere affidata ad un singolo soggetto** ma, come indicato nella elementare guida nonché nel regolamento di esecuzione UE 520/2012, dovrebbe essere affidata ad un **PANEL DI ESPERTI IN VARI CAMPI**, in modo da avere una **visione multidisciplinare dell'evento**, così come richiesto dal Module IX – Signal management delle Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP) [\[L\]](#).

1-R60 – LE BANALITÀ CONTENUTE NELLA CITATA LINEA GUIDA DELL'OMS COSTITUISCONO LA SOLA PROCEDURA UTILIZZATA DALLE NOSTRE AUTORITÀ SANITARIE PER LA VALIDAZIONE DEI SEGNALI?

Sin dal concepimento di EudraVigilance [\[L\]](#), si discute sulle funzionalità e politiche di accesso. Sino al 2017, **in violazione del regolamento UE 520/2012**, è accertata la totale inutilità e sottostima del database e delle funzionalità di indagine [\[L\]](#) [\[1-A122\]](#), aggravate dalla mancanza di invio di dati da parte di molti Stati membri, in primis l'Italia. Solo nel 2017 vengono forniti, ai Titolari di AIC, i primi strumenti rudimentali per l'accesso ai dati di EV (EVDAS).

1-R61 – In relazione al nesso di causalità, chiedo ad AIFA il motivo della totale inattività nella determinazione del valore probatorio di un segnale ed il **rimando ventennale a linee guida di soggetti terzi, non intervenendo mai**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

attivamente nella definizione dei parametri, come dettato dall'articolo 20(1) del regolamento di esecuzione UE 520/2012, escludendo a priori il primo fattore plausibile, dato dalla **assoluta novità ed indeterminazione del medicinale**.

1-R63 - Chiedo evidenza dei corsi effettuati dal RLFV, in particolare per la Regione Lombardia, per l'acquisizione delle conoscenze teoriche e pratiche (di non facile metabolizzazione) per lo svolgimento delle attività di FV, su iniziative di aggiornamento organizzate dall'AIFA e dal Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV) di riferimento, anche in relazione al nuovo standard ICH(R3) della codificata **MedDRA** (Medical Dictionary for Regulatory Activities), in ottemperanza all'articolo 14 del regolamento di esecuzione UE 520(2012).

1-R64 - Chiedo inoltre ad AIFA ed al Ministero della Salute, l'elenco degli stati membri che operano già con la nuova codifica, in modo da avere un quadro generale sull'omogeneità dei dati, e quindi sull'affidabilità dei report dell'ECDC.

- Tali richieste **non sono semplice volontà di LITE ma preoccupazione** a causa della **documentata incuria, pressapochismo ed omissività con cui è stata gestita e si continua a gestire la sicurezza della mia famiglia**, in relazione a trattamenti sanitari obbligatori. Sono gravissime le discrepanze riscontrate tra i dati rilevati in EudraVigilance e dati presenti in studi e letteratura.

Porto, ad esempio, il numero delle segnalazioni relative al medicinale INFANRIX HEXA, medicinale immunologico (rDNA) e non "vaccino", inoculato a mia figlia nel 2011, quando ancora non esisteva la parola **sorveglianza** [\[L\]](#) (cap 8), quando era appena entrato in vigore il draft del progetto di **politica di accesso** a EudraVigilance [\[L\]](#), aggiornato poi nel 2014, e quando era in atto il processo per disastro colposo contro l'ex direttore di AIFA, Nello Martini, per non aver aggiornato il foglio illustrativo di 22 farmaci [\[L\]](#), **naturalmente poi prosciolti nel 2015**.

Consultando il data base Eudravigilance per il medicinale Infanrix Hexa [\[L\]](#), che rimanda per il pubblico al sito ADRreports, il database europeo annovera **27.432** segnalazioni al **08/01/2024**, di cui **9.813** provenienti dall'Italia, Paese

capofila nella sperimentazione del farmaco e, naturalmente, al primo posto per segnalazioni! Tale valore non trova corrispondenza con il report di sorveglianza redatto dallo stesso produttore nel 2020, relativo alla valutazione del profilo di sicurezza mediante analisi delle sole segnalazioni spontanee [\[1-A16\]](#).

3.1. Common adverse reactions reported since launch

From 23 February 2000 to 22 October 2017, GSK received a total of 31,892 spontaneous AE reports worldwide following vaccination with DTPa-HBV-IPV/Hib, of which 8,838 reports (27.7%) were considered as serious. The majority of these reports originated from Italy (12,386; 38.8%), Germany (5,934; 18.6%) and France (3,629; 11.4%).

La GSK dichiarava, per l'Italia, **12.386** segnalazioni **sino al 2017. Dopo 5 anni, il data-base europeo riporta il 22% di segnalazioni in meno.** Discrepanza rilevata dal codancons nel 2017, paragonando i dati dei rapporti post-marketing relativi agli anni 2014, 2015 e 2016 e pubblicati in ritardo, con i dati dell'OSMED [\[L\]](#).

1-R65 - Se queste incongruità possono risultare gravi, quale livello di gravità assume la constatazione della manomissione dei PSUR da parte del titolare dell'AIC, il quale eliminava degli EVENTI NEFASTI [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) nei PSUR di Infanrix Hexa, uno dei medicinali più pericolosi e sperimentato solo nel nostro Paese [\[1-A120\]](#)?

1-R66 - Chiedo conferma di tali discrepanze e manomissioni di dati riguardanti farmaci inoculati a mia figlia nel 2011 ed in maniera ingannevole, non menzionando il burrascoso percorso del medicinale, analizzato nel capitolo 8 [\[1-VT1\]](#).

Inoltre, l'analisi del rapporto della GSK mette in evidenza L'INAFFIDABILITÀ DI TUTTO IL SISTEMA DI FARMACOVIGILANZA EUROPEO che, se confermata, FALSEREBBE tutte le valutazioni sul rapporto rischio/benefici dei medicinali inoculati alla popolazione pediatrica ed in genere per tutti i medicinali in commercio. Le segnalazioni relative al vaccino Infanrix Hexa risultavano provenire,

nella maggioranza dei casi, dai tre paesi scelti per la sperimentazione. Oltre alla capofila (Italia), sono evidenziate le segnalazioni di Germania e Francia. Il confronto tra i dati prodotti dalla GSK sino al febbraio 2017 ed i dati contenuti oggi nel database di EudraVigilance è allarmante e documentato nel seguente video [\[1-VT3\]](#).

Stessa discrepanza, e quindi **inaffidabilità**, emerge confrontando il contenuto della relazione *“Farmacovigilanza Dei Vaccini: Sicurezza dei Vaccini Contro L’HPV, relativa al Corso di CORSO di PERFEZIONAMENTO in FARMACOVIGILANZA dell’ anno accademico 2015-2016”* [\[L\] \[1-A17\]](#). Nella relazione si legge che, secondo i dati aggiornati a **novembre 2016**, per il **Gardasil** fossero state registrate **36.785** segnalazioni. Il data base AdRreports riporta invece un numero di segnalazioni, al 08 gennaio 2024, pari a **20.047**, **OSSIA CIRCA IL 50% IN MENO** [\[L\]](#).

Nel seguente video una testimonianza di una partecipante alla sperimentazione, passata dallo stato di buona salute prima, alla diagnosi di cancro cervicale allo stadio 3 dopo la prima iniezione [\[1-V102\]](#).

1-R67 - Chiedo conferma della grave discrepanza riscontrata nell’indicazione delle segnalazioni relativamente al vaccino Gardasil e testimoniata nel seguente video [\[1-VT2\]](#)

Dati e numeri incongruenti, confermantì ancora inaffidabilità nel produrre prove concrete sulla sicurezza nella gestione della salute pubblica, si riscontrano oggi relativamente al danno arrecato con gli ultimi preparati biotecnologici. I dati dell’ultimo rapporto AIFA, **fermi a dicembre 2022**, riportano la seguente distribuzione delle segnalazioni:

Vaccino anti-COVID-19	Segnalazioni al 26/12/2022	Dosi somministrate al 26/12/2022	Tasso di segnalazione (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%
Comirnaty	93.179	96.309.064	97	96-98
Spikevax	21.310	34.320.448	62	61-63
Principio attivo mRNA	20			
Vaxzevria	24.383	12.172.625	200	197-203
Jcovden	1.778	1.508.984	118	113-123
Nuvaxovid	148	43.649	339	284-394
Totale	140.818*	144.354.770	97	96-98

**il numero totale delle segnalazioni per vaccino commerciale non corrisponde al totale delle schede presenti nella RNF ma è maggiore in quanto in alcune schede sono indicati due o più vaccini sospetti (dopo vaccinazione eterologa)*

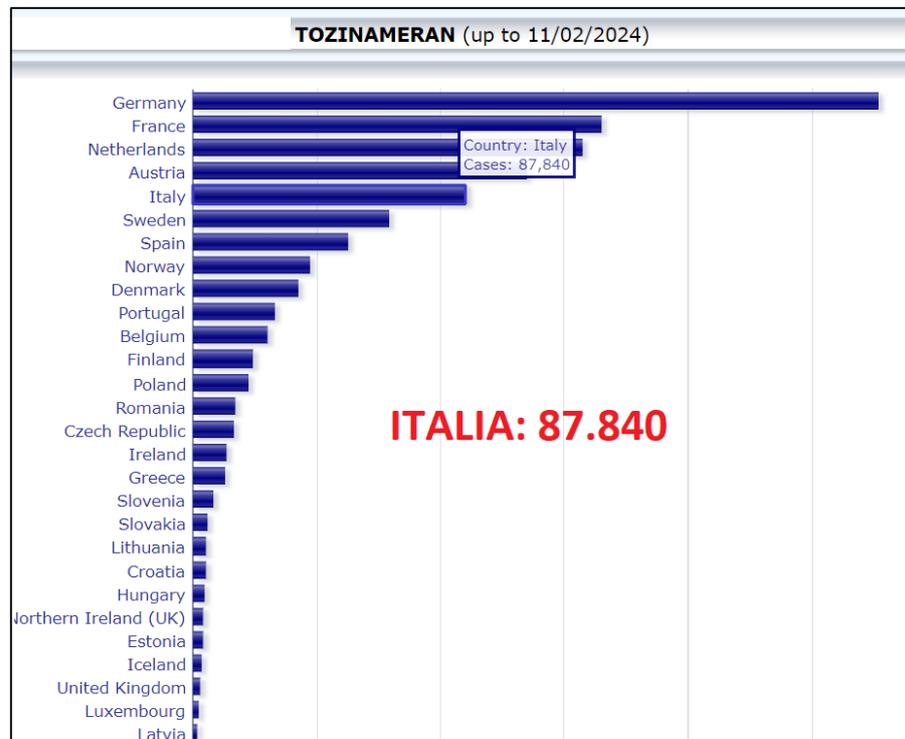
1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Riferendoci al veleno più utilizzato e contrattato tramite un paio di SMS tra Burla e la von Der Leyen, si annoverano, a dicembre 2022, un totale di **93.179** segnalazioni per il Comirnaty.

Il database europeo **ADRreport** fornisce un elenco di tutti i veleni utilizzati, discriminando tra le varie denominazioni e composizioni [\[L\]](#).

COVID-19 MRNA VACCINE MODERNA (ELASOMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE MODERNAOMICRON XBB.1.5 (ANDUSOMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE MODERNA ORIGINAL/OMICRON BA.1 (ELASOMERAN, IMELASOMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE MODERNA ORIGINAL/OMICRON BA.4-5 (ELASOMERAN, DAVESOMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE PFIZER-BIONTECH (TOZINAMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE PFIZER-BIONTECHOMICRON XBB.1.5 (RAXTOZINAMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE PFIZER-BIONTECH ORIGINAL/OMICRON BA.1 (TOZINAMERAN, RILTOZINAMERAN)
COVID-19 MRNA VACCINE PFIZER-BIONTECH ORIGINAL/OMICRON BA.4-5 (TOZINAMERAN, FAMTOZINAMERAN)
COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA (CHADOX1 NCOV-19)
COVID-19 VACCINE JANSSEN (AD26.COV2.S)
COVID-19 VACCINE NOVAVAX (NVX-COV2373)
COVID-19 VACCINE NOVAVAX XBB.1.5 (NVX-COV2373)
COVID-19 VACCINE VALNEVA

Considerando i dati del solo Comirnaty/Tozinameran, il database annovera, **OGGI**, 1.260.000 segnalazioni totali. La distribuzione sui vari stati membri riporta:



Overo, il database europeo, fonte di dati per la corretta valutazione del rischio da parte del pubblico, **riporta il 5.5% in meno delle segnalazioni registrate 14 mesi fa.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- Oltre a numeri strampalati (impossibile esporli tutti), propongo un primo esempio di **superficialità e banalità della sorveglianza post-marketing generale**. Nella relazione del corso di perfezionamento in farmacovigilanza sopra menzionata, si discute naturalmente delle ADR, riscontrando un notevole tasso di segnalazione. In particolare, per quanto riguarda la Sindrome di Guillain-Barre (GBS) (inserita ancora nell'RCP dei vaccini HPV) si menzionano studi contrastanti:

vaccinazione [57]. La manifestazione di GBS dopo la vaccinazione con vaccino HPV quadrivalente è stata investigata da diversi autori. Nonostante alcuni studi descrivano un più alto reporting di segnalazioni di GBS nelle ragazze vaccinate [58, 59], altri studi indicano che non esistono associazioni causali significative tra la GBS e la vaccinazione contro l'HPV [60-62]. Dati provenienti dal CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), raccolti nel database VAERS, indicano che il numero di segnalazioni riportate era entro i limiti attesi nella popolazione generale [63]. In più, lo studio di Gee et al. su dati provenienti dal VSD (*Vaccine Safety Datalink*) di oltre 600.000 dosi durante lo studio non ha riscontrato nessun incremento dei casi GBS in parallelo alla somministrazione del vaccino HPV quadrivalente [64]. In un altro grande studio caso-controllo condotto su giovani donne, non sono stati riscontrati casi di GBS nel gruppo vaccinato con vaccino HPV quadrivalente [65].

L'ultimo grande studio (sempre retrospettivo sulla sofferenza insorta) del 2014 e citato nella bibliografia della relazione [L], dopo complicatissimi calcoli statistici, pare escludere categoricamente l'associazione ma con le solite e dovute limitazioni.

Conclusions: No evidence of an increase in the risk of the studied ADs was observable following vaccination with Gardasil within the time periods studied. There was insufficient statistical power to allow conclusions to be drawn regarding individual ADs.

Tre anni dopo, nel 2017, altri studi al contrario, rilevano un aumento del tasso di incidenza di patologie autoimmuni, in particolare la GBS [L] e si chiedono ulteriori indagini.

Conclusions

Our study provides reassuring results regarding the risk of AID after HPV vaccination, but an apparently increased risk of GBS was detected.

Further studies are warranted to confirm this finding.

Come accadrà sempre, dopo vari anni si pubblicano ulteriori **fandonie epidemiologiche** che nuovamente escludono l'associazione [L], rimarcando però la necessità di ulteriori indagini.

Conclusion: No evidence of an association between HPV vaccination and ADs was found. Given the low number of estimates for individual AD, additional and larger observational studies are needed to verify our findings.

Si continuerà così all'infinito, con revisione di letteratura, cioè gli stessi studi che richiedono altri studi, che escluderanno qualsiasi nesso con malattie autoimmuni [L], includenti però l'insorgere di nuovi segnali, come la sclerosi multipla [L] o l'ultimissima l'associazione tra vaccinazione HPV e Lupus Eritematoso [L], che richiederebbero ulteriori studi.

In base al processo di **Signal Management (mentre la popolazione viene danneggiata)** [L], il proseguo dello studio del segnale di allerta, implica la **naturale e probabile correlazione** col medicinale in quanto, in caso di **accertata esclusione**, **il segnale di allerta viene chiuso**. Infatti, come giustamente espresso da AIFA nel documento allegato, "**la sola assenza di prova non costituisce prova di assenza**".

Nonostante l'obbligo di PASS (e PAES) di vario tipo e studi interventistici [L], necessari a seguito dell'introduzione di medicinali biologici ed usati per la profilassi pubblica e soprattutto nella popolazione pediatrica [L], una analisi condotta nel 2022 [L] sul data-base di archiviazione [L], ha mostrato come su **1.426** studi tra il 2010 ed il 2018, **solo 30 (2%)** erano costituiti da studi clinici e solo **16 (1%)** si riferivano a revisioni sistematiche/meta.

Dunque, il 97% degli studi è costituito da buffonate epidemiologiche, mancanti di protocolli nel 63% dei casi. Studi inutili ed effettuati anni dopo la somministrazione di farmaci sconosciuti e volti a nascondere il danno arrecato, grazie ai quali è possibile scrivere nell'RCP: "Poiché gli eventi avversi post-commercializzazione sono segnalati volontariamente da una popolazione di dimensione non certa, non sempre è possibile stimare in modo attendibile la loro frequenza o stabilire una relazione causale con l'esposizione al vaccino. Di conseguenza, a questi eventi avversi è assegnata la frequenza "non nota".

In questo modo rimarrà per sempre caratterizzata solo la frequenza degli eventi fino a "non comuni" contenuti solo gli eventi non gravi. Tutto il resto resterà solo menzionato a tutela legale del Titolare dell'AIC.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Essendo inutile continuare con le citazioni, chiudo con uno studio (sempre dagli amici cinesi) del **novembre 2022** [\[L\]](#), in cui, utilizzando metodi statistici sconosciuti, data-base frammentati ed omissivi, sorveglianza passiva sottostimata [\[L\]](#), perdita di dati dovuta a variazioni di codifica e di nomenclatura non armonizzata (ICM) e consultando per questo il VAERS, si identificano **46 SAE** univoci statisticamente significativi, da associare ad almeno uno dei tre vaccini HPV ma, al solito, ci si rallegra del risultato e si richiedono ulteriori approfondimenti. Ed ancora oggi i ragazzi soffrono inutilmente [\[1-Vca\]](#).

Conclusions: Our study led to the better understanding of the AEs associated with the licensed HPV vaccines. The hypotheses on the cause and effect relationships between the HPV vaccination and specific AEs deserve further epidemiological investigations as well as clinical trial studies.

Relativamente alla GBS, nel Piano Nazionale Vaccini 2005 [\[L\]](#) [\[1-A17a\]](#), nei suggerimenti per la compilazione della scheda di segnalazione di eventi avversi a farmaci e vaccini, SI DICHIARAVA LA QUASI CERTEZZA DEL NESSO CAUSALE CON L'INSORGENZA TEMPORALE:

Sindrome di Guillain-Barrè/poliradicoloneurite: *paralisi flaccida ad inizio acuto, simmetrica, ascendente, rapidamente progressiva, con perdita di sensibilità periferica, in assenza di iperpiressia. L'esame del liquor evidenzia dissociazione albumino-citologica. L'associazione a vaccino è ritenuta certa o probabile in caso di Sindrome di Guillain-Barrè insorta entro 60 giorni dalla somministrazione del vaccino.*

Dieci anni dopo, nel 2016, l'RCP del vaccino **DAPTACEL** [\[L\]](#) [\[1-A133\]](#) riportava:

5.3 Guillain-Barré Syndrome and Brachial Neuritis

A review by the Institute of Medicine found evidence for a causal relation between tetanus toxoid and both brachial neuritis and Guillain-Barré syndrome. (1) If Guillain-Barré syndrome occurred within 6 weeks of receipt of a prior vaccine containing tetanus toxoid, the risk for Guillain-Barré syndrome may be increased following DAPTACEL.

Preciso che il DAPTACEL è un prodotto "simile" al Repevax (Triaxis Polio) obbligato oggi per la propria figlia [\[L\]](#).

Infine, nell'analisi condotta nel periodo 1 ottobre 2010 – 30 settembre 2012 e descritta nel "report *Rapporto sulla sorveglianza postmarketing dei vaccini in Italia - Anno 2012*" [\[1-A17d\]](#) i risultati mostrano una associazione tra vaccinazione antinfluenzale ed insorgenza di GBS, ma nulla è stato fatto se non mantenere l'indicazione della possibile patologia nell'RCP e continuando a tacere per i successivi 10 anni.

fluenzale considerando come periodo di riferimento nei due anni di studio il periodo 1 ottobre – 15 maggio di ciascuna delle due campagne vaccinali. L'analisi è stata condotta con due tipologie di studio: caso-controllo matched e Self Controlled Case Series (SCCS). I risultati mostrano una associazione tra vaccinazione antinfluenzale ed insorgenza di GBS. Questa associazione si conferma sia per la campagna vaccinale 2010-2011 (analisi caso-controllo: OR=3,8; SCCS: RR=2,1) sia per la campagna 2011-2012 (SCCS: RR=1,8), sia infine analizzando

L'insorgenza di tale patologia a seguito di profilassi anti-influenzale A/New Jersey, ed in misura preoccupante, è stata accertata più di 50 anni fa [L].

1-R68 - Come può, un genitore, sapere dell'associazione quasi certa tra vaccino e patologia, anche dopo 2 mesi dall'inoculazione, se non è a conoscenza della possibilità dell'evento, essendo oggi confermata la mancanza di corretta informazione [L]?

1-R69 - Come poteva conoscere un genitore tale possibilità nel 2005, in assenza di qualunque tipo di informazione a riguardo?

1-R70 - Come poteva conoscere un genitore, nei primi anni 2000, in assenza di qualunque tipo di informazione a riguardo, della possibile insorgenza della **paralisi acuta** a seguito della vaccinazione OPV anche a distanza di 45 giorni, oppure della comparsa della **Osteite/Osteomielite anche dopo un anno**, a seguito della vaccinazione con BCG, il cui nesso causale era **scientificamente correlabile** dall'isolamento dell'agente BCG da un focus di osteomielite? Queste erano le **dovute** finestre temporali di osservazione definite dal gruppo SIFO - Sezione Regionale Toscana-Gruppo Informazione Scientifica [1-A17e] presentate al SIFO 2003, XXIV Congresso Nazionale Venezia - 28 Settembre-01 Ottobre 2003.

La GNS è stata associata a diversi vaccini (bbia, polio, tetano, vaiolo, rosolia, epatite b, parotite, ma soprattutto il vaccino antinfluenzale) sin dagli anni 70 [L], quando negli USA, la campagna di vaccinazione di massa contro l'influenza suina fu interrotta perché vi furono almeno **532** casi accertati di questa sindrome [L]. Dopo vent'anni, oggi si sviluppano ancora algoritmi [L] per la valutazione del nesso causale per la GBS, criticando le banali e pressapochiste linee guida **DELL'ASSOCIAZIONE CRIMINALE DENOMINATA OMS [1-V83] [1-V32] [1-Vaa] [1-Vaaa] [1-Vaaaa] [1-Vab] [1-Vba] [1-Vabc] [1-V-] [1-V--] [1-V---] [1-V----] [1-V-----]**.

- Come affermato in più punti della trattazione, a tutela della salute di mia figlia e della mia famiglia, **NON ACCETTERÒ BUFFONATE EPIDEMIOLOGICHE RETROSPETTIVE** di cui repository scientifici di dubbia onestà traboccano [\[L\]](#), ma solo evidenze di **LIVELLO 2 (studi di coorte ben strutturati [\[L\]](#)) e LIVELLO 3 (letteratura sistematicamente revisionata da studi caso-controllo) PER OGNI IMPOSIZIONE TERAPEUTICA.**

Le pagliacciate come lo studio israeliano pubblicato sull'autorevolissimo NEJM [\[L\]](#) che mostra addirittura come la terza dose del miracoloso Comirnaty riduca la mortalità TOTALE, ossia conferisca immortalità (non considerando la gente non vaccinata e sana) potrà essere utilizzato in conferenze, citato in tv, ma ogni studio sarà analizzato in sede di colloquio con carta e penna (che procurerò io, per non incidere sulle finanze dello stato).

Così come la buffonata dello studio retrospettivo effettuato con i dati della regione Puglia dal 2009 al 2017 [\[L\]](#), in cui, oltre **alla criminale ammissione della violazione delle raccomandazioni di AIFA del 2011** sulla sospensione del vaccino MPRV a causa dell'elevato numero di convulsioni febbrili e non rispettata dalla regione, non si rilevava alcun nesso causale grazie all'applicazione dell'algoritmo dell'OMS. Uno studio in cui si ammetteva la non obbligatorietà della sorveglianza sino al 2017. Uno studio in cui, dall'analisi del database "AIFA", intendendo forse l'RNF, si estraevano **solo 155 segnalazioni in 8 anni. Tale valore non ha alcun senso**, essendo la regione Puglia insieme ad altre 3/4, le regioni cardine su cui si fondavano tutte le evidenze di AIFA, ma soprattutto perché tale valore non corrisponde agli ordini di grandezza rilevati dall'unico studio di sorveglianza attiva effettuato proprio in Puglia e nel quale, per il vaccino MPRV, è stato effettuato un confronto tra le segnalazioni intercorse nel periodo di **un solo anno** su 1.672 soggetti e le segnalazioni intercorse dal 2013 al 2017, con questi risultati [\[1-A17b\]](#):

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Gravità	Sorveglianza attiva (n=656)			Sorveglianza passiva (n=112)		
	n	%	Reporting rate (x1.000 dosi)	n	%	Reporting rate (x1.000 dosi)
Grave	68	10,4	40,69	32	28,6	0,12
Non grave	588	89,6	351,67	62	55,3	0,23
Non definita	0	0,0	0,00	18	16,1	0,07
Un solo anno e 1.672 soggetti				dal 2013 al 2017!		

- **Men che meno sono accettabili semplici studi comparativi tra diverse composizioni e contenenti le stesse sostanze tossiche del processo produttivo ed a seguito di follow-up di pochi giorni [1-A17c].**

Comparazione tra prodotti aventi lo stesso scandaloso profilo di sicurezza, se confrontato con la malattia, [L]. Per la valutazione dell'impatto di sostanze tossiche, come gli adiuvanti, nonostante le indicazioni contenute nelle GUIDELINE ON CLINICAL EVALUATION OF NEW VACCINES del 2005 [L], del successivo draft del 2018 [L] e dell'adozione del 2023 [L], **MAI** sono stati effettuati studi comparativi tra prodotti adiuvati e non adiuvati, in quanto senza adiuvanti **le porcherie prodotte a buon mercato non servirebbero a nulla [L].**

1-R71 - Per una corretta analisi dello studio “Post-marketing surveillance of adverse events following measles, mumps, rubella and varicella (MMRV) vaccine: retrospective study in apulia region (ITALY), 2009-2017” [L], chiedo cortesemente ad AIFA i rapporti periodici di sicurezza (PSUR) per la combinazione di antigeni e tipologia di processo dei medicinali usati nel periodo dello studio. Tali documenti sono in possesso dell'autorità sanitaria nazionale, in quanto riferentesi ad anni antecedenti il 2017, nei quali era applicabile l'articolo 45 comma 7 del DM 30 aprile 2015.

- **Pericolosi studi, che dimostrano un netto peggioramento generale della salute dei bambini sottoposti a piani di inoculi sempre più intensi, vengono prima ritirati [L] (prassi comune [L] [L] [L] [L] grazie ai finanziamenti [L]) e poi ripubblicati [L].** La maggiorparte degli studi clinici viene condotta dagli stessi produttori e gli “scienziati” che scrivono le linee guida hanno legami finanziari con le case farmaceutiche [L] [L] [L], legami oggi ampiamente appurati senza bisogno di indagini particolari [L].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Per rendere l'idea della trasparenza della vostra scienza, questa è la pagina di Wikipedia (Italia) del dott. Peter Gøtzsche [\[L\]](#), pagina che sarà eliminata a breve, assieme a tutti coloro che provano ad esprimere preoccupazione anche per i VOSTRI figli [\[L\]](#).

Peter Gøtzsche [modifica | wikitest]

Attenzione! Questa [procedura di cancellazione](#) è una [procedura tecnica interna](#), relativa esclusivamente a Wikipedia in lingua italiana. Il suo scopo è valutare la congruenza della voce in oggetto rispetto ai [criteri generali di rilevanza](#) di Wikipedia. Pertanto, qualunque sia il suo esito, essa **non esprime né**  **implica alcuna valutazione di merito sul soggetto della voce, le sue attività e le sue qualità.**

Le procedure di cancellazione sono **deindicizzate dai motori di ricerca** per evitarne il replicarsi e la pubblicizzazione: eventuali copie di questa pagina diffuse fuori dal dominio it.wikipedia.org sono dunque **effettuate da terze parti**, che si assumono ogni responsabilità legale in ordine alla loro pubblicazione.

Portando evidenze costituite da meta-analisi e non buffonate epidemiologiche, il dott. Peter Gøtzsche richiamava l'attenzione su aspetti di sicurezza del veleno anti-HPV e per questo veniva espulso dalla Cochrane.

Expulsione dalla Cochrane Collaboration [modifica | modifica wikitest]

Nella riunione annuale del consiglio di [Edimburgo](#) a settembre 2018, Gøtzsche è stato espulso dal consiglio direttivo della Cochrane Collaboration e la sua partecipazione è stata revocata, con 6 voti favorevoli e 5 contrari;^[6] si ritiene che la causa ultima possa essere stata una pesante critica fatta da Gøtzsche ed il Nordic Cochrane Center, che accusava di superficialità e incompletezza la meta-analisi sul [vaccino anti-HPV](#) fatta dalla Cochrane, che avrebbe trascurato eventi avversi e preoccupazioni sulla sicurezza.^[7]

La stessa Cochrane che riceveva lauti doni dai soliti psicopatici [\[L\]](#):



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

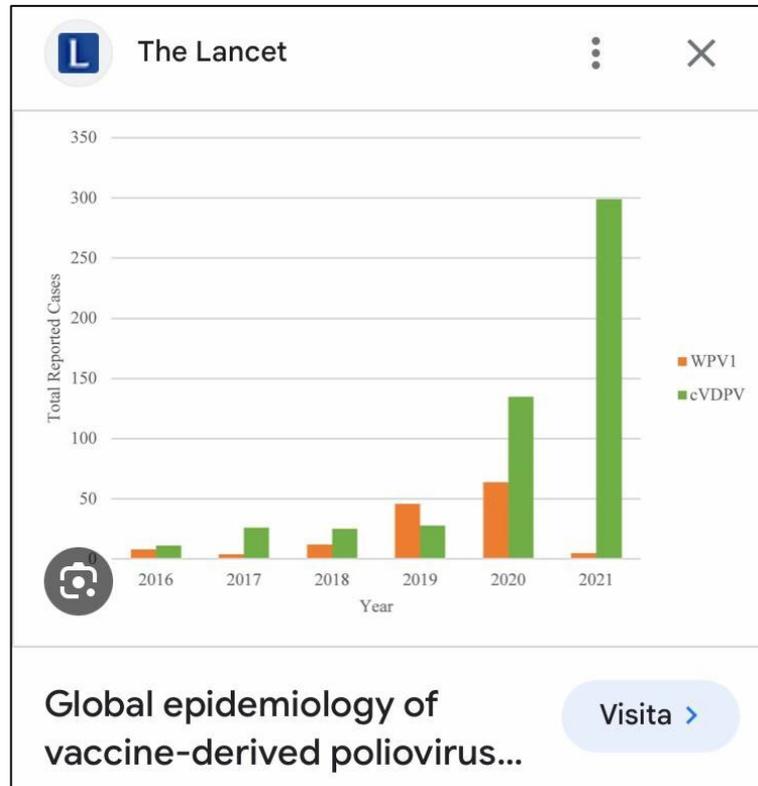
Cochrane is delighted to announce that we have received a grant of USD \$1.15 million from the Bill & Melinda Gates Foundation. The grant will support the development of Cochrane's next generation evidence system, with a specific focus on maternal and child health. This system is a major component of Cochrane's wider technology development program designed to address the challenge of ever-increasing health data, often with conflicting research

Le perplessità del dott. Gøtzsche hanno un solido fondamento scientifico, come la perplessità dell'approvazione accelerata, senza emergenza, ottenuta in soli 6 mesi, senza nessun gruppo di controllo non esposto al tossico adiuvante e senza prove concertate di efficacia [\[L\]](#).

L'affidabilità dei repository scientifici, al soldo dell'industria del farmaco, si è svelata anche ultimamente, con le dimissioni della ricercatrice

dell'istituto del cancro dell'università di Harward, presentante 37 studi con frode scientifica [\[L\]](#).

Nonostante le promesse di una terra libera dalla polio, oggi i focolai sono cresciuti notevolmente a causa del replacment.



Studi, purtroppo recenti per avere una sofferenza statisticamente rilevante, dimostrano un eccesso di diagnosi di malattie e condizioni patologiche nei bambini vaccinati [\[L\]](#) [\[L\]](#), nonché un eccesso di mortalità [\[L\]](#) [\[L\]](#). Con il pretesto di difendere i bambini dal morbillo o da altre malattie trasmissibili, si rendono estramamente fragili ad ogni cronicità come allergie, polmotiti e soprattutto, ritardi nello sviluppo neurologico (ASD, ADHD, difficoltà di apprendimento, della parola, del linguaggio) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-V27b\]](#) [\[1-V67\]](#).

Tabella 2: Effetti indesiderati riportati negli studi clinici con Boostrix

Classificazione per sistemi e organi	Frequenza	Reazioni avverse	
		Soggetti di età 4 - 8 anni (N=839)	Soggetti di età 10 - 76 anni (N = 1931)
Patologie del sistema nervoso	<u>Non comune</u>	<u>Disturbi nell'attenzione</u>	Sincope

Anche la tanto amata AFRICA ringrazia per l'eccesso di mortalità della loro già alta mortalità [\[1-V28\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), e dei continui martiri inflitti per anni alla popolazione [\[L\]](#).

L'Oms ha risarcito le donne abusate in Congo dai suoi dipendenti con 250 dollari ciascuna



Dopo l'ondata di infezioni da AIDS, presumibilmente legata alla vaccinazione contro il vaiolo dell'87, negli anni '90, l'OMS lanciò una massiccia campagna di vaccinazione contro il tetano, ma dietro questa campagna vaccinale si celava un oscuro segreto.

Scelsero di inoculare prevalentemente donne tra i 15 e 45 anni, mentre gli uomini vennero ignorati. La scoperta fu sconcertante: il vaccino conteneva l'ormone hCG, che, combinato con il vettore del tetano, rendeva le donne incapaci di mantenere una gravidanza [\[L\]](#).

L'organizzazione cattolica Comite Pro Vida de Mexico notò l'anomalia e, sospettosa, fece analizzare i campioni del vaccino.

Continue sperimentazioni sono state effettuate in popolazioni indifese, come la sperimentazione contro la febbre gialla, richiesta dalla GAVI ed autorizzata dall'OMS nel 2015 [\[L\]](#). Ennesimo ed inutile [\[L\]](#) danneggiamento di decine di migliaia di persone con prodotti sconosciuti, ancora oggi analizzati in studi comparativi [\[L\]](#).

L'obbrobrio a cui è sottoposta l'Africa non avrà mai fine! Si stimano in milioni le future vittime causate dal piano finanziato da Gates per vaccinare 86 milioni di ragazze nigeriane contro l'HPV [\[L\]](#). Morti che non saranno mai accertate, come accade da decenni e come spiegato in vari studi [\[L\]](#), descrittivi essenzialmente la mancanza di infrastrutture e l'uso fraudolento di tale mancanza per giocare con i numeri [\[L\]](#).

Oltre al danno accertato vi sono molte ed attuali evidenze dell'inutilità dei trattamenti [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), soprattutto in co-somministrazione [\[L\]](#).

Però ad un tratto, dopo aver evidenziato l'insorgenza di **cronicità allergiche** con **studi randomizzati**, esaminando solo i registri nazionali, magari obsoleti, incompleti, errati ecc, si deduce (nel 2019) che la co-somministrazione del vaccino MPR possa avere effetti benefici sull'asma infantile e si considera la possibilità di uno studio per la valutazioni di **effetti non specifici [\[L\]](#)**, utilizzando ancora la popolazione come bestiame [\[L\]](#) e distruggendo la salute dei nostri bambini per interessi di soggetti stranieri [\[L\]](#).

Dopo 9 anni dalla co-somministrazione di INFANRIX HEXA e PREVENAR 13 a mia figlia, nel 2020 viene pubblicato il solito studio solo comparativo della GSK tra **Infanrix hexa, Pediatix e Pentacel in co-somministrazione ad altri intrugli compreso il **Prevenar [\[L\]](#)**.**

In ogni studio esiste un'ampia letteratura, anche con studi contrastanti della solita pochezza, ed è inutile elencarli a centinaia. Quello che è **assolutamente certo** è che mentre nel nostro Paese si mettevano in atto ulteriori estorsioni senza fondamento, spaventando i genitori citando morti inesistenti legate al morbillo, non esistevano dati a supporto delle mendaci rassicurazioni. Mentre **l'ex ministro Lorenzin rassicurava** la popolazione sulle fake news della

correlazione con l'autismo, erano disponibili da anni studi [\[L\]](#) [\[L\]](#) in cui si evidenziava la drammatica incidenza di sindromi ASD, ormai dell'ordine **di 1/50 nati** [\[L\]](#) [\[1-V3g\]](#) [\[1-V3h\]](#) **e le correzioni ad altrettanti studi** [\[L\]](#). Proprio nel 2014 ci fu la prima sentenza che stabiliva un indennizzo per un bambino, per il quale venne riconosciuto una correlazione, mai dimostrata prima, tra la somministrazione e l'autismo. A firmare il verdetto del Tribunale del Lavoro di Milano fu il giudice Nicola di Leo. Secondo quanto riportava stampa, la decisione aveva obbligato il Ministero della Salute a versare per tutta la vita un assegno bimestrale al piccolo affetto da autismo a cui nel 2006 fu iniettato il vaccino [\[L\]](#). **Il medicinale sotto indagine era l'esavalente INFANRIX HEXA, inoculato a mia figlia nel 2011.**

Oggi negli Stati Uniti si registra un ulteriore aumento dell'incidenza del **241%**, ovvero si registra un caso ogni 44 bambini. Inoltre, **poiché nei maschi l'incidenza è 4.2 volte maggiore, un maschio su 18 è autistico** [\[1-V54\]](#). Nessun paese come il nostro ha subito una così forte censura. Sino al 2019, il dibattito è stato sempre presente altrove [\[1-V98\]](#).

1-R72 – Chiedo al Ministero della Salute l'indicazione dell'incidenza media del disturbo dell'apprendimento (DSA), anche in base alle certificazioni DSA richieste dagli istituti. Di seguito il foglio illustrativo del vaccino dTpa-IPV Boostrix

Tutti gli “**attori**” conosciuti in questi ultimi due anni, sono esattamente gli stessi dell'ultimo decennio. Citiamo ad esempio il dott. Pregliasco che nel 2014 criticava [\[L\]](#), con il rigore dimostrato oggi, la pubblicazione di un controverso studio americano sulla rivista “Translational Neurodegeneration”, a firma di Brian S. Hooker, ingegnere biochimico della Simpson University in California [\[L\]](#), ripreso dal sito della Cnn. Il tema era sempre lo stesso: la correlazione, mai dimostrata scientificamente, tra l'età di somministrazione del vaccino trivalente anti morbillo-parotite-rosolia e l'incidenza dell'autismo, deduzioni avallate da altri nostri medici, come il dott. Eugenio Serravalle. A questi attori poi se ne sono aggiunti altri, dopo aver cambiato mestiere, passando da politici divertenti a divertenti politici [\[1-V55\]](#). Tutti, sempre con mansioni diverse,

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

hanno partecipato all'approvazione dei piani imposti da GAVI, CEPI e OMS, per il tramite della Commissione europea.

1-R73 - Perché la popolazione dovrebbe fidarsi di personaggi che da anni sbraitano in TV [\[3-V3\]](#) adducendo solo congetture sempre disattese o di personaggi il cui parere muta radicalmente dalla notte alla mattina seguente, solo per questioni politiche?

- L'unico **GRUPPO DI CONTROLLO** accettato sarà un gruppo **non esposto** a nessun farmaco perché non ha nessun senso scientifico comparare due farmaci contenenti le stesse sostanze tossiche [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-V3f\]](#). Sarebbe interessante conoscere i risultati dello studio NCT01376765 del **2013** "*Phase I Dose Escalation SARS-CoV Recombinant S Protein, With and Without Adjuvant, Vaccine Study*" [\[L\]](#), per valutare i risultati su un virus simile per l'80 al suo successore e verificare la bontà degli adiuvanti mai testati se non nelle inoculazioni obbligate.

Sin dalla prima linee guida EMEA del 2005 [\[L\]](#), dopo anni di inoculazioni selvagge, si dichiarava la pericolosità dell'adiuvante e la necessaria valutazione del beneficio apportato in relazione al rischio, intendendo la valutazione della rafforzata risposta immunitaria **derivabile da studi comparativi con adiuvante e senza.**

In general, the characterisation of the immune response should involve the administration of each antigen that is anticipated in the final product alone and with the adjuvant(s). In the development of combination vaccines, it may be sufficient to compare the combination without adjuvant with the combination plus each adjuvant. These early studies should also provide important, although limited, data on safety.

La successiva revisione, solo in DRAFT, del 2018 (approvata nel 2022) riportava ancora [\[L\]](#):

Inclusion of an adjuvant in a candidate vaccine requires adequate justification, which may be based on a combination of nonclinical and clinical data. An adjuvant may be justified based on enhancement of the immune response to one or more of the antigenic components demonstrated in a trial that directly compares adjuvanted and non-adjuvanted formulations. Alternatively, or in addition, inclusion of an adjuvant may serve to reduce the amount of the antigenic component(s) required to achieve a target immune response. This strategy may be important when there are vaccine supply limitations related to manufacture of the antigenic component(s) and there is anticipation of a need to provide large numbers of doses within a limited time frame (e.g. to address pandemic influenza). Whenever an adjuvant is to be included, safety and immunogenicity data should support the amount that is provided in each dose.

Lo stesso Gruppo di Vaccinovigilanza, istituito solo nel 2014, affermava l'impossibilità del confronto con un gruppo di controllo non esposto, a causa dell'elevato tasso di vaccinazione infantile.

La valutazione di *causality assessment* per i vaccini è in generale più complicata rispetto agli altri farmaci. I vaccini, infatti, vengono spesso somministrati una sola volta e, quindi, le informazioni su *dechallenge* e *rechallenge* sono carenti. Inoltre l'alta percentuale di bambini vaccinati rende difficile il confronto con chi non è stato vaccinato soprattutto per patologie che insorgono proprio nell'età della vaccinazione e che, di conseguenza possono essere identificate casualmente proprio nel periodo successivo alla vaccinazione.

Anche se difficili da realizzare ed osteggiati, esistono esempi di confronto soggetti vaccinati e non vaccinati. Nello studio pubblicato dalla rivista "Sage Open medicine" (*Analysis of health outcomes in vaccinated and unvaccinated children: Developmental delays, asthma, ear infections and gastrointestinal disorders - Brian S Hooker, Neil Z Miller, 2020*), utilizzando i dati di tre studi medici negli Stati Uniti con bambini nati tra novembre 2005 e giugno 2015, i bambini vaccinati sono stati confrontati con quelli non vaccinati durante il primo anno di vita per la successiva incidenza di ritardi dello sviluppo, asma, infezioni alle orecchie e disturbi gastrointestinali. I risultati mostrano che la vaccinazione prima di 1 anno di età è stata associata ad un aumento del rischio di ritardi dello sviluppo di 2,18 volte (IC 95% 1,47–3,24), asma di 4,49 volte (IC 95% 2,04–9,88) e infezioni dell'orecchio di 2,13 volte (IC 95% CI 1,63–2,78).

Nel 2017, ricercatori della Jackson State University (USA) hanno pubblicato uno studio che ha confrontato bambini vaccinati e non vaccinati secondo una ampia gamma di indicatori di salute [\[L\]](#). Lo studio è stato portato avanti con la collaborazione delle madri di bambini tenuti a casa (homeschool), in quattro stati USA: Florida, Louisiana, Mississippi e Oregon. I bambini vaccinati avevano meno probabilità di quelli non vaccinati di aver avuto varicella e pertosse, ma più probabilità di aver contratto polmonite, otite media, allergie e disordini dello sviluppo neurologico. Questi ultimi sono stati associati in modo statisticamente significativo alla vaccinazione, al sesso maschile e alla nascita pretermine, anche dopo aggiustamento per altri fattori.

Un confronto "scientifico" è stato fatto nel recentissimo studio [\[1-A19\]](#) [\[L\]](#) del febbraio 2023, cioè dopo decenni di inoculazioni, comparando due gruppi di donne: uno vaccinato dalla 27a settimana di gravidanza con

uno specifico vaccino DTP (Difterite-Tetano-Pertosse), il Boostrix della GlaxoSmithKline, e uno non vaccinato. L'analisi dei dati comprendeva 16.350 neonati nati da madri vaccinate, appunto con vaccino DTP, e 16.088 neonati nati da madri non vaccinate e ciò che ne è emerso è drammatico. Nonostante tutte le rassicurazioni di questa terra, tutte le ipotesi di incrementi attesi e quant'altro per calmierare l'aumento statistico ed il semplice fatto che lo studio sia stato **finanziato dallo stesso produttore**, la tabella riporta **l'aumento percentuale riscontrato nei nati da madri vaccinate**, in particolare:

- Anomalie congenite dalla nascita fino ai 6 mesi di età +41%
- Sistema nervoso +21%
- Occhio +17%
- Orecchio, viso o collo +103%
- Sistema cardiovascolare +14%
- Sistema respiratorio +36%
- Sistema gastrointestinale superiore +82%
- Organi genitali +20%
- Sistema renale +35%
- Sistema muscoloscheletrico +56%
- Tegumento (cute) +99%

Vale a dire **UN'ECATOMBE** inutile considerato che:

- l'esposizione alla tossina del tetano è praticamente impossibile nei neonati oltre a NON essere malattia trasmissibile e quindi non rientrante nell'**immunità caprina**, dunque non sottoposta ai **falsi ideali di sacrificio sociale** [\[1-A44\]](#) [\[1-V64\]](#)
- Per la pertosse, di letalità assolutamente trascurabile, ancora oggi **non si conoscono i correlati sierologici (dal 2010 [\[1-A19a\]](#) [\[1-A44\]](#))** e si continua a provare, passando da focolai in focolai, come quello inspiegabile in Olanda del 1996 [\[L\]](#), ed in ogni angolo del mondo vaccinato oggi [\[L\]](#), continuando a verificare la mancanza di efficacia [\[L\]](#). Infezione utilizzata come apripista alla somministrazione combinata, che ha poi ceduto il posto al temibile morbillo. Dichiarato da pazzoidi dell'ECDC nel 2009,

quando, con un razionale di certo non all'altezza degli attuali, discutevano ancora delle possibili schedule vaccinali [L] [1-A132].

- **La vaccinazione antidifterica viene fatta con la tossina attenuata, la quale protegge il vaccinato dalla tossicità intrinseca della tossina stessa ma non ferma la diffusione del germe: **NON FORNISCE** dunque "effetto capra" [1-A44].**

Una profilassi che non conferisce **immunità di capra non può essere obbligatoria [L] e costituisce una illegale imposizione sanitaria, nonostante le forbite parole della onorevole Corte Suprema di Cassazione, negli approfondimenti tematici del 2021 [L] [1-A90].**

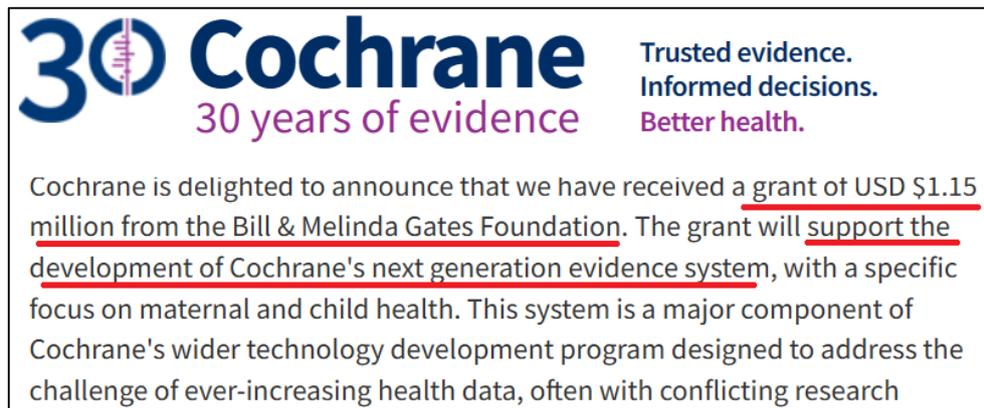
In ordine alla legittimità costituzionale della previsione di un obbligo vaccinale rispetto al diritto all'autodeterminazione della persona, si è autorevolmente evidenziato che pur costituendo l'autodeterminazione "certamente un bene prezioso, come tale meritevole di essere protetto", come tutti i diritti fondamentali "può andare (ed effettivamente va) incontro a limiti e vincoli dalla varia natura ed intensità, specificamente fondati sul dovere di solidarietà, e perciò giustificati in nome dei diritti degli altri o – il che è praticamente lo stesso – dell'interesse della collettività" [RUGGERI, www.dirittifondamentali.it, 2/2021].

Al mancato beneficio per la comunità occorre aggiungere il pericolo di vita a cui si espone la popolazione pediatrica. Il National Vaccine Information Center (NVIC), una organizzazione indipendente che si occupa di informare il pubblico sui vaccini, fornisce dati [L] secondo cui il vaccino MMR potrebbe provocare una un cospicuo numero di reazioni avverse gravi (Trombocitopenia, artrite, allergie, asma, autismo, ecefalopatia).

Relativamente alla vaccinazione MMR, la Physicians for Informed Consent ha esaminato i dati relativi alle convulsioni nei bambini dopo la somministrazione del vaccino MMR (morbillo, parotite e rosolia). Secondo questo studio condotto su oltre 38.000 bambini [L], è emerso che il **rischio di convulsioni nei giorni successivi alla vaccinazione MMR è significativamente più alto rispetto ai bambini non vaccinati.**

1-R74 – Quand'anche incuranti della salute dei bambini e considerando il solo aspetto economico sempre addotto dalle autorità sanitarie al supporto decisionale, questo maggior rischio, associato alla "letalità" delle malattie da prevenire, non dovrebbe da solo rendere il tanto amato rapporto rischio/beneficio negativo?

Danni alla salute generale sono peculiari di alcuni veleni come l'evidente riduzione della fertilità, legata soprattutto al veleno contro l'HPV [\[L\]](#) [\[L\]](#), ma qualunque osservazione eseguita tra bambini vaccinati e bambini non vaccinati, evidenzia sempre delle condizioni di salute peggiori all'aumentare delle dosi [\[L\]](#) [\[1-A64\]](#). Naturalmente ogni studio che metterà in imbarazzo la politica della siringa, verrà sempre tacciato di "inconsistenza" [\[L\]](#) dai qualche editore pagato dal solito Bill [\[L\]](#).



Il controllo da parte delle multinazionali delle pubblicazioni scientifiche, è affermato ancora oggi dal Dr. Scott Jensen, il quale denuncia la strana sparizione di oltre 300 articoli da prestigiose riviste scientifiche, costituenti oggi prova di menzogna [\[1-V96\]](#).

Evidenze chiare, su stime dell'assistenza sanitaria, mostrano che le visite superiori ai normali controlli di routine aumentano a causa della vaccinazione da 2,56 a 4,98; visite aggiuntive in ambulatorio per problemi di salute correlati al vaccino per ogni unità di aumento della vaccinazione all'anno. Le maggiori differenze a sfavore dei vaccinati riguardavano le visite per "Febbre", "Otite", "Gastroenterite", "Anemia", "Eczema", "Allergie", "Disturbi respiratori" [\[L\]](#).

Questo video molto esplicativo contiene tutte informazioni taciute sempre nel nostro paese [\[L\]](#).

Anche i metodi di regressione lineare tanto amati, se usati in modo opportuno, identificano un eccesso di mortalità neonatale al crescere dell'esposizione ai vaccini [\[L\]](#), dati disponibili sin dal 2011 ed oggi ancora

confermati [\[L\]](#). Il tasso di mortalità infantile (IMR) è uno degli indicatori più importanti del benessere socio-economico e delle condizioni di salute pubblica di un Paese. Nel 2011, il programma di immunizzazione infantile degli Stati Uniti specificava **26 dosi di vaccino per i bambini di età inferiore a 1 anno** – il numero più alto al mondo – mentre 33 nazioni avevano IMR più bassi. Utilizzando la **vostra** regressione lineare degli IMR medi non ponderati **sulla sofferenza causata**, sono stati esaminati i programmi di immunizzazione di queste 34 nazioni ed è stata evidenziata **un'elevata correlazione statisticamente significativa, tra l'aumento del numero di dosi di vaccino e l'aumento dei tassi di mortalità infantile** [\[L\]](#).

Così, dopo decenni, si scopre anche del male fatto alla tanto amata Africa [\[L\]](#) [\[1-A20\]](#). Benchè non sarà mai ammesso, analisi di letteratura e dati del VAERS dal 1990 al 2019, mostrano **un forte legame** tra vaccinazioni e sindrome da morte in culla (SIDS) [\[L\]](#). Tali evidenze concrete di danno, saranno sempre confutate dalle solite buffonate pubblicate dalle varie autorità sanitarie, in primis il CDC, che ipotizza milioni di vite salvate, ed in maniera dettagliata, grazie ai continui buchi [\[L\]](#). Al pari di altre patologie come la sindrome ASD, anche questa sindrome nefasta aveva una incidenza del tutto irrisoria prima dell'inizio delle vaccinazioni di massa organizzate.

Ovunque nel mondo vengono portate evidenze del netto peggioramento della salute nei bambini all'aumentare delle vaccinazioni [\[1-V70\]](#) [\[1-V71\]](#) [\[1-V3c\]](#) [\[1-V3d\]](#) [\[L\]](#).

Constatata l'inutilità delle continue somministrazioni [\[L\]](#) e gli scenari migratori apocalittici, è ormai plausibile che il vero scopo sia la riduzione della fertilità generale [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-V42\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), arrivando oggi a pubblicizzare l'isterectomia sui bambini [\[1-V150\]](#). Obiettivo chiaramente espresso per l'ennesima volta dalle NAZIONI UNITE [\[L\]](#) [\[1-A20a\]](#) in uno dei tanti psicopatici report dove giocano, insieme a progetti di **replacement migration** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[1-A20b\]](#), ad "armonizzare" e controllare risorse e popolazione mondiale [\[1-V3e\]](#) [\[1-V3i\]](#). Concetti ribaditi più volte agli

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

incontri dei devianti psicopatici del WEF [\[1-V78\]](#) e portati alla nostra attenzione sin dai primi anni 90 [\[1-V142\]](#). Al Dr. Robert Oldham Young non sono graditi gli africani [\[L\]](#) [\[1-V69\]](#). L'attivista contro i cambiamenti climatici Donnachadh Mccarthy, fondatore della ONG "*Climate Media Coalition*", afferma che i bambini producono troppa CO2 nel corso della loro vita [\[1-V176\]](#). Azioni disumane già commesse solo l'altro ieri [\[L\]](#) e sempre obbiettivo dei pochi potenti [\[L\]](#).

Per stabilire in maniera immediata il danno arrecato alla salute nella popolazione pediatrica a causa di continue somministrazioni, basterebbe solo analizzare i numeri prodotti dai AIFA nei cosiddetti rapporti di sorveglianza:

- Considerando solo le segnalazioni estratte nell'anno di interesse e non sommando le continue rivisitazioni dei dati dovute ad inserimenti di eventi insorti molti anni prima.
- Trascurando le alte percentuali di segnalazioni incomplete per le quali non si è mai provveduto ad una richiesta di integrazioni.
- Considerando un fattore 10 per correggere la sottostima delle segnalazioni, risultato dall'analisi delle segnalazioni a seguito FV attiva.

anno	estratte	gravi	decessi	F passiva	F attiva
2021	18.088	1.221	9	2.045	13.921
2020	5.396	835	3	2.376	1.295
2019	6.819	1.302	34	3.834	1.232
2018	7.315	1.202	21	3.768	1.536
2017	6.696	771	10		
2016	4.766	550	10		
2015	3.772	556	9		
2014	8.873	861	69		
2013	3.272	433	8		
2012	2.555	329	9		
2011	2.207	143	9		
2010	2.316	278	5		
2009	3.547	390	4		
	75.622	8.871	200		
	estratte	gravi	decessi		
x10	756.220	88.710	2.000		

Solo considerando solo un fattore 10 di sottostima, si evidenzia la punta dell'iceberg del danno indotto nei nostri bambini con il pretesto di proteggerli da morbillo, rosolia, pertosse e difterite, tetano, nonché dalla **immortale influenza.**

1-R75 - Considerati i continui focolai, nonostante i buchi, per tutte le malattie trasmissibili e considerato l'impossibilità materiale di infezione per altre malattie, come il tetano, chiedo l'estrazione dei casi di decesso degli ultimi 10 anni per tutte le malattie coperte dalla profilassi pediatrica, da riportare all'enorme danno arrecato.

- **Nel caso della terapia genica anti-covid, ritengo inaccettabile la semplice raccomandazione (l'imposizione deve ancora essere valutata) di una terapia genica modRNA, autorizzata in via condizionata in pochi mesi, autorizzata poi senza obblighi, **declassando la relazione finale di sicurezza per la perdita del gruppo di controllo**, eliminando così **l'UNICA POSSIBILITA** di verifica (cap 2).**

Dall'RCP autorizzativo sino ad oggi (mai consegnato alla popolazione) è stato sempre riportata la non conoscenza della durata della protezione, nonostante i "numeri del lotto" che venivano propinati settimanalmente.

Durata della protezione

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota; sono tuttora in corso studi clinici volti a stabilirla.

Per tre anni sino ad oggi, nell'RMP 10.0 di giugno 2023 [\[1-A18\]](#) è stata sempre dichiarata la follia di inoculare un pianeta con organismi geneticamente modificati, instabili, tossici e mal fatti.

Missing Information: Long term safety data

Risk-benefit impact

The long-term safety of COVID-19 mRNA vaccine is unknown at present, however further safety data are being collected in ongoing Study C4591001 for up to 2 years following administration of dose 2 of COVID-19 mRNA vaccine and 2 non-interventional studies are ongoing (C4591036 and C4591038).

Two additional planned observational studies (C4591051 and C4591052) will capture safety events in individuals of any age who received the COVID-19 bivalent Omicron-modified Vaccine since its availability.

Il gruppo di controllo è stato perso pochi mesi dopo l'autorizzazione, non appena si è palesata l'inutilità della terapia, (il secondo rapporto di sorveglianza AIFA parlava già di elusione vaccinale) [L]), proseguendo nell'inoculazione della popolazione mentre i trial di fase III venivano interrotti [1-A18a], dopo aver interrotto i trial pre-clinici (ammesso dalla Pfizer [1-V140]).

BNT162b2 + BNT162b2 BA.1 + BNT162b2 BA.4-5 Risk Management Plan	June 2023
Participants in the pivotal study were initially planned to be followed for up to 24 months in order to assess the potential for late-occurring adverse reactions, such as the theoretical risk of VAED including VAERD. <u>After completing the final efficacy analysis with vaccine efficacy shown to be 95%, and obtaining regulatory authorisation to vaccinate in many countries, MAH started to unblind all participants to determine those participants randomised to placebo so that they could be offered vaccine in accordance with local authorisation.</u> In study C4591001, the total follow-up time from Dose 1 to unblinding for the 21,926 participants in the vaccine group was <u>83.4 person-year</u> and for the 21,921 participants in the placebo group was <u>82.2 person-years</u> .	

Mentre si iniziavano le inoculazioni con studi ancora in fase III (contratto pag. 15 [1-A49], EPAR e trial [L] trovato lacunoso da subito [L]), i cui primi risultati erano attesi nel 2024, qualche mese dopo il Titolare dell'AIC affermava il completamento degli studi di efficacia ed eliminava il cieco, **riducendo la potenza della sperimentazione per inoculare il pianeta in 83 persone/anno ed iniziando il silenziamento di coloro che gridavano la verità. Il 30 novembre scorso il procuratore generale del Texas Ken Paxton ha annunciato di aver citato in giudizio Pfizer, Inc., per aver travisato illegalmente l'efficacia del vaccino COVID-19 e per aver tentato di censurare la discussione pubblica sul prodotto [L] [1-A56].**

1-R76 - In base all'articolo 38 del DM 30 aprile 2015, chiedo copia della sintesi dei risultati dello studio presentato ad AIFA dal Titolare dell'AIC in forma elettronica, e/o al comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza (PRAC) dichiarati nell'RMP ver. 10.0 del giugno 2023.

- **Gli UNICI DOCUMENTI DEGNI DI ANALISI** e su cui basare le scelte riguardanti la salute della mia famiglia, saranno solo gli EPAR per le autorizzazioni centralizzate o relazioni di valutazione per le altre, nonché i rapporti periodici di sicurezza (PSUR o meglio il PBRER), a seguito di segnalazioni del PRAC.

Solo il Rapporto Periodico di Sicurezza contiene la LEGALE valutazione del rapporto rischio/beneficio, ai sensi dell'articolo 107 ter della direttiva CE 83/2001 e dall'articolo 25 del DM 30 aprile 2015.

Tali documenti sono le uniche evidenze analizzate dalle istituzioni quando occorre imbastire una discussione seria [\[1-A21\]](#), non esibendosi come giullari di corte in TV mentre la gente muore [\[1-V153\]](#) [\[1-V4\]](#) [\[1-V5\]](#) [\[1-V6\]](#) [\[1-V7\]](#).

Introduzione. Tutti i medicinali biologici autorizzati nell'Unione Europea (UE) per il trattamento della psoriasi sono di seconda scelta rispetto a cortisonici, ciclosporina e methotrexate. Lo scopo del lavoro è verificare se negli USA il criterio seguito nelle autorizzazioni sia stato lo stesso che nell'UE, nonché se le indicazioni autorizzate in Europa riflettano le differenze di efficacia e sicurezza tra i diversi principi attivi in base ai dati degli studi clinici.

Metodi. Sono state esaminate le valutazioni pubbliche europee (EPAR) dei diversi medicinali biologici indicati nella terapia della psoriasi grave, per verificare se gli stampati riflettano le differenze di efficacia e sicurezza in base agli studi condotti. Inoltre, sono stati esaminati gli stampati di quegli stessi medicinali negli USA, per mettere in luce eventuali differenze con l'Europa.

Sono decenni, ad esempio, che il segnale di allerta relativo alla possibile trombocitopenia viene rimbalzato nei vari rapporti di sorveglianza. In genere viene imputato alla componente morbillosa, poi rilevato a seguito di diftoteranica e quindi nei vaccini antimeningococcici. L'*Annual Report on EudraVigilance for the European Parliament, the Council and the Commission EMA/900566/2022*" [\[L\]](#) [\[2-A37a\]](#) citato prima, riporta come ADR incluso nel controllo routinario del **dTpa-IPV da somministrare a mia figlia, addirittura la trombocitopenia autoimmune.**

Table 9. A list of all other signals prioritised and assessed by the PRAC in 2021 is provided below, in alphabetical order, noting the status or outcome as of 31 December 2021

Drug	Issue/signal	Status or outcome
Diphtheria, tetanus, pertussis (acellular, component), poliomyelitis (inactivated) vaccine (adsorbed); diphtheria, tetanus, pertussis (acellular, component), poliomyelitis (inactivated) vaccine (adsorbed, reduced antigen(s) content)	Immune thrombocytopenia	routine pharmacovigilance / monitor within PSURs

1-R77 - Come ripetuto nello specifico nel capitolo 5, chiedo copia del PSUR del principio attivo, in EURD LIST

Tenendo conto dell'analisi documentale relativa ai SOLI ultimi 20 anni, l'evento trombocitopenia costituiva un segnale di allerta sin dal PNEMoRc 2010-2015 [\[2-A25\]](#)!

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

15. Informare i servizi vaccinali della necessità di segnalare i seguenti eventi avversi:

- insorgenza entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: anafilassi, shock, episodio di ipotonia iporesponsività
- insorgenza entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: encefalopatia, convulsioni, meningite asettica, trombocitopenia, paralisi flaccida acuta, decesso, e ogni altro evento grave, inclusi i ricoveri

si conoscevano eccome gli eventi avversi, tra cui la trombocitopenia, trattata in seguito

Anche quando il segnale di **Trombocitopenia** derivi già dal **CCSI** clinico e sottodimensionato per rilevare un evento **non comune**, non si batte ciglio nell'inoculare dei bambini contro un'influenza. Di seguito il profilo di sicurezza del **Vaxigrip Tetra**, anche per l'odierna campagna.

Popolazione pediatrica

Il profilo di sicurezza di seguito riportato si basa su:

- dati ottenuti da 429 bambini dai 9 ai 17 anni di età che hanno ricevuto una dose di Vaxigrip Tetra e da 884 bambini dai 3 agli 8 anni di età che hanno ricevuto una o due dosi di Vaxigrip Tetra a seconda della loro storia di vaccinazione influenzale
- dati provenienti dalla sorveglianza post-marketing mondiale (*).

REAZIONI AVVERSE	FREQUENZA
Patologie del sistema emolinfopoietico	
Trombocitopenia ⁽¹⁾	Non comune
Patologie del sistema immunitario	
Allergia comprese reazioni anafilattiche	Non nota*

(1) Riportate in un bambino di 3 anni di età (2) Riportate in bambini dai 3 agli 8 anni di età
(3) Comune nei bambini dai 9 ai 17 anni di età (4) Riportate nei bambini dai 9 ai 17 anni di età

- Un'ultima considerazione riguardo le Procedure AIFA per i RLFV è relativa al responsabile della definizione del nesso di causalità tra farmaco ed ADR. La precedente versione della Procedura Operativa AIFA per i RLFV, del giugno 2018 [\[L\] \[1-A12\]](#), indicava, quale **responsabile della valutazione del nesso di causalità (causality assessment)** tra farmaco ed evento avverso, il **Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV)**.

6.10 Valutazione del nesso di causalità (causality assessment) tra farmaco ed evento avverso

La valutazione del nesso di causalità tra farmaco ed evento avverso è fondamentale nell'analisi dei dati della segnalazione spontanea in quanto consente una valutazione sulla probabilità che un certo evento avverso sia collegato alla terapia.

Il causality assessment viene effettuato dal Centro Regionale (CRFV), dando la priorità alle schede gravi. Come per tutte le modifiche fatte alla segnalazione inserita nella RNF, il RLFV verrà informato dell'inserimento della scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa, tramite una e-mail generata automaticamente nella RNF.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Per la regione Lombardia tale responsabilità era definita, ad esempio, nell'allegato alla Convenzione con ATS Brianza per l'esercizio del Centro Regionale Di Farmacovigilanza [\[L\] \[1-A42\]](#).

Nell'ultima versione delle Procedure AIFA per i RLFV, Revisione 03 del 25/10/2022, **tale responsabilità non è assegnata**.

Come evidenziato per la richiesta **1-R51**, in base alle indicazioni contenute nella linea guida dei devianti [\[1-A22\]](#), sempre Vostro riferimento, si riporta, giustamente della necessità di una **valutazione multidisciplinare** dell'ADR, affidata ad un **panel di esperti** in vari campi della medicina. Inoltre, la valutazione dovrebbe avvenire a **livello centrale** se non internazionale.

1-R78 – Chiedo ancora ad AIFA ed alla Regione Lombardia, la procedura operativa per la valutazione delle ADR, contenente le modalità di accesso alle evidenze nazionali ed internazionali dell'impatto del farmaco analizzato e la composizione dei vari gruppi di esperti in farmacovigilanza, nel caso in cui la valutazione del nesso di causalità sia effettuata dai singoli CRFV.

Sempre riguardo alla gestione delle segnalazioni, nella comunicazione **del 10 maggio 2021** dell'area Vigilanza Post-Marketing di AIFA, relativa alla gestione delle segnalazioni di mancata efficacia [\[L\] \[1-A23\]](#), nella premessa si imputa al **singolo segnalatore la facoltà** di escludere il nesso di causalità, causando di conseguenza la mancata registrazione dell'evento.

1-R79 - Escludendo i cittadini, che non segnalano certo per escludere il nesso, il medico, non avendo un quadro statisticamente rilevante dell'evento ed informazioni complete, può escludere il nesso causale potendo così contribuire ad eliminare informazioni su eventi rari?

La comunicazione fa nascere una ulteriore domanda riguardo la segnalazione di mancata efficacia. La mancata efficacia relativa alla profilassi vaccinale, aggravata dalla natura "biologica" del medicinale, **è considerata evento serio e necessita di registrazione**.

1-R80 - Sono state registrati le decine di milioni di casi di mancata efficacia della terapia genica modRNA?

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- Per la regione Lombardia, da gennaio 2021, è obbligatoria la piattaforma **SIAVr** (Sistema Informativo Anagrafe Regionale per la gestione informatizzata delle vaccinazioni), sistema per l'integrazione con la Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN) [\[L\] \[1-A24\]](#). Tale struttura informatica arriva comunque in ritardo rispetto a quanto specificato nell'articolo 2(3) del DM della Salute del 17 settembre 2018, in base al quale, entro il 2020 **OGNI** regione avrebbe dovuto dotarsi di **una piattaforma unica**, punto centrale di raccolta delle segnalazioni provenienti dalla struttura frammentaria e carente del proprio territorio.

1-R81 - Come era possibile procedere alla corretta e tempestiva registrazione dell'esposizione vaccinale anti-covid, quando solo nel **2021** iniziavano i corsi di formazione per il personale? Per tale ragione, ancora oggi viene chiesta l'avvenuta vaccinazione anti-covid nel caso di esami e visite?

Gli utenti possono abilitarsi all'utilizzo seguendo un corso online e rispondendo ad un quiz di 10 domande. È prassi consolidata da parte di tutte le aziende, scaricare la responsabilità della formazione professionale attraverso la realizzazione di banali corsi online. Una inadeguata formazione professionale, nella maggior parte dei casi, può creare alla fine un danno economico. Una formazione online per competenze e responsabilità particolari, come l'ambito sanitario, dovrebbe essere proibita.

1-R82 – Successivamente all'emanazione del ritardatario DM 30 aprile 2015 e negli anni antecedenti il 2018, quale **piattaforma regionale** collettava le frammentarie segnalazioni dai vari CRFV, ovvero dai vari **RLFV**, provvedendo poi alla registrazione nel RFN?

1.2.7.3. Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (Legge 12 luglio 2011, n. 112) [L]

Vorrei portare all'attenzione della dottoressa Carla Garlatti, oltre all'intera discussione, l'inganno a cui i genitori sono sottoposti. Ad esempio, sono indotti a permettere la somministrazione ai propri figli, all'età di 9-10 anni, di farmaci contro il papilloma, malattia sessualmente trasmissibile. Pur facendo parte della singola educazione familiare il permettere di copulare in tenera età, i genitori non sono

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

informati correttamente sui medicinali inoculati. Relativamente al **Gardasil 9**, trattato in dettaglio nel paragrafo 5.3, i genitotri **non sono mai stati informati del monitoraggio addizionale per i successivi 5 anni dalla sua autorizzazione**, dal 2015 al 2020, come richiesto dall'articolo 12 del DM 30 aprile 2015.

Si potrà addurre, come scusante, l'estensione dello studio di follow-up della versione quadrivalente, come nello studio dell'Università della Danimarca meridionale del 2020 [\[L\] \[1-A55\]](#), avente forti conflitti di interesse che naturalmente pongono i soliti limiti all'analisi, tra cui, la perdita del braccio di controllo, ipotesi poco attendibili e la misura dell'efficacia solo sull'HPV cervicale, escludendo le altre infezioni.

Non solo i nostri bambini sono considerati dalle case farmaceutiche dei degenerati ma, ultimamente, pare siano tutti dediti all'uso di alcool e di sostanze stupefacenti tanto da portare ad un allarmante eccesso di mortalità [\[1-V8\]](#). Incidenza riscontrata non solo in abruzzo [\[L\] \[L\]](#), ma nel mondo [\[1-V80\] \[1-V8b\] \[1-V8c\] \[1-V8d\] \[1-V8e\] \[1-V20\] \[1-V43\] \[1-V51\]](#). **Questa è la CERTEZZA (secondo RAI3) della Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza della regione Abruzzo, Maria Concetta Favilene.**



La Garante, evitando domande, ha affermato con orgoglio le lotte per l'accesso a dati relativi alla mortalità precoce, cardiopatie e malati oncologici.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Nella risposta al risentimento di genitori, medici ed associazioni, non smentendo le parole della giornalista della RAI, la dott. Favilene **richiama la responsabilità genitoriale** nel fornire aiuto in un progetto di tutela, iniziato **orgogliosamente** solo nel 2020.

I **GARANTI** tutti (compresa tutta la difesa civica) dovrebbero al contrario essere grati ai genitori della loro continua lotta nella difesa dei loro figli. Una lotta difficile, con la poca consapevolezza a causa del degrado causato nella società e delle omissioni di informazioni. Stesso impegno, si vedrà, non è stato profuso dalle istituzioni.

Per quanto riguarda l'alcool, circa venti anni fa si scrivevano le stesse scontate e banali considerazioni, citando però la sorveglianza di altri Paesi [\[L\] \[1-A25\]](#).

Sorveglianza PASSI

Binge drinking, lo sballo del sabato sera: i dati del sistema di sorveglianza Passi

Bevono fiumi d'alcol fuori pasto, con l'unico obiettivo di ubriacarsi. Una moda sempre più diffusa tra i giovani, soprattutto al Nord, che espone a comportamenti a rischio come la guida sotto l'effetto dell'alcol. I dati del 2007 del sistema di sorveglianza Passi propongono un confronto tra Emilia-Romagna, Trentino e Campania

Oggi si ripropongono le stesse considerazioni, ma includendo la fascia pediatrica a partire dagli 11 anni, perché finalmente è partito (forse) il registro SISMA, istituito nel lontano 2017.

Alcol

Consumo di alcol nel 2021: i dati della Relazione al Parlamento 2022

A preoccupare sono anche i 3,5 milioni di binge drinker (cioè coloro che bevono per ubriacarsi), soprattutto maschi (di cui 83.000 minorenni). Anche qui si registra una diminuzione rispetto al 2020 ma non per le donne che sono stabili, senza alcun calo dei consumi che conducono all'intossicazione nelle donne. Infine, i **consumatori dannosi di bevande alcoliche sono 750.000**, anche qui in diminuzione rispetto al 2020 ma, ancora una volta, **a decrescere sono gli uomini e non le donne**, per le quali si continua a registrare un incremento che ha condotto a quota 300.000 le consumatrici con danni alcol-correlati. Dei 750.000 consumatori dannosi, con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in necessità di trattamento, **solo l'8,5% è stato intercettato**, per un totale di **63.490 alcolodipendenti in carico ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)**, con costante e preoccupante decrescita.

Nella pagina del sito ufficiale dell'ISS [\[L\]](#) si leggono le parole espresse dalla dott.ssa Favilene sulla necessità di indagine dell'eccesso di mortalità infantile (11-14 anni)

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

legato all'uso di alcool e droghe, in relazione all'avvio del nuovo registro SISMA, e della **necessaria pubblicità**.

Guardando i dati del registro SISMA pubblicati sul sito dell'ISS che, come evidenziato **non hanno alcun valore legale** essendo dei numeri privi di contesto e privi di qualunque certificato digitale atto a definirne l'origine (oltre a non riportare la suddivisione in fasce di età), **non si riscontra affatto l'aumento dichiarato dalla dott.ssa Maria Concetta Favilene [L]**.

		Astemi	Consumatori	Consumatori eccedentari	Consumatori a rischio	Consumatori fuori pasto	Binge drinkers
Italia	2018	28.9	66.8	10.0	15.9	30.2	7.5
Italia	2019	28.5	66.8	9.7	15.0	30.6	7.0
Italia	2020	29.0	66.4	10.2	15.9	31.7	7.6
Italia	2021	28.5	66.3	9.3	14.2	30.7	6.4

La letteratura e gli studi sulle possibili cause degli allarmanti malori improvvisi nelle fasce pediatriche è talmente ampia ed esaustiva che, molto probabilmente, non sarà utilizzata a fondamento delle successive indagini autoptiche obbligatorie. La maggioranza dei decessi è relativa a persone sane e senza patologie pregresse, soprattutto atleti e sportivi, per i quali, i controlli routinari avrebbero certamente evidenziato problematiche cardiache.



26 feb 2024

Urgnano: morta nel sonno a 17 anni Camilla Ceresoli

La tragica scoperta è stata fatta dalla madre, che era entrata nella sua stanza per svegliarla. Il dolore degli amici del liceo Galilei e delle compagne del Volley Spirano



CRONACA / LODI

LODI Muore improvvisamente a 28 anni il campione di canottaggio Guido Ciardi

Il giovane, cresciuto nel quartiere San Bernardo, ha avuto un malore a Napoli

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Di conseguenza, presumo che i decessi saranno classificati come “*sine materia*”, o in seconda istanza, imputati al “cambiamento climatico”. Sarà comunque problematico imputare la morte di migliaia di ragazzi al caldo, al freddo o alla preistoria [L] perché l'eccidio riguarda il mondo [1-V50]. Più facile sarà nascondere l'aumentata incidenza di tumori [L] [L], e l'**aggravamento** dei pazienti già affetti [L]

Acclarato il pericolo di insorgenza di evento **FATALE** a seguito di miocardite/pericardite, oggi inserito nell'RCP del prodotto della Pfizer (EMA/H/C/PSUSA/00010898/202212 [L]), puntualizzo a tutti i **Garanti** della tutela della salute del minore, che, in ottemperanza alla CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA [L], un loro intervento sarebbe stato auspicabile due anni fa, quando si ricattavano i dodicenni obbligandoli all'inutile [L] inoculazione, pena l'esclusione dalla socialità, utilizzando l'**inganno** della protezione dei nonni (i dettagli sono inprocura). **Nonni mai considerati** dalla Pfizer negli studi (così come le donne in gravidanza) e **nonni che non sarebbero stati protetti dal sacrificio dei loro nipoti, come scritto nell'EAPR autorizzativo, dichiarato dalla Pfizer e dichiarato oggi dall' EMA [1-V48] [1-A54], in quanto veleni non progettati per fermare la trasmissione, inutili per la prevenzione e pericolosi, anche per i nonni [L] [L].**

Una profiassi con una terapia avanzata sconosciuta **che ha definitivamente danneggiato la salute di molti ragazzi [1-A25a]**, con l'**intento idiota** di proteggerli da una malattia meno debilitante (per la fascia pediatrica) del comune raffreddore (confermato [L]), avente **letalità dello 0,0%**.

Il Report Esteso ISS “*impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale*” del di **marzo 2022** riportava i seguenti dati [1-A26]:

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI E DEI DECESSI PER COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Class e di età (in anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %	N. casi	% cas i	N. decedut i	% del totale decedut i	Letalit à %
0-9	692.773	10,4	10	0,0	<0,1	642.804	8,9	13	0,0	<0,1	1.335.577	9,6	23	0,0	<0,1
10-19	942.722	14,1	15	0,0	<0,1	915.969	12,6	13	0,0	<0,1	1.858.691	13,4	28	0,0	<0,1
20-29	865.967	13,0	75	0,1	<0,1	895.801	12,4	39	0,1	<0,1	1.761.772	12,7	114	0,1	<0,1
30-39	886.306	13,3	249	0,3	<0,1	1.030.015	14,2	143	0,2	<0,1	1.916.325	13,8	392	0,3	<0,1
40-49	1.052.441	15,8	1.017	1,2	0,1	1.238.759	17,1	480	0,7	<0,1	2.291.201	16,5	1.497	1,0	0,1
50-59	996.197	14,9	4.079	4,7	0,4	1.088.912	15,0	1.678	2,5	0,2	2.085.111	15,0	5.757	3,7	0,3
60-69	597.556	9,0	11.456	13,1	1,9	618.787	8,5	4.623	6,8	0,7	1.216.344	8,7	16.079	10,3	1,3
70-79	389.940	5,8	25.924	29,6	6,6	403.569	5,6	12.894	18,9	3,2	793.509	5,7	38.818	24,9	4,9
80-89	209.021	3,1	33.797	38,6	16,2	292.737	4,0	28.667	42,0	9,8	501.765	3,6	62.464	40,1	12,4
>90	40.967	0,6	10.932	12,5	26,7	117.131	1,6	19.753	28,9	16,9	158.098	1,1	30.685	19,7	19,4
Non noto	120	0,0	3	0,0	2,5	110	0,0	3	0,0	2,7	230	0,0	6	0,0	2,6
Total e	6.674.010	48,0	87.557	56,2	1,3	7.244.594	52,0	68.306	43,8	0,9	13.918.623	-	155.863	-	1,1

Nota: La tabella non include i casi per cui non è noto il sesso

In due anni e mezzo circa 50 presunti decessi in tutta la fascia pediatrica! Presunti perché se fossero stati reali, i vili, beoti e pagati giornalieri, si sarebbero scatenati in campagne di terrore nei confronti dei genitori, con la stessa foga con cui hanno perseguitato veri medici, che riscontravano quanto contenuto nell'EPAR da Voi redatto [\[1-V156\]](#).

Con queste evidenze, si proseguiva col super green pass, ricattando e mettendo volontariamente a rischio la vita dei ragazzi, per poter oggi rinnovarlo e proseguire nella deriva autoritaria (europarlamentare Cristian Terhes [\[1-V180\]](#)).

Nonostante le stesse ammissioni dei produttori, i quali, SORRIDENDO, dichiaravano che il veleno prodotto non fosse stato progettato per interrompere la trasmissione del virus, nonostante si dichiarasse e si confermasse [\[1-A98\]](#) la non pericolosità del virus nella popolazione giovane e nonostante i contagi triplicassero, si è continuato diabolicamente ad addurre la protezione dei fragili ed il blocco della trasmissione, stimando un mendace positivo rapporto rischio/beneficio [\[1-A97\]](#).

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Even though SARS-CoV-2 infection typically causes less severe illness in paediatrics compared to adults, children and adolescents remain susceptible to transmitting the virus to others, with an increased risk of more severe infection and transmission rate increasing with age [15]. Reported evidence on COVID-19 vaccine safety, including this study, prove their favourable risk profile with no serious ADRs after vaccination, suggesting that COVID-19 vaccines are effectively safe in children and adolescents.

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DELLE INFEZIONI DA SARS-CoV-2 E DEI DECESSI PER COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Classe di età (in anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Diagnosi totali				
	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %
Non noto	462	0.0	2	0.0	0.4	621	0.0	1	0.0	0.2	1.084	0.0	3	0.0	0.3
0-9	1.041.496	8.8	23	0.0	<0.1	971.860	7.2	23	0.0	<0.1	2.013.356	8.0	46	0.0	<0.1
10-19	1.395.315	11.8	22	0.0	<0.1	1.388.516	10.3	17	0.0	<0.1	2.783.831	11.0	39	0.0	<0.1
20-29	1.317.514	11.2	87	0.1	<0.1	1.451.154	10.7	53	0.1	<0.1	2.768.672	10.9	140	0.1	<0.1
30-39	1.508.854	12.8	290	0.3	<0.1	1.810.608	13.4	176	0.2	<0.1	3.319.466	13.1	466	0.3	<0.1
40-49	1.819.648	15.4	1.152	1.1	0.1	2.222.346	16.4	561	0.7	<0.1	4.041.995	16.0	1.713	0.9	<0.1
50-59	1.875.845	15.9	4.515	4.5	0.2	2.253.825	16.7	1.955	2.4	0.1	4.129.672	16.3	6.470	3.5	0.2
60-69	1.284.240	10.9	12.640	12.5	1.0	1.491.503	11.0	5.325	6.6	0.4	2.775.744	11.0	17.965	9.8	0.6
70-79	954.080	8.1	28.993	28.6	3.0	1.146.313	8.8	24.818	21.4	1.4	2.004.003	7.9	43.941	24.1	2.2
80-89	509.023	4.3	39.846	39.3	7.8	666.916	4.9	34.077	42.0	5.1	1.175.946	4.6	73.923	40.5	6.3
>90	86.478	0.7	13.850	13.7	16.0	219.835	1.6	24.093	29.7	11.0	306.313	1.2	37.943	20.8	12.4
Totale	11.792.955	46,6	101.420	55,5	0,9	13.527.107	53,4	81.229	44,5	0,6	25.320.082	-	182.649	-	0,7

Nota: La tabella non include i casi per cui non è noto il sesso

1-R83 - Nel caso in cui anche gli illustri Garanti dell'infanzia fossero stati tratti in inganno da parole autorevoli, quali quelle del prof. Palù [1-V47], oggi responsabile legale di AIFA [L], chiedo di riportare la mia domanda: In base a quali documenti il prof. Palù dichiarava sicurezza, efficacia e blocco della trasmissione, nonché la pericolosa "pandemia dei bambini" quando altri medici, come il SIAP, affermavano da subito la NON PERICOLOSITÀ DEL VIRUS PER LA FASCIA PEDIATRICA, similmente a quanto avvenuto con la SARS [L] [1-A127].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

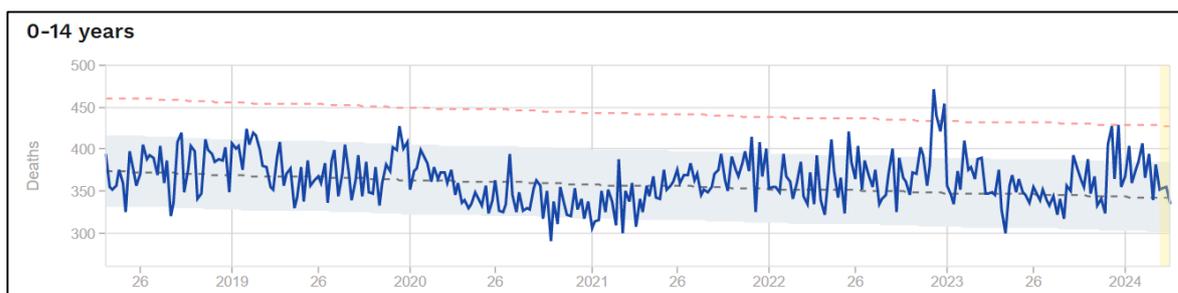
Pandemia da COVID-19, situazione in Italia: al 9 marzo, 8342 soggetti positivi al COVID-19. Tra questi, 43 bambini con età compresa tra 0 e 9 anni (0,5%) e 85 ragazzi con età 10-19 anni (1%)¹. Peraltro, tali dati sono in linea con la casistica rilevata nella popolazione cinese, dove la prevalenza ammonta a 0,9% e 1,2% rispettivamente nel primo e nel secondo gruppo di soggetti². Sembra quindi evidente una minore suscettibilità da parte della popolazione pediatrica al COVID-19². Le ragioni di tale evidenza sem-

In merito ai fattori interni, la popolazione pediatrica sembrerebbe manifestare una "resistenza intrinseca" al COVID-19, legata verosimilmente a due evidenze². In primo luogo, una maggiore espressione della risposta immunitaria innata, maggiormente efficace nei confronti di tale virus, rispetto alla popolazione adulta². In secondo luogo, una minore espressione di recettori virali, aventi la funzione di punto di attracco a livello polmonare del COVID-19, nello specifico rappresentati dall'Angiotensin Converting Enzyme-type 2 (ACE2)². Tale recettore è presente a livello degli pneumociti ed esercita un effetto protettivo a livello polmonare contestualmente a esposizione a virus simili al COVID-19, come SARS Virus e Human Coronavirus NL-53². L'assenza di

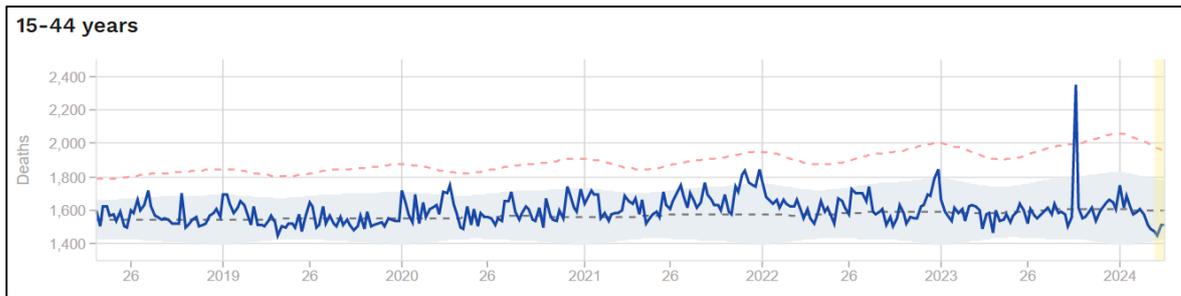
virus simili al COVID-19, come SARS Virus e Human Coronavirus NL-53². L'assenza di mortalità nella popolazione con età inferiore ai 24 anni durante l'epidemia legata alla diffusione del virus SARS nel 2002 in Asia rappresenta un ulteriore indizio che avalla

1-R84 - Chiedo al Ministero della Salute l'estrazione dei dati 2018-2023, epurati per privacy, contenuti all'interno del "Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari - A2.8" istituito dal DPCM 3 marzo 2017.

La richiesta precedente potrebbe non produrre evidenze in quanto tali registri sono rivolti ad una popolazione maggiore di 35 anni, non contemplando la nuova patologia pediatrica del malore improvviso. Allo stesso modo, registri di sorveglianza di mortalità giornaliera (SISMG) [\[L\]](#) analizzano la mortalità della popolazione anziana (>65 anni) [\[L\]](#). Apparentemente i grafici proposti dal Ministero non rilevano aumenti in tale fascia, anche se occorrerebbe discutere della simile mortalità anche dopo la somministrazione della cosiddetta protezione e della validità dei dati relativi a solo 50 città e relativa standardizzazione. I dati del SISMG fanno parte del network europeo di sorveglianza **EuroMOMO**, che pubblica un bollettino settimanale sulla sorveglianza della mortalità in 19 paesi Europei. Consultando le tabelle in EuroMomo si rileva, oltre alla inutilità della profilassi, i dati alarmanti relativi alle fasce giovani [\[L\]](#)



1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



1-R7a – I Garanti come spiegano tale eccesso di mortalità?

Riferendomi alle Autorità Garante dell'infanzia, ma formulando le successive domande per tutti i destinatari responsabili della salute dei nostri bambini, in relazione allo scottante tema della possibile correlazione tra vaccinazioni e sindromi ASD, eluse per 20 anni solo citando un solo studio ritirato, pubblicando fandonie ed accusando di complottismo persino i TITOLARI DI AIC che annoveravano la patologia nel foglio illustrativo del vaccino (Tripedia, praticamente scomparso [2-A7a]):

1-R85 – Tenendo conto dell'incidenza (benchè sottostimata) di circa **1/275** casi nel 2012, come dichiarato nelle linee di Indirizzo approvato nell'Accordo in Conferenza unificata del 22 novembre 2012 [\[L\]](#) [\[1-A70\]](#), **chiedo** ai Garanti tutti, di interpellare il Ministero della Salute sull'istituzione di un tavolo tecnico per analizzare il **reale dramma** che si consuma giornalmente nel nostro ed in altri paesi, utilizzati anch'essi come parco giochi per il diletto di soggetti di rinomata pazzia, ma facoltosi. Il dramma che fa registrare oggi un tasso di incidenza di sindromi ASD di **1/70 nati** [\[L\]](#) con picchi di **1/55** [\[L\]](#). Il CDC, lo stesso che nascondeva i dati [\[1-V8a\]](#), conferma picchi di incidenza pari a **1/36 nati nel 2020** [\[L\]](#), **rispetto all'incidenza di 1/44 del 2018** [\[L\]](#). **Uno in ogni grande condominio!** Dramma conosciuto ed in evoluzione già 10 anni fa, quando molti genitori informati su ciò che accadeva perché colpiti dalla sciagura, riportavano **l'esatto trend** della tragedia odierna [\[1-V9\]](#) [\[L\]](#). Se richiesto, potremmo comparare punto per punto, numero per numero, paese per paese, le coppie di studi che si contraddicono, come l'assoluta l'esclusione del nesso con la sindrome ASD effettuato in Danimarca nel 2002 [\[L\]](#) e la verifica di una prevalenza statistica nel 2011, sempre in Danimarca [\[L\]](#), naturalmente imputata a fattori geografici! **Puntualizzo inoltre che**, essendo oggi dichiarata la possibilità di controllo dell'infiammazione di alcune aree cerebrali, una tra le disfunzioni del sistema immunitario che sembra

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

rivestire un ruolo centrale nello sviluppo dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (**DSA**) inquadrato all'interno dei disordini del neurosviluppo nei bambini che presentano un disturbo dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorders – ASD) attraverso l'utilizzo di cellule staminali [\[L\]](#) [\[L\]](#), **si conferma come tale sindrome non abbia caratteristiche genetiche, se non in una esigua percentuale dell'ordine dell'1% e che dunque, quanto riportato da veri Medici come il Dr. LARRY PALEVSKY, risulta essere l'unica spiegazione [1-V9a].**



1-R86 – Nel caso in cui i Garanti siano **oberati** nella tutela della salute del Bambino, ripropongo la richiesta direttamente al Ministro della Salute Schillaci, esortandolo ad avviare **percorsi differenti dai suoi predecessori i quali, hanno sempre rifiutato il giusto indennizzo alle poche famiglie che proponevano richieste di indennizzo.** Richiesta accettata dall'Ordinanza n. 17441 [\[1-A101\]](#) del **maggio 2022**, con cui la Suprema Corte ha rinviato alla Corte Costituzionale la legge 25 febbraio 1992 n. 210, articolo 1, comma 1, nella parte in cui non prevede il diritto all'indennizzo per i soggetti che abbiano subito lesioni irreversibili dalla vaccinazione non obbligatoria antimeningococcica, **certificando** la correlazione tra l'insorgenza di una sindrome simile all'autismo e la somministrazione del vaccino antimeningococcico **Menjugate** [\[L\]](#) [\[1-A71\]](#). Lo stesso **Menjugate**, prodotto negli stabilimenti di Siena della Novartis, di cui, nel 2009, venivano ritirate nel Regno Unito **21.000 dosi** a seguito di possibili contaminazioni [\[L\]](#). Lo stesso **Menjugate, parente del Meningitec, ritirato da AIFA nel 2014** [\[L\]](#) [\[1-A72\]](#). L'ordinanza afferma inoltre **“dell'insufficienza delle conoscenze in materia di cause e meccanismi patogenetici del disturbo autistico e della sostanziale mancanza in letteratura di dati relativi ad esiti di reazioni avverse alla vaccinazione in esame”.** Una carenza divenuta oggi inaccettabile, mentre si elogia la prevenzione di ogni malattia con l'utilizzo della decantata Intelligenza Artificiale. Dunque chiedo indagini, oltre alle continue e

patetiche giornate “dell’autismo” [\[L\]](#). Tali indagini devono comprendere non solo il cambiamento climatico, ma il danneggiamento dichiarato nella continua sperimentazione. L’ASSESSMENT REPORT FOR PAEDIATRIC STUDIES EMA/496744/202 del 2020 [\[L\]](#) relativo al veleno somministrato a mia figlia nel 2011, riporta, oltre ad anomalie congenite e vari eventi avversi su gruppi di poche centinaia di bambini, anche gravi danni neurologici in entrambi i veleni usati per comparazione.

5. Neurodevelopmental status:

- At 9 or 18 months of age, 11.5% and 11.0% of subjects in the dTpa group and the control group, respectively, reported a score in the black zone for at least 1 domain of ASQ-3.
- At 9 or 18 months of age, 4.61% and 5.84% of subjects in the dTpa group and the control group, respectively, had at least 1 indicator of neurodevelopmental delay.

Ovvero si stimano, su 550 soggetti suddivisi in due gruppi, circa 22 casi di ritardo neurologico, corrispondente ad una incidenza di circa di 1/28! Non essendo la SALUTE DEI NOSTRI BAMBINI il vero obiettivo, si certifica solo il simile e pericoloso profilo di sicurezza per entrambi i veleni utilizzati, non effettuando mai un vero controllo con gruppi non esposti.

1-R87 - Chiedo inoltre un’analisi dei fattori (oltre al troppo caldo, troppo freddo e troppo tiepido) che abbiano potuto contribuire a questa drammatica evoluzione sulla base dei dati contenuti nel “*Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*” istituito dal DPCM 3 marzo 2017.

1-R88 - Per una analisi del trend, chiedo i dati registrati annualmente sull’incidenza della sindrome ASD da parte dall’Osservatorio Nazionale Autismo, in particolare dalla rete **NIDA**, istituita nel **2012** grazie al finanziamento della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute.

Sono passati altri 8 anni dal Rapporto ISSN 1123-3117 ISTISAN 11/33) [\[L\]](#) in cui con la solita tediosa monotonia, si cercava di giustificare l’aumento dell’incidenza, attestato in media in 1/120, attraverso la transizione tra il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease DSM-III al DSM-IV (e in futuro al DSM-V), l’adozione dell’International Classification of Disease ICD- 10 (CHE DA NOI E’ STATA IMPLEMENTATA SOLO OGGI), lo sviluppo e

l'introduzione di strumenti per la diagnosi come l'ADOS, l'ADI e il CARS, e di strumenti per lo screening precoce come il First Year Inventory e il M-CHAT, modifiche nei criteri per la definizione di caso di DSA. Oggi, come ieri e come sarà sempre, si chiuderà con:

La maggior parte degli studi epidemiologici oggi disponibili non fornisce informazioni sufficienti per poter valutare l'andamento dei DSA, sebbene sembri dimostrato che fattori metodologici spieghino una parte sostanziale dell'aumento del tasso di prevalenza, che a tutt'oggi non può però essere interpretato come evidenza di un aumento di incidenza.
Quest'ultimo non può comunque essere escluso, ma sono necessari dati epidemiologici adeguati per poter confermare o confutare questa ipotesi.

1-R89 - Chiedo a TUTTI I DESTINATARI DELLA PRESENTE, impegnati in ricerca avanzata utilizzando l'intelligenza artificiale e dediti al perseguimento della salute del pianeta, se concordino con la necessità perentoria di dare una giustificazione su ciò che accade ai nostri bambini, senza ulteriori rimandi e tenendo in considerazione che il più grande cambiamento nel sistema immunitario della popolazione pediatrica è stata l'ipervaccinazione [1-V143]. Il necessario stato infiammatorio indotto dalla vaccinazione per indurre una risposta immunitaria, può essere talmente eccessiva in alcuni soggetti da produrre danni irreversibili [1-V173].

Non solo non si indaga per decenni ma si continuano ad inserire altissimi fattori di rischio per i nostri bambini. Prima di inoculare milioni di bambini e donne in gravidanza con l'ultimo veleno tecnologico, occorre una lunga sperimentazione pre-clinica che, parlando di autismo, avrebbe messo in evidenza la possibilità di un calo dei **conteggi neuronali**, compromissione delle prestazioni motorie e **alterazione dell'espressione genica dei principali percorsi di neurosviluppo**, in topi esposti alla piattaforma mRNA [L].

1-R90 – Dovremo Aspettare altri vent'anni (20), leggendo continuamente nelle vostre pubblicazioni scientifiche della non correlazione ma della necessità di ulteriori indagini?

1.2.7.4. Regione Abruzzo

Per le considerazioni precedenti.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Rivolgendomi alla regione Abruzzo per i fatti sopra esposti ma valevole per tutte le regioni che ancora fanno opera di **fishing** ingannevole, dopo **vari insulti** nel web e la richiesta del Comitato Difesa Minori, l'assessore alla sanità della Regione Abruzzo ha cambiato il suo testimonial, inserendo un anziano sorridente [L](#).



eliminato **bambini** e **donne in gravidanza**.



Permane il falso ideologico lo sfruttamento della credulità popolare in molti siti web, tra cui quello della regione Lombardia.

Regione Lombardia

Home Page

Come prenotare online

Maggiori informazioni

Prenota il vaccino anti COVID 19 →

Prenotazione del vaccino antinfluenzale

Prenotazione online

Categorie prioritarie di offerta

- Cittadini **over 60**
- Cittadini a **rischio per patologia**
- Donne in stato di **gravidanza**
- Bambini da **6 mesi a 14 anni (nati nel 2009 e successivi)**
- Operatori **sanitari e socio-sanitari**

Offerta universale **NEW**

VACCINI: CIPOLLETTI, “RISCHIO MIOCARDITI E MORTI IMPROVISE, SORVEGLIANZA SU FASCIA 0-14 ANNI”

28 Dicembre 2023 14:54

REGIONE - POLITICA

Questo accade a Silvi Marina (TE), centro con 15.000 abitanti.



1.2.7.5. Regione Calabria

Vale quanto esposto per la regione Abruzzo. Una collaborazione tra tutti i Garanti **remunerati** dalla cittadinanza, **comprese le famiglie in lutto**, sarebbe doverosa.

Reggio Calabria, bimbo di 13 anni muore nel sonno. L'allarme della Regione sui malori improvvisi

Reggio Calabria: il 13enne è stato strappato alla vita, all'affetto dei suoi genitori e del suo fratellino qualche giorno fa

di Ilaria Calabrò 28 Ott 2023 | 10:45

≡ **REGGIOTODAY**

L'INIZIATIVA

Il garante della salute istituisce un tavolo tecnico sulle morti improvvise

Anna Maria Stanganelli: "Desidero fare mie le preoccupazioni dei cittadini e il dramma dei familiari di queste giovani vite"

Siamo ancora in attesa delle risposte da dare a tante famiglie [L](#).

1.2.7.6. Regione Veneto

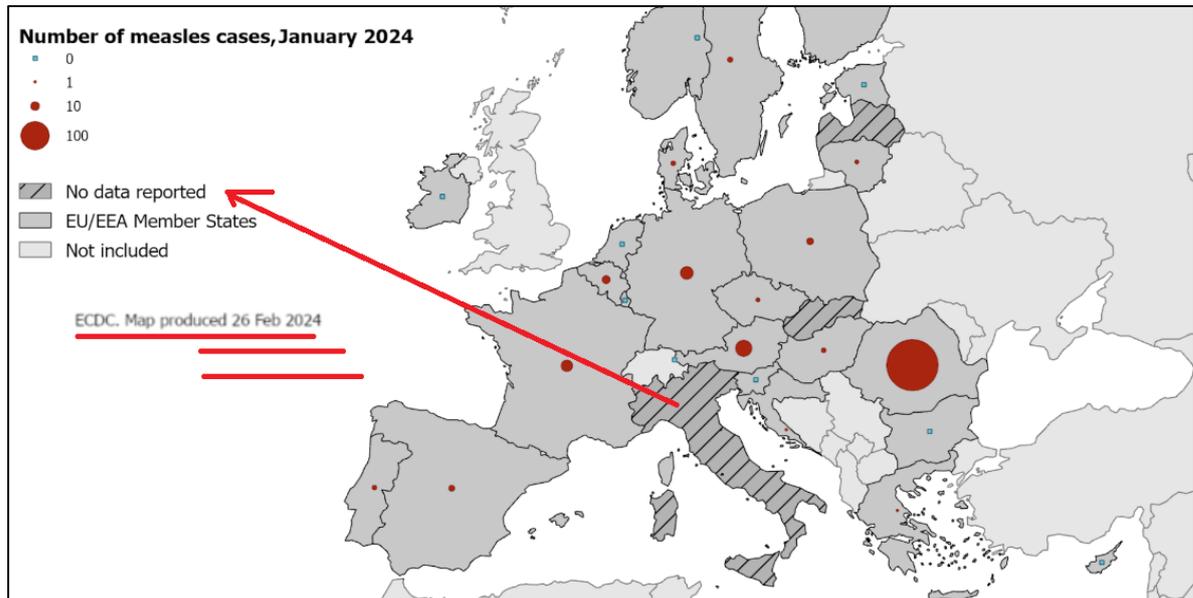
[PADOVA](#) - Giovani, giovanissimi **morti all'improvviso**. Senza un perché, senza riuscire a prevederlo. Ragazzi come il 12enne [Carlo Alberto Conte](#), morto durante una corsa campestre, o il giavellottista delle Fiamme Oro [David Cittarella](#), 16 anni. Tutto questo potrebbe avere fine grazie a **Impact**, studio finanziato con 4 milioni di euro dall'European Innovation Council e coordinato dall'Università di Padova. I ricercatori studieranno per 3 anni il ruolo e l'impatto di alterazioni genetiche sulla progressione clinica della **cardiomiopatia** aritmogena, colpevole di queste morti improvvise, aprendo la strada allo sviluppo di nuove terapie per la gestione clinica della [malattia](#).

Vale quanto esposto per la regione Abruzzo e Calabria. Una collaborazione tra tutti i Garanti remunerati dalla cittadinanza, comprese le famiglie in lutto, sarebbe doverosa, oltre all'annuncio dei soliti progetti farlocchi, magari sponsorizzati dagli stessi assassini, e rivolti come detto, alla ricerca di rarissimi malattie genetiche escludendo l'iniezione di 2/3 dosi di modRNA veicolato con nanoparticelle lipidiche [\[1-V20\]](#).

Non ancora soddisfatti del male causato, alcune Regioni continuano imperterrite nell'esecuzione di atti di violenza, infondendo il solito terrore nei genitori. La regione Veneto, in particolare l'azienda ULSS6 Euganea, **di propria iniziativa**, senza autorizzazioni ministeriali derivanti da valutazioni del gruppo NITAG, avvia una campagna di vaccinazione straordinaria contro il morbillo a causa **di un solo caso confermato [\[1-A130\]](#) [L](#)**. Naturalmente, non essendo disponibile la formulazione monovalente, si propone il trivalente o il quadrivalente, in base ai gusti e, solo ai primi mille fortunati, saranno offerti altri gustosi antigeni, come l'HPV ecc .

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Stranamente, come avveniva per l'emergenza del 2017 (par. 2.1), l'ECDC non riceve invio di segnalazioni da parte dell'Italia [\[L\] \[1-A128\]](#).



Dopo **6 anni** dall'avvio del registro PREMAL e dell'anagrafe nazionale vaccini, avvenuti dopo l'estorsione Lorenzin ed ancora oggi inefficienti, si dichiara l'incidenza del contagio essenzialmene (90%) in soggetti non vaccinati.

1-R90a – Chiedo al Ministero della Salute ed alla Regione Veneto, l'estrazione dei casi di morbillo dichiarati ed inviati tramite piattaforma Tessy all'ECDC per il trimestre gennaio-marzo 2024, comprendenti i referti dei casi confermati e lo stato vaccinale dei soggetti, al netto dei dati sensibili per la privacy.

Tale scelleratezza delle singole aziende sanitarie trovano il fondamento nel **ventennale copione** redatto dall'inutile ISS, organo che, **non conoscendo l'eccesso di mortalità causato nel proprio Paese**, si affida ai numeri dell'ECDC, dichiaranti la morte di circa **136.000 bambini** nel mondo a causa del morbillo [\[L\]](#). Una catastrofe, secondo l'ISS, avvenuta nel 2022 e menziata dall'ECDC nel "**Measles Annual Epidemiological Report for 2022**" [\[L\] \[1-A129\]](#). Tuttavia, mentre nel mondo migliaia di bambini morivano per il morbillo, nel 2022 ed **in tutto lo spazio EU/EEA**, nonostante il calo della copertura a causa del covid, **non si registravano decessi**.

In 2022, 127 cases of measles and zero deaths were reported by 15 out of 30 EU/EEA Member States. The overall notification rate was 0.3 cases per 1 000 000 population. This was significantly lower than in 2018 and 2019 (34.4 and 25.4, respectively) before the start of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe, and slightly higher than the rate observed in 2021 (0.1). This represents a 99% decrease compared to 2018, and a 96% decrease compared to 2019.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

La tragica realtà paventata dall'ISS e da tutte le Istituzioni, ipotizzata sempre nel resto del mondo, non è mai stata verificata nello spazio **EU/EEA**. Ad esempio, nel report annuale riferito al 2019 [\[L\]](#) [\[1-A131\]](#), a seguito di **13.200 casi notificati**, si dichiaravano **10 presunti decessi** [\[L\]](#), **senza riportarne lo stato vaccinale**.

Outcome

The outcome of disease was available for 10 601 (89%) cases, with 10 deaths attributable to measles (case-fatality 0.09%) reported in 2019. Data on complications were available for 9 of the fatal cases; pneumonia (6), acute encephalitis (2) and unknown (1). The distribution of deaths (case-fatality) by age group was 2 (0.16%), 1 (0.05%), 1 (0.09%), 1 (0.14%), 2 (0.12%) and 3 (0.09%) among those aged <1, 1–4, 5–9, 15–19, 20–29 and 30+ years, respectively.

1-R90b – chiedo a AIFA ed al Ministero della Salute se nel 2019 nel nostro Paese fossero registrati decessi imputati presumibilmente al morbillo e nel caso di risposta affermativa, copia dei report inviati all'ECDC comprendenti **lo stato vaccinale**, al netto dei dati protetti dalla privacy.

1.2.7.7. Pediatra di famiglia

Dott.ssa Rosanna La Porta

Il pediatra è l'unico medico a conoscere lo stato di salute del bambino, derivante dalla gestione del percorso evolutivo, accompagnato da svariate anamnesi sullo stato di salute e relative prescrizioni mediche. Stato di salute difficilmente ricavabile da semplici e sommarie informazioni riportate da fascicoli sanitari ancora oggi non disponibili in formato elettronico uniforme in tutto il Paese. Men che meno, lo stato di salute può essere descritto dal genitore, rispondendo in pochi secondi ad una manciata di domande (riassunti circa 250 pagine della *Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni* [\[1-A27\]](#)) del tipo : “*suo figlio sta bene?*”, **assumendosi poi la responsabilità dell'anamnesi**, richiesta nelle due paginette chiamate impropriamente **consenso informato**.

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni di ipersensibilità da vaccini; **di aver riferito correttamente informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

1-R91 - Chiedo alla dottoressa La Porta le relazioni e/o comunicazioni inviate al centro vaccinale e attestanti, progressivamente in relazione all'esito della precedente inoculazione, l'idoneo stato di salute di mia figlia nel ricevere le successive dosi, necessarie per la corretta anamnesi vaccinale del centro, procedura descritta dall'"opuscolo" informativo della regione Lombardia [\[L\]](#).

8

È possibile prevedere eventuali reazioni avverse ai vaccini?

Non esistono accertamenti di laboratorio in grado di prevedere o prevenire reazioni avverse conseguenti alla somministrazione dei vaccini. Il medico curante e il personale dei centri vaccinali possono però identificare preventivamente le situazioni che controindicano temporaneamente o per sempre la somministrazione del vaccino, o comunque le situazioni che richiedono prudenza nell'iniziare o continuare la vaccinazione.

1.2.7.8. Centro vaccinale

ASST-Sette laghi, Centro Vaccinale Sesto Calende (VA)

Sul sito dell'ISS [\[L\]](#) sono presenti le linee guida ([\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#)) per la gestione del counselling in ambito vaccinale, per una inoculazione **consapevole** e redatti a cura della sociologa Barbara de Mei [\[L\]](#) in qualità di responsabile dell'unità formazione e comunicazione Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e **Promozione della Salute**, ennesimo ed inutile gruppo sottraente risorse pubbliche mentre disquisisce su argomenti sconosciuti, copiando le frasi ripetute da decenni.

I manuali relativi alle tecniche di **vendita porta a porta di aspirapolveri** risultano di gran lunga più incisivi.

Ascoltare l'“altro” ponendo attenzione a ciò che accade nel processo relazionale

L'ascolto attivo dei contenuti che vengono scambiati attraverso la comunicazione verbale, l'osservazione delle modalità con cui avviene questo scambio, gli sguardi, la gestualità, la postura, la mimica (comunicazione non verbale) e ancora i toni della voce, i timbri, le pause, i sospiri (comunicazione paraverbale) possono fornire molte informazioni sul vissuto della persona, contribuiscono a definire la sua “narrazione”, possono offrire spunti per creare e mantenere la relazione.

L'unica sentenza corretta è l'affermazione che l'obbligo di legge della vaccinazione ha portato al **totale disinteresse degli operatori sanitari**, anche a seguito di una **falsa sicurezza** da parte di norme ed indicazioni interne, che derivano esclusivamente da posizioni soggettive e **dunque di piena responsabilità**.

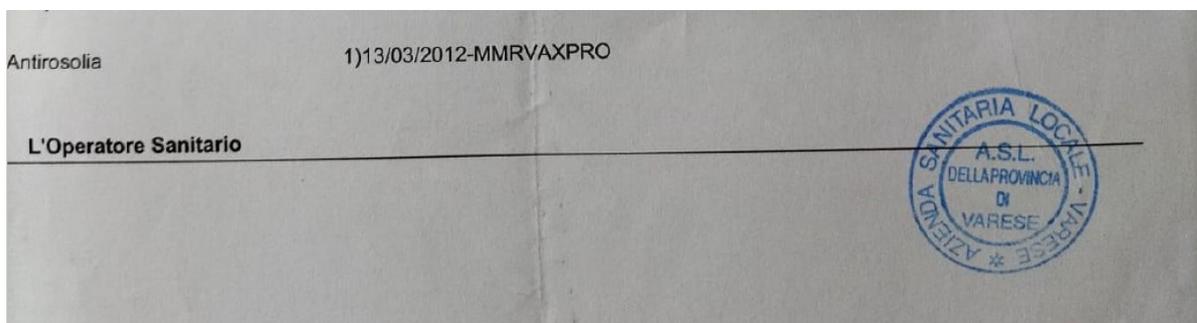
atteggiamento di tipo direttivo: **“La vaccinazione è un intervento valido che si deve fare e che in quanto tale va accettato senza obiezioni o perplessità. Inoltre, poiché è proposto da un operatore sanitario esperto nel settore che sa ciò che è bene per i cittadini inesperti, bisogna avere fiducia e stare tranquilli”**.

Una disinformazione e disinteresse nel controllo, soprattutto in relazione al **monitoraggio addizionale**, emerso nella *“Relazione della Commissione*

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

sull'esperienza acquisita dagli Stati membri e dall'agenzia europea per i medicinali riguardo all'elenco dei medicinali per uso umano soggetti a monitoraggio addizionale" e datata 2019, ovvero dopo 9 anni di inoculazioni [\[1-A27a\]](#), dalla modifica normativa che ha introdotto la **gestione del rischio** per sperimentare sui nostri bambini.

1-R92 - Per quanto esposto di seguito, soprattutto nel capitolo 8 relativo alle prime inoculazioni di mia figlia, chiedo cortesemente il **nominativo del medico vaccinatore** responsabile delle varie sedute e dell'allora direttore del centro, non presente nel pezzo di carta in mio possesso [\[1-A28\]](#).



La stessa domanda sarà riproposta nel capitolo 8, con molto più "vigore", dopo **l'analisi del pericolo** a cui è stata sottoposta mia figlia nel 2011 e del quale ero ignaro.

1-R93 – Nel rispetto delle indicazioni dell'ex Presidente FNOMCeO Roberta Chersevani [\[L\]](#) [\[L\]](#), **non essendo ancora oggi operativo** il fascicolo sanitario elettronico da cui il medico vaccinatore possa analizzare il vissuto sanitario del bambino, in che modo viene (e veniva) acquisita la valutazione del pediatra in relazione alla somministrazione?

In via preliminare, e per fugare ogni non giustificata resistenza alle pratiche vaccinali, ricordo che allo stato attuale delle conoscenze, la richiesta di esami di laboratorio ovvero di altri accertamenti diagnostici da eseguire di routine prima della vaccinazione non ha alcuna giustificazione tecnico-scientifica. Perché siano individuate situazioni di rischio reali, è sufficiente che il pediatra/medico curante svolga le proprie valutazioni sulla base della documentazione medica del minore e che i servizi vaccinali effettuino l'anamnesi pre-vaccinale, anche sulla scorta delle informazioni fornite dai genitori/tutori/affidatari, oltreché attenendosi alla Guida alle controindicazioni, menzionata nella [circolare del Ministero della Salute del 16 agosto 2017](#).

1-R94 –Per le vaccinazioni elencate nel pezzo di carta sopra, chiedo copia della ricezione delle valutazioni del pediatra, utilizzata dal centro vaccinale nella definizione dell'anamnesi, indicante il responsabile della stessa.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

1-R95 – Chiedo copia della ricezione dell'ultima valutazione del pediatra relativa alla **prossima vaccinazione obbligatoria** (Triaxis Polio) e raccomandata (Gardasil 9), indicante esplicitamente la mancanza di controindicazioni per i medicinali proposti ed in co-somministrazione.

1.2.7.9. Regione Lombardia

1-R96 – Essendo la terapia genica anti-covid approvata con una autorizzazione condizionata (**CMA**) e soggetta ad **obblighi specifici** che ne impedivano la commercializzazione, non permettendo quindi l'inserimento nei LEA, chiedo alla Regione Lombardia (e a tutte le regioni) in base a quale **autorizzazione governativa**, al netto di "raccomandazioni" provenienti da soggetti non autorizzati, la Regione predisponesse eventi come gli **open day** per l'inoculazione dei ragazzi?

1-R97 – Chiedo alla Regione Lombardia copia del piano strategico utilizzato per la somministrazione della terapia genica mRNA (come da delibera [\[L\]](#)), indicante le strutture autorizzate e il/i medici responsabili per ogni struttura. In particolare dovrà essere indicato il piano di trasferimento e stoccaggio delle dosi dai magazzini a basse temperature (-90°) allo stoccaggio di alta temperatura e sino alla diluizione, nel rispetto degli intervalli temporali descritti nel Foglio Illustrativo (prima versione [\[1-A112\]](#)) in relazione alla programmazione giornaliera.

La riforma del Titolo V della costituzione, realizzata con la legge Costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001, ha modificato l'assetto dei rapporti istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti Locali, introducendo un quadro di devoluzione delle competenze e delle responsabilità in materia sanitaria.

Con questa riforma le Regioni hanno responsabilità, pressochè esclusiva, dell'organizzazione e gestione del servizio sanitario, mentre **lo Stato ha la responsabilità di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie "essenziali" (LEA) che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini**, ovunque residenti.

Il quadro dei servizi sanitari, in particolare riguardo le vaccinazioni, è stato sempre un mosaico estremamente variegato ed eterogeneo, anche nella stessa Regione a causa del diverso comportamento delle diverse ASL. Alcune molto attente ad onore del vero, come quelle della regione Veneto, la prima a promulgare una Legge regionale (Legge 7/2007) per l'attivazione di un percorso per la sospensione

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

dell'obbligo vaccinale a partire dai nati della coorte 2008, proprio, suppongo, in base alle evidenze sorte dalla farmacovigilanza [\[L\]](#). La Regione Veneto, infatti, si oppose al decreto Lorenzin, rigettato dalla corte costituzionale sulla base dell'infondata prima (ed ultima) relazione di AIFA [\[L\]](#) [\[1-A63\]](#).

Anche altre realtà, come la Regione Piemonte, avevano scelto un percorso analogo. Tuttavia, come evidenziato nel PNPV 2012-2014, da un lato le Istituzioni si riservavano l'analisi e la decisione a riguardo, dopo la verifica della **maturità** dei sistemi vaccinali e dall'altro enfatizzava **l'introduzione di nuove vaccinazioni grazie alla crescente disponibilità di nuove tecnologie**, introdotte in maniera **subdola ed illegale**, in passato (rDNA e Adjuvanti) ed oggi (mRNA), mentre le verifiche venivano procrastinate anno dopo anno.

A seguito delle ultime **comiche ed offensive** dichiarazioni del assessore Giudo Bertolaso che, dopo l'elogio dei **letali** sieri e dopo gli scandali legate a mascherine pericolose per i nostri ragazzi come quelle prodotte dalla FCA, la cui distribuzione nelle scuole è continuata anche dopo l'ordine di ritiro, si continua a raccomandare mascherine e tamponi per la protezione dei soggetti fragili, o di quelli che sono sopravvissuti dopo due anni di vigile attesa ed inoculazioni [\[1-V10\]](#).

Nonostante l'assenza di pericolo confermata dai dati inviati all'ECDC [\[1-A75\]](#) ma dato il rinnovo dello stato di emergenza [\[L\]](#) attuato dalla scadenza della furba **dichiarazione temporanea** del criminale Tedros (par. 3.1), si riattivano restrizioni per avallare i piani in essere e prolungare, almeno sino al 2025, l'utilizzo della piattaforma mRNA e l'assuefazione alla restrizioni future. Essendo demandata alle singole regioni la responsabilità di misure sanitarie, ed in ultima istanza, essendo demandata ai singoli direttori sanitari la possibilità di adottare misure sanitarie senza alcun fondamento scientifico e con l'assoluta inconsapevolezza del quadro epidemiologico locale e nazionale (come si evince dai documenti bibliografici delle circolari ministeriali (parag. 3.1)), ricordo che:

- lo stesso ISS, nei primissimi documenti sull'utilizzo dei DPI, ribadiva che [\[1-A29\]](#)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Mascherine e guanti non possono essere riutilizzati</u> e devono essere smaltiti correttamente.• La maschera chirurgica deve coprire bene il naso, la bocca e il mento. <u>La maschera deve essere cambiata se diviene umida, si danneggia o si sporca.</u> |
|---|

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

ma avete soffocato i nostri bambini per 6/8 ore al giorno con un uno straccio maleodorante costato miliardi e lasciato operatori sanitari nei reparti dei cosiddetti fragili con stracci grondanti sudore. Senza considerare che l'utilizzo improprio di FFP2, secondo le norme UNI (EN 149/2009), può causare la morte per mancanza di ossigenazione.

L'ISS chiariva come il semplice utilizzo di stracci non fosse sinonimo di sicurezza, ma doveva essere inserito in un **contesto molto più ampio e strutturato**.

Si evidenzia inoltre che i DPI devono essere considerati come una misura efficace per la protezione dell'operatore sanitario solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme di interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici nel contesto assistenziale sanitario come descritto più avanti

Tipico esempio erano sistemi di aerazione e realizzazione di percorsi sicuri, che non contemplavano certo il semplice **disegno di frecce** sul pavimento da dove passavano pazienti, visitatori, operai, servizi mensa e salme! **Non era previsto neanche lo smistamento di soggetti positivi all'interno delle RSA**. Non vi era spazio e la gente rimaneva e rimane ancora oggi fuori al freddo in attesa di un tampone inutile perché non si conosce neanche la variante da rilevare, sempre nel caso siano disponibili test aggiornati [\[1-A1\]](#).

- Riguardo le mascherine, mentre l'ISS, nel Rapporto COVID-19 n. 9/2020 dell'aprile 2020 [\[1-A30\]](#), scriveva dell'impossibilità di contagio all'esterno:

Matrici idriche e acque reflue

Secondo le evidenze disponibili, la via di trasmissione delle infezioni da coronavirus, incluso il SARS-CoV-2, è rappresentata dal contatto diretto per diffusione di goccioline (*droplets*) emesse durante il respiro e gli atti del parlare, tossire, starnutire. Anche contatti diretti attraverso le mani e con superfici contaminate possono rappresentare importanti vie di trasmissione. Tuttavia, non si può, allo stato attuale, escludere una possibile trasmissione fecale-orale, mentre i dati disponibili portano ad escludere la trasmissione per via aerea, a parte situazioni specifiche in ambito ospedaliero.

avete permesso che i bambini facessero attività motoria all'esterno con indosso lo straccio, o avete rimosso dalle strade le panchine per evitare che i nostri anziani prendessero una boccata d'aria.

Oggi ripartono ancora le notizie allarmanti nelle le circolari che analizzeremo dopo, e le raccomandazioni dei presidi, circa l'utilizzo delle mascherine. Riferirò all'istituto frequentato da mia figlia l'intenzione di denuncia nel malaugurato caso dovessero essere distribuite le stesse porcherie pericolose

1-R98 – I dirigenti scolastici hanno verificato l'areazione dei locali e la concentrazione di ossigeno, oltre a fornire il ricambio degli stessi dispositivi che, se umidi, **peggiorano notevolmente l'afflusso di ossigeno?**

La valutazione dell'ossigenazione non sarebbe necessaria per **altre proposte grottesche**, per la quali sono stati dissipati ingenti fondi e per la quali si dovrebbe chiedere scusa alla popolazione, **e poi essere giudicati**.



Come detto, per le necessarie inoculazioni sino al 2025, in modo da concedere alla Pfizer-Biontech l'autorizzazione definitiva alla piattaforma mRNA, è altamente probabile la ricomparsa di imposizioni che continueranno a danneggiare i nostri bambini, quelli non affetti da malori improvvisi.

PFR Patrizia Floder Reitter 2 novembre 2023

L'alunno «no mask» assolto ma rovinato: dopo 4 giorni di Tso ha interrotto gli studi

Non mi turba tanto **il ritiro di uno studio** che ha esaminando ben **54 pubblicazioni scientifiche** sulle mascherine, indagando la saturazione periferica di ossigeno, il livello di anidride carbonica nel sangue e altri parametri fisiologici [\[L\]](#), deducendo che l'ipossia causata dalle mascherine

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

insieme allo stress ossidativo può portare ad una soppressione del sistema immunitario [L](#) [L](#) [L](#) portando ad un più elevato rischio di contrarre malattie, ma è criminale il fatto che, **per la nostra classe medica, occorra uno studio** per accertare la pericolosità di uno straccio sulla bocca.

Lombardia, azzerati vertici Aria. Tutti i flop: dai vaccini al sistema informatico

Il governatore Fontana ha azzerato i vertici dopo un anno di problemi: dal caso camici ai test sierologici alla gestione dei vaccini. Il dg Gubian rimane come amministratore unico

di Sara Monaci
22 marzo 2021

All'alba del quarto anno di follia, invito anche la Regione, oltre a sperperare milioni di euro nelle convenzioni ARIA per l'acquisto di veleni inettibili [L](#) [L](#) [L](#), come i nuovi vaccini anti-influenzali a DNA ricombinante [L](#), e a disseminare telecamere di sorveglianza in tutto il territorio **senza essere cosciente della dittatura a cui saranno sottoposti i nostri figli con l'odierna modifica dell' Al Act [L](#) [1-V80](#)**, ad attuare o imporre alle scuole, **se** ancora necessari, gli interventi di impiantistica necessari per il ricircolo d'aria, non tollerando un altro inverno di lezioni con finestre spalancate.

1-R99 – La Regione Lombardia ha ottenuto tutte le autorizzazioni dalle Prefetture per l'installazione delle telecamere?

1-R100 - Per identificare la necessità di eventuali misure, chiedo alla Regione Lombardia l'estrazione, dalla piattaforma SIAVr, delle notifiche di casi covid, comprensivi dello stato vaccinale ed eventuale sequenziamento effettuato dai laboratori regionali di riferimento [L](#), includendo inoltre la quota dei decessi PER covid.

1.2.7.10. Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)

Presidente: Anelli Filippo

1-R101 - A seguito della risposta data dal dott. Bassetti durante la presentazione del suo ultimo bestseller a Milano in data 04/10/2023, ovvero della **NON CONOSCENZA** degli sviluppi ed aggiornamenti relativi al farmaco sponsorizzato e che hanno portato all'inserimento nell'RCP del possibile **esito FATALE a**

seguito di miocardite/pericardite, chiedo alla Spett.le FNOMCeO se sia stata inviata comunicazione a tutti gli ordini con l'avvertenza della preventiva divulgazione alla popolazione di tale importante informazione, come richiesto nella PEC inviata in data 05/10/2023 [\[1-A30e\]](#). Tali informazioni, come da raccomandazioni del PRAC e CHMP, **sono essenziali per la gestione del rischio**, soprattutto **da parte dei genitori** che dovranno valutare tempestivamente eventuali segnali di allarme.

A seguito della firma del contratto con la Pfizer-Biontech nel novembre 2020 in cui, il Ministro della Salute Roberto Speranza accettava la **manca di informazioni su efficacia e sicurezza del farmaco acquistato** [\[1-A81\]](#), nonché la necessaria sperimentazione attuata direttamente sulla popolazione, con il parere della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) di AIFA nella seduta straordinaria tenutasi in data 22 dicembre 2020, con determina n. 154/2020 (G.U. Serie generale - n. 318):

COMIRNATY,
descritta in dettaglio nell'allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante è collocata in apposita Sezione della classe di cui all'art. 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, denominata classe C (nn), dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità.
Il titolare dell'A.I.C., prima dell'inizio della commercializzazione deve avere ottemperato, ove previsto, alle condizioni o alle limitazioni per quanto riguarda l'uso sicuro ed efficace del medicinale e deve comunicare all'AIFA - Settore HIA ed economia del farmaco - il prezzo ex factory, il prezzo al pubblico e la data di inizio della commercializzazione del medicinale.

Era dichiarata la **natura provvisoria ed emergenziale** della nuova terapia, espressa nell'articolo 14-bis del regolamento CE 726/2004 e base legale dell'autorizzazione del veleno, in concomitanza col regolamento UE 507/2006, oggi denunciata da alcune autorità sanitarie [\[1-V66\]](#).

La **natura provvisoria ed emergenziale** del medicinale era subito dichiarata anche dalla tanto amata FDA nella scheda informativa distribuita agli operatori sanitari, i quali **avevano l'obbligo di informare che l'FDA non avesse**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

autorizzato il medicinale, ma concesso solo una autorizzazione in via emergenziale [\[L\] \[1-A40\]](#).

Nonostante si acquistassero medicinali innovativi e classificabili tecnicamente nella categoria delle **terapie avanzate**, in particolare **terapie geniche**, approvati in pochi mesi e **di sconosciuto profilo di sicurezza ed efficacia**, il Ministero della Salute inaugurava un triste periodo di falsità ormai irrecuperabile, emenando la circolare 0000001-02/01/2021-GAB-GAB-P [\[L\] \[1-A82\]](#).

È necessario fornire in modo proattivo informazioni complete, obiettive e accurate, con la finalità di favorire un'ampia adesione alla campagna vaccinale da parte della popolazione. A tal fine sarà necessario spiegare che le rigorose procedure di autorizzazione dell'UE non contemplano alcuna deroga alla sicurezza.

La “**natura provvisoria ed emergenziale**” del farmaco doveva poi essere gestita e comunicata dai vari Ordini agli iscritti [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#). Le comunicazioni sono identiche e tutte riportano quanto di seguito:

Richiesta prescrittiva per la somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2

A fronte di richieste avanzate da pazienti al fine di vedersi prescritta la somministrazione del vaccino per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, sottolineiamo che:

1. Un obbligo di legge (ove il richiedente appartenesse per professione e/o età alle categorie per le quali è previsto l'obbligo vaccinale), come ovvio ed intuibile, non deve essere “legittimato” dal singolo medico, rimanendo autorizzato dal Legislatore che l'ha previsto.
2. I vaccini utilizzati non sono prescrivibili con le normali ricette in quanto non è ammessa la distribuzione territoriale nella Repubblica Italiana. La prescrizione si sostanzia nell'inserimento dell'idoneità da parte del medico vaccinatore e la dispensazione viene fatta direttamente dalla struttura all'atto della somministrazione.
3. La prescrizione è un atto medico e quindi non può essere intimata; e questa considerazione vale anche per le prescrizioni di esami così come poco sopra individuate.

Nei tre punti è espressa la collaborazione tra legislatore, che imponeva un trattamento sanitario con un farmaco non commercializzabile perchè in attesa di studi clinici su efficacia e sicurezza ma che estorceva (pena la perdita de lavoro, del diritto allo studio e alla vita sociale) la firma di un **CONSENSO INFORMATO**, contenente note informative non in linea con l'RCP, e gli “**abilitati in medicina**” che rivendicavano l'obbligo (o erano costretti all'obbligo) di inoculare per strada un farmaco soggetto a **prescrizione limitativa RRL**, **aggirando quelle che erano le disposizioni decise dalla stessa AIFA rappresentata nel CHMP**, in quanto forti del presunto scudo penale concesso dallo stesso Legislatore [\[1-V89\]](#).
(Un debole scudo in verità, **non** essendo il medicinale un vaccino in quanto

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

istruiva le cellule a produrre la stessa sostanza tossica del virus, **non** fermando la trasmissione, **non** consentendo all'inizio l'eterologa (creando problemi al PRAC per la ricerca del cavillo allo scempio dichiarato [\[L\] \[1-A116\]](#)), **non** avendo la prescrizione ospedaliera **RRL** e soprattutto **non** avvisando del **monitoraggio aggiuntivo** come specificato dalla Commissione Europea nella risposta scritta all'interrogazione parlamentare E-000708/2022(ASW) [\[L\]](#) oltre che dalla stessa FNOMCeO [\[L\] \[1-A30\]](#). Ad indebolire l'ipotetico scudo e ad addossare maggiori responsabilità alla direzione della classe medica, vi era la **mancata firma dell'Accordo Collettivo Nazionale**, firma avvenuta solo nel **gennaio 2022** per l'approvazione della proposta di accordo relativa al **triennio 2016-2018 [\[1-A30m\]](#)** e che quindi legalizzava ancora l'accordo del 2005 [\[1-A30n\]](#) in cui, il medico era soggetto al solo obbligo della vaccinazione anti-influenzale ed al **rispetto dell'etica, sostantivo poi rimosso nella firma del 2022**. Infine, fermo restando **il debole scudo penale che non protegge dalla "colpa grave" [\[L\]](#)**, **non esiste aluno scudo amministrativo ai sensi dell'articolo 2043 del cpc, in associazione alle necessarie competenze richieste dagli inoculatori responsabili [\[1-V149\]](#)**. Tuttavia, a maggior garanzia nel caso di malfunzionamento del suddetto scudo, la FNOMCeO ha predisposto un corso di formazione: "*La violenza nei confronti degli operatori sanitari*" [\[L\]](#)).

1-R102 - Per **smemore** tale natura provvisoria e sconosciuta del medicinale, palesemente sperimentato sulla popolazione nella fase III, l'illustrissima Corte Suprema di Cassazione è stata **accuratamente informata** dagli organi sanitari nazionali sulla legislazione in materia di autorizzazione dei medicinali e sulla **natura del tutto nuova e sconosciuta dei veleni anti-Covid?** [\[L\]](#)

Da smemore anche che la natura sperimentale dei vaccini sarebbe desumibile dall'approvazione in tempi brevi, sulla base di una procedura di autorizzazione all' "immissione in commercio condizionata" (cd. CMA), disciplinata dall'art. 14-bis del Regolamento CE/726/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio e dal Regolamento CE/507/2006 della Commissione.

Tutti i vaccini anti Covid-19 non hanno la natura di vaccini sperimentali, in quanto sono stati immessi in commercio all'esito del completamento del prescritto ciclo di sperimentazione.

La Sentenza 10175/2020 della Quarta Sezione Penale della Corte di Cassazione, stabiliva che il mero rispetto (senza spirito critico) delle linee guida, non escluse **la responsabilità del medico [\[L\]](#)**, tuttavia si demnadava alle farmacie, **in via**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

sperimentale, la responsabilità di un atto medico e **l'acquisizione del relativo consenso informato**, ai sensi del decreto-legge 22 marzo 2021 e s.m.i. e si siglava l'accordo Quadro tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, FEDERFARMA e ASSOFARM per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini anti SARS-CoV-2.

Passata la fase sperimentale, consci del **perenne proseguo delle inculazioni** richieste dai padroni, si modificava l'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, aggiungendo la lettera e-quater: *"..la somministrazione, con oneri a carico degli assistiti, presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del **superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali**, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di **vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali nei confronti dei soggetti di età non inferiore a diciotto anni, previa presentazione di documentazione comprovante la pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini.."*** (legge 19 maggio 2022, n.52) [\[1-A59\]](#).

1-R103 - Essendo l'adesione su base volontaria ed essendo il farmacista un professionista sanitario a norma del decreto legislativo 8 agosto 1991. n.258, abilitato all'esecuzione delle somministrazioni vaccinali contro il SARS-Co V-2 sulla base degli specifici programmi e **moduli formativi già organizzati dall'Istituto Superiore di Sanita** a norma dell'art. I, comma 465. della Legge 178/2020, per gli anni 2021, 2022 e 2023, chiedo cortesemente al Miinstero della Salute:

- l'elenco delle farmacie aderenti
- Il numero dei corsi attivati
- La tipologia dei corsi (in sede, on-line ..)
- Caratteristiche dei corsi quali, durata, argomenti trattati, tipologia di esame ecc.

Naturalmente, i corsi dovranno avere i **requisiti** per la formazione di un operatore sanitario alla **prescrizione medica limitativa**, a cui era soggetto il veleno sino ad ottobre 2022, comprendente la normativa menzionata, in particolare riguardo la corretta informazione da fornire al pubblico.

Dopo il declassamento degli obblighi di **relazione finale di sicurezza** (SO5) di dicembre 2023 e luglio 2024 per la formulazione pediatrica, avvenuta ad ottobre

2022, si eliminava il **piccolo ostacolo** della **prescrizione limitativa** dovuta alla **natura sperimentale del medicinale** e molte regioni firmavano Accordi Attuativi come quello della regione Abruzzo [\[1-A59\]](#), per proseguire oggi nella campagna inoculatoria, remunerati a 10 € a dose.

Schillaci: 'a breve provvedimento su depenalizzazione atto medico'

ImolaOggi 8 Novembre 2023 Sanità e Salute, NEWS2023, Vetrina

**Scioperiamo
per chiedere:**

Assunzioni.

Detassazione di una parte della retribuzione.

**Risorse congrue per il rinnovo
del contratto di lavoro.**

Depenalizzazione dell'atto medico.

Cancellare i tagli alle pensioni.

La medicina difensiva non è il chiedere esami inutili ma è rivolta a gestioni pessime di situazioni e complicanze mai riconosciute, anche se eclatanti e numerose [\[L\]](#). Di seguito alcuni degli ultimi casi [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#):

Un ritardo fatale nell'operazione: "Quel tumore andava tolto subito". Medici condannati

Gli specialisti della neurochirurgia di Careggi nel 2018 non avrebbero valutato adeguatamente le condizioni di una donna di 54 anni che si era presentata a Torregalli in condizioni preoccupanti

Neonata morta per ritardo nel cesareo

06/04/2023

Tre medici a processo per la morte del bimbo di 10 mesi operato a Torino: l'aorta è stata recisa per sbaglio

Tre medici rinviati a giudizio per la morte di un bimbo di 10 mesi all'ospedale 'Regina Margherita' di Torino. L'errore fatale in sala operatoria

Pubblicato il: 02-07-2023 08:06

La morte di Lisa, il papà: «Vi racconto la sua agonia, dal trapianto di midollo agli errori dei medici»

La ricostruzione lucida e a tratti incredula del padre di Lisa, 17 anni, morta al Bambino Gesù per un'infezione. La mamma è la Soprintendente Margherita Eichberg. «Sangue del donatore sbagliato, le hanno infuso un litro di veleno», «Ha urlato per 12 ore», «Piccola, non meritiamo il tuo perdono»

1-R104 - Su quali basi legali si sospendevano e si radiavano medici che adducevano **importante letteratura e soprattutto esperienza personale** [L], sia nella cura dell'infezione che nella definizione di una nuova tecnologia ancora non normata nel mondo, introdotta nella classe dei medicinali biologici in modo improprio e la cui pericolosità **doveva essere dichiarata** come da circolare 0042164-24/12/2020-DGPRES-DGPRES-P [L] [1-A80], **nonostante l'omissiva nota informativa?**

L'elenco di reazioni avverse sovraesposto non è esaustivo di tutti i possibili effetti indesiderati che potrebbero manifestarsi durante l'assunzione del vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19.

Se Lei manifesta un qualsiasi effetto indesiderato non elencato informi immediatamente il proprio Medico curante.

Non è possibile al momento prevedere danni a lunga distanza.

1-R105 - In un caso come quello rilevato in Nuova Zelanda, dove vengono imputate circa 400 presunti decessi ad **un solo solerte vaccinatore**, remunerato anch'egli a dose, che spessore dovrebbe avere lo scudo [1-V34]? Si può solo procedere alla censura ed arresto dei responsabili del database dei soggetti inoculati, Winston Smith ed aka Barry Young [1-V70] [L] che, inorriditi, svelavano la scorretta gestione dei dati [1-V76], e i tentativi di nascondere un tasso di mortalità, secondo il Prof. Norman Fenton, variabile dal 1,68% al preoccupante 21,38% tra i 118 lotti analizzati, **con un totale di 37.073 decessi su 2.213.062 vaccinati** [1-V79].

Un legislatore che, stanziando circa 519 milioni di euro, di cui 26 MILIONI alle sole agenzie interinali (Legge 30 dicembre 2020 n. 178, art 460-467), reclutava qualunque persona con la mano ferma in grado di effettuare una iniezione, alla stregua di

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

“cacciatori” remunerati a “buco” per bersagliare le mandrie impaurite [\[1-V10a\]](#) [\[1-V10b\]](#).

Legislatore che forniva non solo note informative riduttive e mendaci [\[L\]](#) destinate alla popolazione, ma anche agli stessi inoculatori, raccattati qua e la. Esiste infatti una profonda differenza tra le schede informative in dotazione al nostro personale sanitario e le schede fornite dalla FDA [\[L\]](#) [\[1-A30d\]](#) (la relativa pagina del sito dell'FDA non esiste più).

1-R106 - Perché i nostri operatori sanitari non dovevano essere a conoscenza di tabelle differenti dalle nostre?

Tuttavia, **le IDENTICHE PRESCRIZIONI MEDICHE NECESSARIE (RRL), ERANO RIPETTATE nel caso della somministrazione di successivi veleni pericolosi** [\[L\]](#), alcuni dei quali subito ritirati, come da circolare 0003435-10/02/2022-DGPROGS-MDS-P, Gestione Domiciliare Dei Pazienti Con Infezione Da Sars-Cov-2 (cap 7).

Dopo aver remunerato a singola dose, e per quasi due anni, gli iscritti a tale rispettabile ordine, nonché specializzandi e vecchie signore con la mano ferma, non soddisfatti della tragedia causata, ad ottobre 2022, il CHMP (dott. Genazzani) concedeva parere favorevole **al declassamento degli obblighi specifici** all'autorizzazione e relativi alla presentazione della relazione finale di sicurezza prevista per dicembre 2023, nonché alla relazione finale di sicurezza di luglio 2024 relativa alla formulazione pediatrica. Il declassamento avveniva a causa della perdita del gruppo di controllo, essendo ancora il farmaco in sperimentazione, ed alla **conseguente perdita di ogni possibilità di valutazione di una vera sicurezza ed efficacia**. Passando da una prescrizione medica limitativa ad una generica, si irrobustiva leggermente lo scudo penale, sul quale continuava e continua a rimanere un enorme buco a causa della mancanza di informazioni relativamente al **monitoraggio addizionale**.

A pagina 53 si definiscono i livelli aggiuntivi 6° e 7° della **Evidence Based Medicine**. Il livello ottavo è riassunto in questi due video [\[1-V11\]](#) [\[1-V90\]](#) e nelle due immagini successive.

[Murdoch Institute Bombshell: Pfizer-BioNTech mRNA Vaccine Impacting Children's Immune Response to Other Viruses & Bacteria—More Study Urgently Needed](#)



La **VOSTRA** scienza insiste ancora oggi (marzo 2024) nell'inoculare, oltre ai neonati, le **donne in gravidanza**, ossia le popolazioni più fragili in assoluto, senza che nessuno si assuma la responsabilità di tale degenerazione [\[1-V192\]](#). Una categoria ritenuta ancora prioritaria nella circolare del 27 settembre 2023, per la somministrazione della nuova formulazione non sperimentata su tale popolazione, nella perenne violazione della *GUIDELINE ON THE EXPOSURE TO MEDICINAL PRODUCTS DURING PREGNANCY: NEED FOR POST-AUTHORISATION DATA* [\[L\]](#) [\[1-A108\]](#), linea guida citata nelle *PROCEDURA OPERATIVA AIFA PER I RESPONSABILI LOCALI DI FARMACOVIGILANZA* del 25/10/2022.

L'uso **off-label** dei vaccini in gravidanza è stato sempre oggetto di critica [\[1-A113\]](#) [\[L\]](#). Da sempre, i Titolari di AIC demandano la responsabilità alle singole autorità sanitarie la decisione della somministrazione nonostante le raccomandazioni ufficiali o la

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

manca di dati, **utilizzando la ventennale menzogna** della gestione del rischio imposto.

Agli albori della propaganda menzoniera, la Pfizer dichiarava nell'RCP la semplice assenza di dati dovuta alla naturale esclusione dai trial delle donne in gravidanza ed allattamento, assenza ammessa nel documento "*Indicazioni ad interim su Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento*" [\[L\] \[1-A30g\]](#).

Al contrario, gli studi clinici (**dati rilasciati solo nell'aprile 2023** dalla Food and Drug Administration (FDA) **su ordine del tribunale**) contenevano il seguente **scioccante documento** di otto pagine, intitolato "*Revisione cumulativa di gravidanza e allattamento*" [\[L\] \[1-A30c\]](#) e riassume gli eventi avversi cumulati sino **ad aprile 2021**.

Nel settembre 2020, il **Gruppo di lavoro ItOSS COVID-19** pubblicava (e per questo accedeva a fondi europei) i risultati di uno studio preliminare (con garanzia di aggiornamento) sulla "*preparazione del sistema italiano di sorveglianza ostetrica nella risposta all'emergenza della pandemia SARS-CoV-2*" [\[L\] \[1-A30i\]](#). In sintesi, l'analisi di **146** donne (**su 536 segnalazioni**) con tampone rinofaringeo positivo al SARSCoV-2 che avevano partorito nel Paese dal 25 febbraio al 22 aprile 2020, sembrava **escludere** un rischio aumentato di complicanze materne e neonatali gravi. **La maggior parte delle donne riportava principalmente febbre e tosse** ed ha richiesto **di rado** il ricovero in terapia intensiva. Stesse conferme si avevano da uno studio inglese, dotato di un consolidato sistema di sorveglianza ostetrica [\[L\]](#) mentre nel nostro Paese, il 55% delle segnalazioni arrivavano solo dalla **regione Lombardia, che ha continuato a sperimentare** sulla popolazione, pubblicando demenziali studi [\[L\]](#) per accedere a fondi.

Il 9 gennaio 2021 ed il 31 gennaio 2021, a seguito dell'immissione in commercio del vaccino AstraZeneca, l'ISS, in considerazione **delle ancora limitate prove di efficacia disponibili**, raccomandava la vaccinazione con vaccini a mRNA solo nelle donne a maggior rischio di contrarre l'infezione, tra cui quelle con età >30 (fascia con rischio nullo).

Nel settembre 2021, l'ISS pubblicava le "*Indicazioni ad interim su Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento*" **Aggiornamento del 22 settembre 2021** a cura dell'*Obstetric Surveillance System (ItOSS)* [\[L\] \[L\] \[1-A30h\]](#), con cui si

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

raccomandava la somministrazione a partire dal terzo trimestre, dopo aver sperimentato la pericolosità nei primi tre.

Le indicazioni ad interim, tuttavia, non riguardano aggiornamenti del precedente studio preliminare della *ItOSS*, **ma riferendosi a letteratura esterna**, riportava la seguente preoccupante tabella relativa al nostro Paese:

Esiti	Totale (N=3.306)	
	n	%
No polmonite	2882	87,2
Polmonite con al più ossigenoterapia	316	9,6
Polmonite con supporto ventilatorio e/o ricovero in terapia intensiva	108	3,3
<i>Ventilazione meccanica non invasiva</i>	<u>100</u>	<u>3,0</u>
<i>Intubazione orotracheale</i>	<u>35</u>	<u>1,1</u>
<i>ECMO</i>	<u>7</u>	<u>0,2</u>
<i>Terapia intensiva</i>	<u>75</u>	<u>2,3</u>
Grave morbosità materna	84	2,5
Morte materna	1	0,03

ECMO: extracorporeal membrane oxygenation

1-R107 - Chiedo cortesemente all'Istituto Superiore di Sanità, lo studio condotto dal gruppo *dell'Obstetric Surveillance System (ItOSS)* nel nostro Paese da cui si evincono i dati esposti sopra.

Un anno dopo, nelle **Indicazioni ad interim** pubblicate dall'ISS ed aggiornate al **7 ottobre 2022** [\[L\] \[1-A30o\]](#), si dichiara ancora l'assenza di clinici e si **ammette dunque la sperimentazione umana condotta su donne in gravidanza.**

Ad oggi, numerosi studi hanno preso in esame centinaia di migliaia di donne vaccinate durante la gestazione per verificare sicurezza ed efficacia dei vaccini, pur in assenza di dati derivanti dai trial clinici da cui le donne in gravidanza sono state escluse. La crescente letteratura scientifica ha confermato l'assenza di meccanismi biologici che possano associare i vaccini a mRNA a effetti avversi in gravidanza e allattamento. Una recente revisione sistematica della letteratura che ha incluso 83 studi, ha verificato la buona immunogenicità del vaccino e l'assenza di rischio di esiti avversi materni e feto-neonatali in eccesso rispetto a quelli descritti per la popolazione generale, concludendo per un rapporto rischi/benefici favorevole alla vaccinazione in qualsiasi fase della gravidanza (3).

Decantando presunti benefici, **si proponeva la terza dose**, adducendo come razionale solo gli studi elencati in bibliografia, tra cui:

- Una revisione di ben **45** studi selezionati tra **1118** reperiti, nella quale, dopo aver dichiarato assoluta efficacia e sicurezza, conclude nella forma canonica:

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

people who have received covid-19 vaccines during pregnancy have not identified any pregnancy specific safety concerns. Additional information on non-mRNA vaccines, vaccination early in pregnancy, and longer term outcomes in infants are needed. To collect this information, vaccination during pregnancy must be prioritized in vaccine research.

Uno studio senza alcun valore scientifico e criticato duramente. Si possono leggere le risposte alle domande (quelle non censurate) dalla relativa sezione, dove vengono portate evidenze su rassicurazioni senza fondamento, come la possibilità di persistenza prolungata dell'mRNA [L], oggi appurata sulla nostra pelle, oltre alla totale ignoranza scaturita dalla somministrazione di una nuova tecnologia approvata in tre mesi [L].

- Uno studio (se così si può chiamare) dal titolo richiamante addirittura l'azione immediata (“..time for policies to change”) [L] [1-A30p]. In tre paginette, lo studio, avente una lunga lista di conflitti di interesse, voleva dimostrare come i maggiori tassi di ricovero per infezione covid fossero osservati in donne in gravidanza non vaccinate. Per fare questo, riportava solo una tabella dove venivano scritti dei numeri indicanti dei presunti ricoveri dovuti al covid, ma dichiarando dopo **la non conoscenza dell'esposizione vaccinale** in molti Stati europei, considerando per questo i dati **provenienti da 6 Paesi**.

ing between 22% in England and 80% in Norway. Surprisingly, data are not available on Covid-19 vaccination rates amongst pregnant women in all European countries. Within the International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS)¹⁰ we have been able to combine surveillance data in six countries showing that amongst the most critically ill pregnant and postpartum women,

1-R108 – Quale fondamento possono avere questi dati quando si dichiarava, nel 2022, che “**sorprendentemente**” non si avevano ancora dati di esposizione vaccinale delle donne in gravidanza per molti paesi in Europa?

La tabella relativa ai sei stati analizzati riportava anche i dati relativi all'Italia.

Denmark	01/06/21-30/11/21	N/A	8 (N/A)	8 (100)	56% (November 2021)
Italy (Lombardy Region)	01/05/21-15/12/21	506 ^d	15 (3)	12 (80) received one dose: 3 (20)	20 % (May-October 2021)

solo la Lombardia

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

1-R109 – Come è possibile che in uno studio **del 2022** i dati riportati dalla dell'Obstetric Surveillance System (ItOSS), parte dell'International Network of Obstetric Survey Systems" (INOSS) avesse disponibili solo i dati di esposizione relativi alla **Lombardia**?

Tale evidenza era confermata dalla bibliografia delle Indicazioni ad Interim dell'ISS in cui, alla voce numero (5), ossia dell'evidenza della riduzione della malattia grave a seguito di vaccinazione, veniva riportata **l'assenza di dati**:

4. Engjom H, van den Akker T, Aabakke A, et al. Severe COVID-19 in pregnancy is almost exclusively limited to unvaccinated women - time for policies to change. Lancet Reg Health Eur. 2022;13:100313. doi:10.1016/j.lanpe.2022.100313
5. Italian Obstetric Surveillance System – Istituto Superiore di Sanità, 2022, dati non pubblicati
6. Cetin I, Mandalari M, Cesari E, Borriello CR, Ercolanoni M, Preziosi G. SARS-CoV-2 Vaccine Uptake during Pregnancy in Regione Lombardia, Italy: A Population-Based Study of 122,942 Pregnant Women. Vaccines (Basel). 2022;10(8):1369. Published 2022 Aug 22. doi:10.3390/vaccines10081369

I dati dichiarati dall'ISS confermano inoltre l'inutilità della profilassi, essendo vaccinato con almeno una dose il 20% delle 506 donne ricoverate nel periodo maggio-dicembre 2021.

1-R110 – Considerando il primo rapporto dell'ItOSS (ed altre evidenze) nel quale, sino a luglio 2020, non venivano riscontrati aumenti di complicanze materne e neonatali ed appurando la mancanza di aggiornamento di dati nel 2022, su quali evidenze l'ISS presentava la drammatica tabella nel settembre 2021?

Tabella 1 - Esiti delle donne arruolate dal 25 febbraio 2020 al 30 giugno 2021

Esiti	Totale (N=3,306)	
	n	%
No polmonite	2882	87,2
Polmonite con al più ossigenoterapia	316	9,6
Polmonite con supporto ventilatorio e/o ricovero in terapia intensiva	108	3,3
<u>Ventilazione meccanica non invasiva</u>	<u>100</u>	<u>3,0</u>
<u>Intubazione orotracheale</u>	<u>35</u>	<u>1,1</u>
ECMO	7	0,2
<u>Terapia intensiva</u>	<u>75</u>	<u>2,3</u>
Grave morbosità materna	84	2,5
Morte materna	1	0,03

ECMO: extracorporeal membrane oxygenation

I numeri della tabella sopra riportata non trovano corrispondenza con i valori derivanti dal presunto studio dell'ItOSS, secondo il quale:

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

In base alle seguenti assunzioni relative alla prima ondata pandemica:

- lo studio ItOSS ha stimato un tasso di ospedalizzazione tra le donne gravide positive per SARS-CoV-2 pari a 0,77 ogni 1000 nati,
- lo studio ItOSS ha evidenziato che lo 0,09 per mille delle donne in gravidanza ha avuto bisogno di ricovero in terapia intensiva e/o di assistenza ventilatoria invasiva,
- grazie alla vaccinazione, nella popolazione generale la riduzione dei ricoveri è stata stimata dall'ISS pari al 90%⁴³,
- grazie alla vaccinazione, nella popolazione generale la riduzione dei ricoveri in terapia intensiva è stata stimata dall'ISS pari al 100%⁴³,

L'ingannatoria e criminale stima dell'ISS si basa sulla successiva definizione del NUMBER NEEDED TO VACCINATE, riportato anch'esso nella stessa circolare 0043293-24/09/2021-DGPRES-DGPRES-P [\[1-A39\]](#) e sull'ipotesi di inoculare **tutta la popolazione target**.

Dunque, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, **occorreva inoculare circa 480.000 donne in gravidanza per evitare circa 330 ricoveri** (senza sequele) e si sarebbe **dovuto inoculare 480.000** donne in gravidanza per evitare **circa 40 ipotetici** ricoveri in terapia intensiva.

Tale inqualificabile comportamento è stato oggi dichiarato dall'ex Direttore Generale di AIFA, Nicola Magrini [\[1-A159\]](#), all'avvio del solito rimbalzo di responsabilità.

1-R111 – Anticipo chiedendo al Ministero della Salute ed all'ISS la relazione di valutazione redatta dal gruppo NITAG, in qualità di responsabile delle raccomandazioni sulle questioni relative al covid e su indicazioni da parte di tutti i Comitati definite dalla [EMA Regulatory Science to 2025 \[L\]](#), da dove si possa evincere il razionale scientifico che ha portato a consigliare l'inoculazione di circa mezzo milione di donne in gravidanza con una terapia avanzata sperimentale e pericolosa già dai pochi dati disponibili al pubblico, ancora alla fase III dei trials clinici che venivano interrotti, precedentemente alla raccomandazione in esame, a causa della fantomatica perdita del gruppo di controllo e dai quali le donne in gravidanza ed allattamento erano state escluse, con lo scopo di evitare a Vostro dire, circa 30 casi di ricovero in terapia intensiva.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

43. Istituto Superiore di Sanità. Comunicato Stampa N°36/2021 - Covid-19: il vaccino protegge da infezioni, ricoveri e decessi fino al 100% ISS, 9 luglio 2021 Disponibile al link: https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/cs-n%25C2%25B036-2021-covid-19-il-vaccino-protegge-da-infezioni-ricoveri-e-decessi-fino-al-100%2525 Ultimo accesso 29.07.2021

1-R112 – Chiedo copia dello studio citato al numero (43) dei riferimenti bibliografici della circolare [\[1-A39\]](#), ad oggi introvabile (stralcio precedente).

1-R113 – Chiedo inoltre copia dello studio [\[L\]](#) “*CONSIGN study: COVID-19 infection and medicines in pregnancy - a multinational registry based study*” richiesto e finanziato dalla stessa EMA ed in cui ha partecipato la ARS Toscana nella persona della dott.ssa Gini [\[L\]](#), il cui termine per la presentazione del report finale era previsto per il 28/07/2023.

1-R114 – Per un primo confronto degli eventi avversi neonatali nelle donne in gravidanza con COVID e non vaccinate e donne dopo vaccinazione, chiedo l'estrazione dei dati grezzi, per gli anni dal 2018 al 2022, dai seguenti registri nazionali istituiti dal DPCM 3 marzo 2017:

- **registro A1.9 Sistema di sorveglianza della mortalità materna**
- **A1.23 Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino**
- **A1.27 Sistema di sorveglianza sulla microcefalia**

Ed i dati dal registro nazionale già disciplinato

- **B1.2 Sistema di sorveglianza delle malattie congenite D.M. 16 luglio 2001, n. 349**

1-R115 – a causa delle testimonianze circa l'aumento spropositato di aborti spontanei [\[1-V39\]](#) [\[1-V101\]](#) e ad integrazione dei dati richiesti subito prima, chiedo, per gli anni dal 2018 al 2023, il numero di eventi nefasti, morte del feto e morte in culla, registrati in base alla legge 2 febbraio 2006, n. 31 (non potendo ancora stimare il danno arrecato ai nati vivi da madri inoculate [\[L\]](#))

Nel documento “*Work Shop on benefit-risk of medicines used during pregnancy and breastfeeding*” [\[L\]](#) [\[1-A30q\]](#) del settembre 2020, lo stesso

Guido Rasi, ex direttore esecutivo dell'EMA, dichiarava persino **l'inesistenza di linee guida di Good Pharmacovigilance Practice (GVP)** per avviare un monitoraggio ottimale della sicurezza nel gruppo costituito dalle donne in gravidanza e allattamento. Era in studio la stesura di **procedure specifiche di HTA** e la realizzazione di reti di raccolta dati. Anche il presidente del PRAC, Sabin Straus, sosteneva tutto ciò che non è stato mai fatto, come l'attenta analisi dei PSUR ed un attento RMP. Tuttavia, nel 2021 il **dott. Rasi** consigliava la somministrazione di Astrazeneca nei giovani, dichiarando successivamente la morte di Camilla, il negativo rapporto rischio/beneficio per la fascia giovani. Grazie alla distruzione della salute di molti popoli, oggi il **dott. Guido Rasi accoglie la modifica della normativa [L]** per un processo autorizzativo più snello e veloce che, abbinato alla piattaforma mRNA ed utilizzando dati biologici prelevati senza consenso e furtivamente, consentirà una velocissima produzione ed immissione in commercio di veleni per il controllo del nostro corpo, per il quale la Farmacopea degli Stati Uniti (USP) si sta attrezzando. **L'attuale linea guida UPS afferma oggi della necessità (e quindi della mancanza) di qualunque basilare protocollo di processo, necessario per il successivo ed accelerato sviluppo di terapie geniche [L] [1-A87].**

1. **Vaccination** – where mRNA encoding specific antigen(s) is administered to elicit protective immunity.
2. **Cell therapy** – where mRNA is transfected into the cells ex vivo to alter cell phenotype or function. These cells are then delivered into the patient.
3. **Replacement therapy** – where mRNA is administered to the patient to compensate for a defective gene or a protein, or to supply therapeutic proteins.

Nel 2020 sono stati investiti ben **7 milioni di euro**, stanziati dai fondi per la ricerca corrente degli IRCCS per finanziare 10 progetti, tra i 91 presentati **[L] [1-A30r]**. Tra questi, oltre a studi attia a creare modelli previsionali per le successive previsioni di diffusione di altri agenti patogeni e di medicina predittiva, vi erano complicati studi su ricerca di fattori scatenanti la malattia grave.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

1-R116 – Come è possibile che, solo attraverso questi 7 milioni di euro e solo nel nostro Paese, trascurando l'enorme impegno della comunità scientifica internazionale, sperperante risorse infinite nell'utilizzo di mezzi all'avanguardia della tecnica, le uniche indicazioni fornite dalle autorità fossero una supposta di tachipirina nel deretano e la vigile attesa [1-V11ab]?

1-R117 – Tra i progetti elencati nel documento [1-A30r], chiedo copia dei risultati realtivi agli studi:

- **COVID-2020- 12371808** - Endothelial, neutrophil, and complement perturbation linked to acute and chronic damage in COVID-19 pneumonitis coupled with machine learning approaches - IST.TECN.AVANZ Reggio Emilia - **738.536,36 €**
- **COVID-2020- 12371781** - Deconstructing host-virus interactions to identify biomarkers and therapeutic targets for COVID-19 - MAGGIORE MILANO - **789.298,10 €**

Ancora oggi, nell'RMP 10.0 del **giugno 2023**, nella sezione *SVII.3.2. Presentation of the Missing Information*, **viene dichiarate la non conoscenza del profilo di sicurezza del medicinale nelle donne in gravidanza o che allattano, a causa della loro esclusione iniziale dallo studio clinico principale.**

Study Number Country (ies)	Study Title Study Type Study Status	Rationale and Study Objectives	Study design	Study populations	Milestones
C4591015 Global	A phase 2/3, placebo-controlled, randomized, observer-blinded study to evaluate the safety, tolerability, and immunogenicity of a SARS-CoV-2 RNA vaccine candidate (BNT162b2) against COVID-19 in healthy pregnant women 18 years of age and older. <u>Interventional</u> <i>Completed</i>	To assess safety and immunogenicity in pregnant women In addition, exploratory objectives include: (a) To describe the immune response in infants born to breastfeeding maternal participants vaccinated with prophylactic COVID-19 mRNA vaccine during pregnancy. (b) To describe the safety of maternal immunisation in infants born to breastfeeding maternal participants vaccinated with prophylactic COVID-19 mRNA vaccine during pregnancy.	Randomised, placebo-controlled, observer-blind study.	Healthy pregnant women 18 years of age or older vaccinated during their 24 to 34 weeks of gestation.	Final CSR submission: 31-Jul-2024 ¹⁸

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

La relazione finale dello studio globale relativo alla sicurezza delle donne in gravidanza e dei nati da madri vaccinate ed allattanti, è stata **prorogata al 31 luglio 2024, pare, a causa della limitata capacità del laboratorio** e delle priorità concorrenti del programma COVID-19 che non hanno consentito l'elaborazione dei dati sierologici. **Tale giustificazione è stata accettata dai vari Comitati.**

Altri studi **PASS** sono in essere, come lo studio denominato **C-VIPER** (EUPAS39096 - *COVID-19 Vaccines International Pregnancy Exposure Registry*), per la valutazione di **tutte le differenze tra esisti ostetrici e neonatali, in donne vaccinate e non vaccinate, i cui risultato sono previsti per il 2026. Ci sarà tempo per affrontare altre pandemie, dichiarate dal direttore dell'OMS, con altre terapie geniche ed eventi avversi che faranno perdere questi dati. (Per sicurezza infatti, a marzo 2023 è stata rinnovata l'autorizzazione del vaccino pandemico H5N1 di AstraZeneca [L], in preparazione alla futura pandemia [L].**

1-R118 - Presentando ancora oggi un profilo di sicurezza non determinato per tale fragile categoria (mentre il danno è ormai evidente [L] [L]), con l'ennesima ammissione dell'esclusione dai trial iniziali (insieme agli anziani che dovevano essere protetti) chiedo copia delle evidenze scientifiche incluse nella valutazione HTA sino al dicembre 2021, che hanno permesso l'inoculazione di tali categorie ed in base alle quali la corte Costituzionale ha ritenuto l'obbligo "non esagerato".

Mentre alla Pfizer mancavano le provette, studi dimostrano la presenza di mRNA del cosiddetto vaccino (Pfizer o Moderna) nella metà dei campioni di latte materno testati [L] [1-V11e], danneggiando il neonato [1-V68]. Ma le evidenze erano note da tempo [L] [L]. Sin dall'EPAR autorizzativo era evindenziata la presenza di mRNA in ghiandole surrenali, fegato, ovaie e testicoli (il Prof. Arne Burkhardt, morto "suicida" [1-V11a], Dr. Robert Malone [1-V11aa], Dr. Peter McCullough [L] [1-V11ba]).

E' di pochi giorni fa un articolo che indaga delle **perdite emorragiche in donne in menopausa**, facendo supporre interazioni degli eccipienti (mai sperimentati sull'uomo) con l'ipotalamo, gonadi ecc. [L]. Anche la garanzia della permanenza "in situ" dell'mRNA era mendace, come si legge nell'EPAR autorizzativo e nel "Nonclinical Evaluation Report del TGA (Therapeutic Goods Administration)

australiano [\[1-A30b\]](#). Così come il degrato dell'mRNA che continua a persistere per mesi [\[L\]](#) [\[L\]](#). Ancora oggi permangono notizie FALSE sui portali istituzionali [\[L\]](#):

L'mRNA contenuto nel vaccino sparisce dall'organismo dopo solo 1 giorno

A quanti temono che sia la **tecnologia a mRNA** a poter essere pericolosa sul lungo periodo, gli scienziati rispondono che non è affatto così. Anzi il **tempo di permanenza** dell'mRNA nell'organismo è particolarmente breve, perché si tratta di **molecole fragilissime**, che vengono denaturate e dissolte rapidamente, così come vengono denaturate rapidamente le copie di **proteina Spike** prodotte a partire dall'mRNA. Questo significa che, già entro 1 giorno dalla

La Dott.ssa Naomi Wolf, PhD, ha testimoniato della conoscenza, da parte di Pfizer, del drammatico tasso di aborti spontanei durante gli studi clinici [\[1-V11c\]](#) [\[1-V166\]](#) e del, chiamiamolo "deprecabile", comportamento della casa farmaceutica [\[1-V59\]](#) [\[L\]](#). Le iniziali evidenze [\[1-A76\]](#) e le parole della Dott.ssa Naomi Wolf continuano ad essere confermate da ogni angolo del mondo [\[1-V56\]](#) [\[1-V57\]](#) [\[1-V58\]](#) [\[1-V60\]](#) [\[L\]](#). Il dott. Chris Shoemaker afferma che 28 delle 29 donne che hanno partecipato allo studio della Pfizer, hanno perso il bambino [\[1-V99\]](#). Oggi esistono evidenze della trasmissione dell'mRNA nella placenta e nel sangue del cordone ombelicale dei neonati [\[L\]](#).

1-R119 – Ripropongo la richiesta 1-D48g, chiedendo i dati registrati, dal 2018 al 2023, relativi ad eventi nefasti, morte del feto e morte in culla, in base all legge 2 febbraio 2006, n. 31.

1-R120 – Dunque, chiedo ancora copia dei PSUR che, come appurato, sono in possesso di AIFA, per valutare tali testimonianze oltre ad accertare il rischio, la sofferenza e la morte cumulata. [\[1-V11d\]](#)

1.2.7.11. BOARD VALUTATORE "calendario vaccinale Vita", costituito da:

Società Italiana Pediatria

- Coordinatore per malattie infettive - Susanna Esposito

Mi permetto di far risentire alla dott.ssa Esposito un suo intervento nel 2021 riguardo la letterina sotto l'albero, contenente regali e grandi opportunità per i nostri bambini [\[1-V12\]](#). Naturalmente trascurando le aggiunte posticce da parte

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

del canale dal quale è stato scaricato. È impossibile trovare video senza commenti e tra i tanti ho scelto quello più amichevole.

1-R121 - Chiedo alla Dott.ssa Esposito se Babbo Natale abbia partecipato al processo di Health Technology Assessment (HTA) del National Immunization Technical Advisory Group (NITAG), e nel caso, copia delle sue dichiarazioni.

Società di Igiene

- Presidente SItI - Roberta Siliquini
- Presidente sezione Lombardia - Prof. Carlo Signorelli

Federazione Italiana Medici Pediatrici

- Presidente - Dott. Antonio D'Avino

Federazione Italiana Medici di Famiglia

- Presidente nazionale - Giacomo Caudo

Come accaduto nel 2020 con il pipistrello, utilizzando come pretesto l'influenza H1N1, 10 anni fa era avviata la prima truffa ai danni delle popolazioni. Nel documento "**A Strategy for the Heads of Medicines Agencies, 2011-15**" della riunione del 25 ottobre 2010 [\[1-A30r\]](#), viene descritta la strategia adottata nel luglio 2009 da parte dei direttori delle agenzie europee dei medicinali (**HMA**) [\[L\]](#). AIFA ed il Ministero della Salute, di concerto con gli altri stati membri, approvavano una proposta per elaborare una strategia quinquennale per la rete europea di regolamentazione dei medicinali in relazione alla tabella di marcia per lo sviluppo dell'EMA fino al 2015 e sul sistema di autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali nell'UE.

Oltre agli obiettivi di sviluppo di nanotecnologie (regolamentate poi dopo sperimentazione occulta dal reg. 745/2017 ed ancora smentite), si prevedeva quindi di modificare la normativa europea in modo da agevolare la sperimentazione sulla popolazione a beneficio delle case farmaceutiche, beneficio sia economico che strategico di ricerca, con la commistione delle autorità sanitarie nazionali le quali, consigliavano ed obbligavano la somministrazione di medicinali mal testati e soggetti a rischio sconosciuto, sotto la **(finta) tutela legale** della gestione di tale rischio, attraverso sistemi efficienti di farmacovigilanza, fondati su rapporti periodici di sicurezza che avrebbero dovuto informare correttamente operatori sanitari e pazienti, **in un dibattito pubblico e trasparente e senza segreti militari ed omissioni.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Taking into account the new challenges, the HMA Strategy to 2015 in the area of human pharmacovigilance will focus on three main themes:

- Good pharmacovigilance practice and systems efficiency;
- Integration of new methodologies into pharmacovigilance systems;
- Benefit/risk communication, transparency and enhancing patient engagement.

Esplicativa è la proposizione contenuta nel documento, dichiarante la volontà di ridurre l'intera popolazione ad un branco di topi da laboratorio.

The European population base of 500 million people offers an unique opportunity for rapid detection of signals of new and changing risk in relation to medicines throughout the life-cycle of the product on the market.

Si voleva instaurare un dialogo più intenso e coordinato con le case farmaceutiche, per la ormai assodata pretestuosa tutela della salute pubblica, dichiarando la loro possibile influenza da cui l'HMA si dissociava, anche se la precedente road map (2007) dell'HMA fosse incentrata più sulle problematiche di crescita dei Produttori di veleni [1-A30t].

Per attuare i necessari piani di sviluppo ed introdurre nuove tecnologie (rDNA e adiuvanti) che potessero esse competitive ed essere quindi prodotte su larga scala, si pensava ad un cambio di normativa:

A helpful distinction has been made between action that might be possible under current legislation (e.g. providing information about what is available on the market and the scale of issues relating to availability) as opposed to action that would require new legal powers.

Dunque, parlando sempre di **pazienti**, si proponeva una normativa proporzionata, in modo da non consentire veloci autorizzazioni ma che potesse consentire una produzione considerevole per raggiungere aree più estese.

In teoria concettualmente corretto, quando la discussione riguardava **l'introduzione di nuovi medicinali a scopo terapeutico**. Nella sofferenza, un individuo poteva scegliere se affrontare il rischio prodotto dal nuovo medicinale, sul cui rischio doveva essere correttamente informato e che in teoria si garantiva essere gestito in maniera tempestiva, commisurando tale rischio ai benefici subito apportati.

Mentre la precedente road map del 2007 **non menzionava minimamente il termine "vaccini"**, la discussione del 2009 delle Autorità sanitarie dei vari stati membri incontrava il termine "vaccini" solo negli **obbiettivi concernenti l'area sociale e politica**.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Greater emphasis on the use of preventative medicines, such as vaccines and risk-modifying interventions.

Intanto, la farmacovigilanza era assente, sia a livello nazionale ma soprattutto a livello europeo. L'allora responsabile del programma sulle malattie prevenibili con i vaccini presso l'ECDC dott. Pier Luigi Lopalco, oggi assessore alle Politiche della Salute e al Welfare per la regione Puglia e fedelissimo sostenitore della siringa [L], descriveva il primo embrione del progetto VENICE [L] [L]. Lo stesso Lopalco che, al pari di altri colleghi, dopo decenni di inoculazioni, nel 2017 era **sbigottito** dall'aumento importante dell'incidenza dei poliovirus **derivati dal vaccino** (VDPV) e, al fine di ridurre il rischio di ricomparsa del cVDPV2, era favorevole all'introduzione del vaccino antipolio inattivato (IPV) [L] [1-A57].

Per l'ISS ed il dott. Lopalco dell'ECDC, nel 2007 vi erano **solo grandi propositi**.

Scopi e obiettivi del progetto Venice

Nel gennaio 2006 è nato il progetto Venice (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort con lo scopo di stabilire una rete europea di esperti in programmi di vaccinazione nazionali. Attualmente non c'è alcun monitoraggio comune dei programmi di vaccinazione in Europa, volto a valutarne l'efficacia e la sicurezza. Non ci sono dati raccolti in base ai quali identificare le eventuali differenze che potrebbero sorgere nei Paesi dell'Unione europea, in seguito ai diversi modi e tempi di somministrazione del vaccino.

Dunque, **nel 2007 non esisteva nessun monitoraggio a livello europeo** mentre si approvavano medicinali biotecnologici con procedura centralizzata e li si **sperimentava senza farmacovigilanza sui nostri bambini**. Nel 2007, già migliaia di bambini italiani erano stati inoculati con INFANRIX HEXA, medicinale biotecnologico a DNA ricombinante, approvato nel 2000 e sperimentato prevalentemente in Italia, ancor prima dell'emanazione del regolamento CE 726/2004. Sperimentazione dichiarata dalla stessa casa farmaceutica nel *Summary Bridging Report* del 2011 relativo al biennio 23 ottobre 2009 – 22 ottobre 2011 [1-A78], in cui si analizzavano, dopo 10 anni di inoculazioni senza scrupoli, alcuni nuovi studi di sicurezza ancora **in fase II e III**. La tecnologia rDNA era nomata solo dal regolamento CEE 2309/93 non menzionante nessuno dei termini: profilassi, immunologico, vaccino.

Raggiunto un discreto livello di sperimentazione occulta, si procedeva con la modifica normativa per allargare la platea delle cavie e rafforzare la tutela legale di governi e case farmaceutiche.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- **Direttiva UE 84/2010**, che modificava, per quanto concerne la farmacovigilanza, la direttiva 2001/83/CE, introducendo il Sistema di Gestione del Rischio, il fascicolo di farmacovigilanza, il sistema di farmacovigilanza, il **rapporto periodico di sicurezza** e la nuova struttura della direttiva CE 83/2001. Gli Stati membri erano tenuti ad applicare tali disposizioni a decorrere **dal 21 luglio 2012**. Tale modifica introduceva l'articolo **21 bis** nella direttiva CE 83/2001 nelle cui lettere veniva esplicitata la **necessaria gestione del rischio a cui la popolazione (bambini nel caso di vaccini)** era sottoposta obbligatoriamente ed ingannevolmente. La lettera e) imponeva un'esistenza di un adeguato sistema di farmacovigilanza ma, per non incorrere in rischi legali, **da noi si abrogava il Titolo IX del Dlgs 219/2006, relativo alla farmacovigilanza**.

L'imporre un rischio alla popolazione pediatrica cozzava però con l'assioma centrale della pratica medica: "**primum non nocere**". La sperimentazione ed i piani imposti richiedevano però le cavie e dunque si iniziava a picconare la prima pietra fondale della medicina, oggi crollata. La fondazione GIMBE, ad esempio, voleva rivedeva in chiave moderna tale principio, alla luce del progresso tecnologico. Si riformulava così il principio nella nuova veste: "**primum non plus nocere quam succurrere**", ovvero il cosiddetto "**bisogno insoddisfatto**" o il fallace e pretestuoso **rapporto rischio/beneficio** da sempre indeterminato o palesemente negativo [\[L\] \[1-A86\]](#), addotto sino ad oggi per approvare una nuova tecnologia pericolosa.

- **Regolamento UE 1235/2010**, che modificava, per quanto riguarda la farmacovigilanza dei medicinali per uso umano, il regolamento (CE) n. 726/2004 e il regolamento (CE) n. 1394/2007 sui medicinali per terapie avanzate, adendo il Comitato per la Valutazione dei Rischi (PRAC), istituendo il rapporto periodico di sicurezza ed Integrando la direttiva 84/2010 relativamente alla frequenza dei rapporti periodici di sicurezza, istituendo il fantomatico Eudravigilance, definendo standard per l'analisi dei rapporti periodici di sicurezza per poter ottemperare alla cosiddetta tempestiva gestione del rischio. **Il regolamento entrava in vigore solo a decorrere dal 2 luglio 2012**.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- **Regolamento di Esecuzione 520/2012**, relativo allo **svolgimento** delle attività di farmacovigilanza previste dal regolamento (CE) n. 726/2004 del e dalla direttiva CE 83/2001, che introduceva e definiva il fascicolo di riferimento di farmacovigilanza, i requisiti minimi del sistema di farmacovigilanza per l'identificazione dei rischi
- **Regolamento UE 1027/2012**, che modificava il regolamento (CE) n. 726/2004 per quanto riguarda la farmacovigilanza, istituendo il concetto di monitoraggio addizionale e relativa diffusione coordinata di sui sospetti effetti collaterali negativi. **Il regolamento sarà applicabile dal 5 giugno 2013.**

Arrivati dunque al 2012, essendo insanabile la mancanza di un sistema di farmacovigilanza così come di sorveglianza e registrazione dell'esposizione, si abrogava il titolo IX del decreto legislativo 219/2006. Si rimarrà inermi sino al 2020, non utilizzando mai i fondi stanziati per la farmacovigilanza, disattendendo ogni norma in materia di sicurezza, continuando a riempire i database di spazzatura, ossia, studi epidemiologici con dati reperiti da archivi obsoleti e frammentari ed effettuati decenni dopo l'introduzione del medicinale.

Come visto precedentemente una analisi condotta nel 2022 [\[L\]](#) sul data-base di archiviazione [\[L\]](#), ha mostrato come su **1.426** studi tra il 2010 ed il 2018, **solo 30 (2%)** erano costituiti da **studi clinici** e solo **16 (1%)** si riferivano a **revisioni sistematiche/meta**.

Nel 2011, anno in cui sono stati inoculati a mia figlia farmaci pericolosi, farmaci immunologici (rDNA) e non vaccini, in co-somministrazione ed all'inizio della fase post marketing, senza il minimo controllo di ciò che sarebbe successo, il rationale scientifico delle inoculazioni era fondato sul dal PNV 2010-2012 [\[1-A31\]](#) e vedeva coinvolti nell'approvazione il Consiglio Superiore di Sanità, con il coinvolgimento di esperti dell'Istituto Superiore di Sanità e della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e rappresentanti delle Società scientifiche, interessate nella prevenzione vaccinale. Nel PNV 2010-2012 si accennava alla **futura coalizione di tali società "scientifiche"**.

Obiettivi

Il Piano Nazionale Vaccinazioni (PNV) 2010-2012 costituisce il documento di riferimento ove si riconosce, come priorità di Sanità Pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci ed omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il Piano si prospetta, inoltre, come strumento di supporto tecnico-scientifico alla Conferenza Stato Regioni e come guida alla pianificazione delle strategie di Sanità Pubblica per la promozione della salute. Alla luce di quanto descritto, si

Nell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2012, il nostro Ministro Balduzzi (e colleghi) approvavano il **Piano d'Azione Globale sui Vaccini (GVAP)** [1-V35] [1-A43] dei soliti filantropi devianti [1-V11a] [1-V11b], per garantire che nessuno fosse escluso dalle vaccinazioni "vitali" entro il 2020. Per tutelare la classe medica da sicure ripercussioni dovute a denunce a seguito di trattamenti sanitari senza nessun fondamento scientifico ed informazione, veniva emanato nello stesso anno il DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi Legge, 08/11/2012 n° 189.

Il GVAP, **riferimento per le pratiche sanitarie** nel nostro paese, **non** sarà mai citato sia nel PNV 2010-2012 che nel PNPV 2012-2014, nonostante, nel 2014, il Comitato Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità adottasse il Piano d'Azione Europeo sui Vaccini 2015 -2020 (**EVAP**).

L'EVAP (European Vaccination Action Plan) sarà l'unica vera caratterizzazione del GVAP, introdotto furtivamente nelle nostre pratiche. L'EVAP sarà poi a fondamento del PNPV 2017-2019, mentre in Africa, la già alta mortalità, veniva incrementata sperimentando ogni tipo di veleno. **L'EVAP è ancora fondamento del PNPV 2023-2025.**

La creazione di una collaborazione strutturata e permanente (che NON identifica un responsabile) tra società scientifiche che si occupano, tra i loro temi più rilevanti, di vaccinazioni (Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica-SItI, e Società italiana di pediatria-SIP) e le più importanti federazioni che rappresentano le cure primarie per il bambino (Federazione italiana medici pediatri-FIMP) e per l'adulto (Federazione italiana medici di medicina generale-FIMMG) **ha portato nel 2012 all'elaborazione condivisa** di una proposta di calendario (definito il «**Calendario vaccinale per la vita**») che, partendo dalla nascita, arriva alla **senescenza** con l'inclusione di **TUTTI** i vaccini utili alla **promozione di un ottimale stato di salute, ovvero, la svendita della salute dei bambini che ha portato oggi ad un aumento del rischio di morte allarmante** [1-V45].

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Nonostante i vaccini fossero inseriti nei LEA dal 2001, all’atto dell’approvazione di tali calendari, non si aveva (e non si ha oggi) la minima idea dell’esposizione della popolazione pediatrica a tali farmaci [1-A53] e dunque, nella costante impossibilità di una valutazione dell’impatto di tali provvedimenti sanitari, se ne imporranno sempre di nuovi.

Si redigeva un calendario che, quando ufficializzato, metteva al sicuro tutti i medici inoculatori ai sensi del decreto Balduzzi, sempre menzionato dal Board.

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese		6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa				DTPa**	dTpaIPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni		
IPV		IPV	IPV		IPV				IPV				
Epatite B	Ep B- EpB*	Ep B	Ep B*		EpB						3 Dosi Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) - 4 Dosi Post. Esposizione (0, 2, 6 settimane + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente. (0, 1, 2, 12)		
Hib		Hib	Hib		Hib								
MPRV o MPR+V					MPRV o MPR+V				MPRV o MPR+V	MPR**** o MPR+V^	2 dosi MPR**** +V (0-4/8 settimane)		
Pneumococco		PCV13	PCV13		PCV13	PCV13^^			PCV13/PPV23 (vedi note)			PCV13	
Meningococco					Men C§				MenACWYconiugato		1dose		
HPV									HPV°		3 dosi fino a età massima in scheda tecnica		
Influenza					Influenza°°				1 dose all'anno		1 dose all'anno		
Rotavirus	Rotavirus#												
Epatite A					EpA##				EpA##		2 dosi (0-6-12 mesi)		

Vaccinazione raccomandata per l'età
 Vaccinazione raccomandata per i rischi
 Vaccinazione indicata per l'età

Si appurerà che **“La vaccinazione lungo tutto l’arco della vita”** sia stato l’obbiettivo cardine dell’ultimo decennio (RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO del 7 dicembre 2018), sempre rimandato sino al 2020. Un obiettivo stranamente non capito da nessuno nonostante l’ex Presidente del Consiglio Draghi lo dichiarasse nel 2021 [1-V12a], perché consapevole degli impegni di acquisto di dosi almeno quinquennali. Un obiettivo non compreso da buona parte del mondo soggetta allo stesso nostro controllo [1-V12b] [1-V12c] [1-V12d].

Con la costituzione del Board, diventava già problematico per la medicina avanzare dubbi sulle inoculazioni. Possibilità esclusa categoricamente poi con il **“documento vaccini”** di FNOMCeO del 2016 e dalla successiva legge 3/2018, che metteva in contrapposizione l’etica con le ragioni di stato, o meglio con gli interessi dei soliti soggetti stranieri. Con la firma dell’**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE**, avvenuto solo **nel gennaio 2022**, viene eliminato anche il sostantivo “etica”.

Nel 2014, il Board così costituito, senza nessuna evidenza scientifica, seguendo per decenni le raccomandazioni di enti stranieri (CDC, OMS) ed enti sovranazionali (ECDC), **declinando** le proprie responsabilità decisionali, basandosi solo su una

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

scandalosa bibliografia nonostante la vastità delle pubblicazioni, fondando le raccomandazioni sul Concilium del 2011 [1-A33] e del 2009 [1-A34], propone l'aggiornamento del calendario, integrando e aggiornando il Calendario per adulti e anziani, elaborato dalla SItI nel 2010, ed il Calendario per la vita del 2012 sulla base di:

- un'estesa revisione della letteratura mirata a selezionare le più recenti evidenze scientifiche in tema di efficacia, sicurezza e politiche vaccinali;
- un approfondito confronto tra i massimi esperti italiani nel campo dell'igiene e sanità pubblica, della pediatria e della medicina di famiglia in occasione di tavoli di lavoro dedicati;
- un'analisi critica delle raccomandazioni, delle revisioni e delle schedule vaccinali proposte dai principali board scientifici nazionali e internazionali (i.e. Advisory Committee on Immunization Practices-ACIP, European Center for Disease Prevention and Control-ECDC).^{4,5}

Calendario vaccinale per la vita 2014 (SItI, SIP, FIMP, FIMMG)

Vaccino	0 gg/30 gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	>64 anni
DTPa		DTPa IPV		DTPa IPV			DTPa IPV			DTPa** IPV	dTpa/PV	1 dose di dTpa*** ogni 10 anni		
Epatite B	EpB-EpB*	EpB		EpB*			EpB					3 dosi: pre-esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 dosi: post-esposizione (0, 2, 6 sett. + booster a 1 anno) o pre-esposizione imminente (0, 1, 2, 12)		
Hib		Hib		Hib			Hib							
Pneumococco		PCV13		PCV13			PCV13	PCV13 ^{AA}			PCV13/PPV23 (vedi note)		PCV13	
MPRV							MPRV			MPRV				
MPR							MPR			oppure MPR + V	oppure MPR + V			
Varicella								V				2 dosi MPR**** + V ^A (0-4/8 settimane)		
Meningococco C							Men C o MenACWY coniugato	Men C o MenACWY coniugato				MenACWY ⁹ coniugato 1 dose		
Meningococco B		Men B	Men B		Men B		Men B	Men B						
HPV												HPV ² : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino) fino a età massima in scheda tecnica		
Influenza							Influenza ²⁰				1 dose all'anno		1 dose all'anno	
Herpes Zoster														1 dose ²¹
Rotavirus		Rotavirus ²²												
Epatite A									EpA ²³		EpA ²³		2 dosi (0-6-12 mesi)	

Nel PNV 2010-2012 e nei successivi sino a oggi, la lunga ed approfondita consultazione era basata sulle solite linee guida dell'OMS, richiamanti l'**Health Technology Assessment (HTA)**, procedura la cui validità nel valutare le tecnologie

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

sanitarie esistenti o di nuova introduzione era (ed è nel nuovo demenziale formato) internazionalmente riconosciuta ed utilizzata.

Come riportato dall'amata OMS, "la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) è un processo multidisciplinare che riassume informazioni di carattere medico, sociale, economico ed etico sulle questioni relative all'uso di una tecnologia sanitaria in modo sistematico, trasparente, imparziale e robusto. Il suo scopo è informare sulla formulazione di farmaci sicuri, politiche sanitarie efficaci, focalizzate sul paziente e che mirano a ottenere il massimo risultato. Nonostante i suoi obiettivi politici, l'HTA deve essere sempre saldamente radicato alla ricerca e metodo scientifico"

L'HTA non riguarda genericamente la tecnologia in sé, ma l'utilizzo che della tecnologia stessa viene fatto nell'ambito preventivo (es. **vaccini**, screening di popolazione), diagnostico (analisi biochimiche, genetiche, di diagnostica per immagini, imaging molecolare), terapeutico, (farmaci, dispositivi biomedici, radiologia interventistica), riabilitativo e, infine, di telemedicina (es. telesorveglianza assistita).

L'HTA è un processo multidisciplinare e **policy-driven**, che si propone come ponte tra il mondo scientifico e quello politico, trasferendo le **migliori evidenze scientifiche** disponibili ai **decisori istituzionali**, che ne **RIMANGONO I RESPONSABILI**.

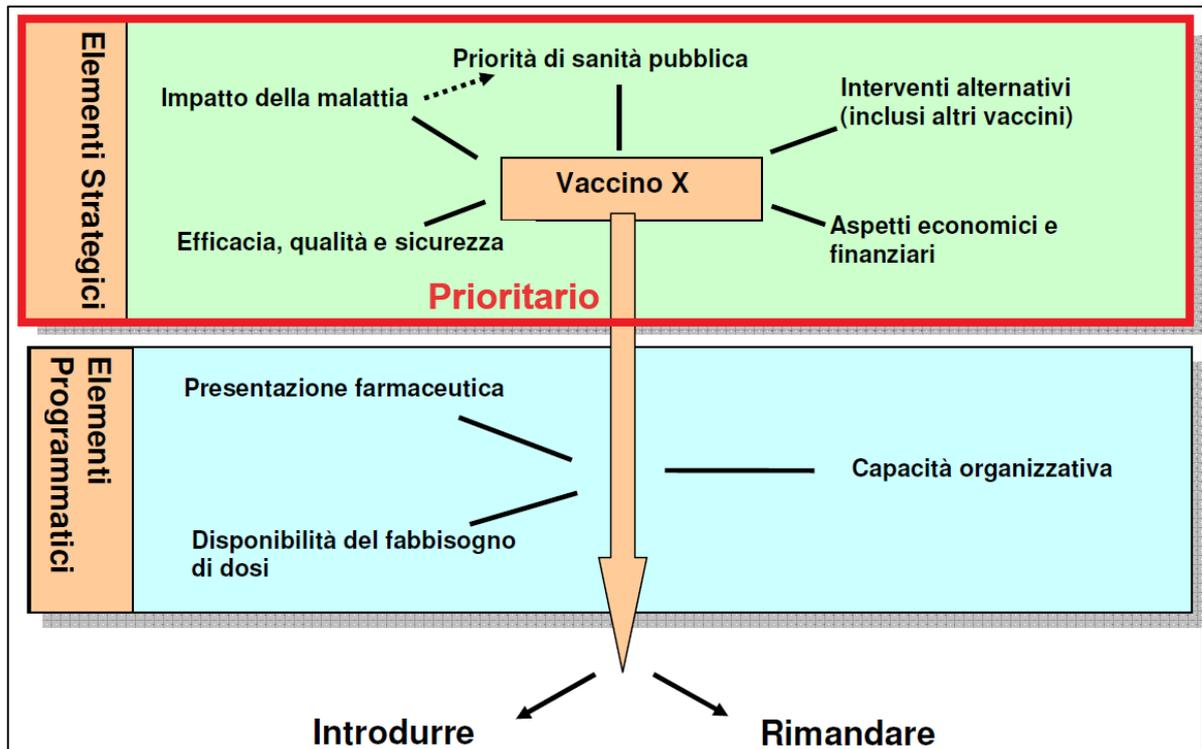
Elemento fondamentale della valutazione HTA è il coinvolgimento di tutte le professionalità e gli stakeholders interessati all'attuazione dell'intervento vaccinale.

Le valutazioni omnicomprensive svolte alla luce di tutti gli elementi descritti permettono di avere un quadro chiaro ed evidence-based sulla tecnologia-vaccino in assessment utile al fine di decidere quali vaccinazioni debbano essere garantite ed include nei LEA a fronte delle risorse economiche disponibili.

Credo però, che nell'effettuazione della valutazione HTA ci sia stato UN ERRORE DI FONDO, MOLTO PROFONDO. Nell'ambito della profilassi non viene contemplata l'introduzione una nuova apparecchiatura medica, di un nuovo software o di una particolare analisi clinica ma si discute della somministrazione (obbligata) di nuove sostanze, o nuove introduzioni, in bambini sani.

La valutazione HTA, espressa graficamente dallo schema seguente e contenuto già nel PNV 2010-2012, procede cronologicamente, proceduralmente, eticamente e legalmente, dal primo blocco al secondo.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



Sinteticamente, nel PNV 2010-2012, lo schema si esplica in:

La prima area pone l'accento sulla necessità di investigare il profilo di efficacia, sicurezza e sostenibilità economica del vaccino per appurare se esso rappresenti una priorità di Sanità Pubblica. Ove le valutazioni al primo punto risultino positive all'introduzione, si procederà con la valutazione della fattibilità del programma di vaccinazione, da un punto di vista tecnico e logistico. Alla luce di tutte le valutazioni effettuate in tali fasi, si deciderà se introdurre la nuova vaccinazione in uno specifico programma di utilizzo, oppure rimandarne l'offerta a tempi successivi.

Il metodo operativo, riassunto nella tabella 1, si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione epidemiologica del carico della/e patologia/e prevenibile/i tramite vaccinazione, attraverso la raccolta dei dati disponibili in letteratura; **assente fino al 2020**
2. Analisi dell'impatto dell'infezione/malattia in termini di ricorso ai servizi sanitari, tramite la valutazione delle risorse e dei costi associati alla patologia/e prevenibile/i con vaccinazione;
3. Valutazione delle correnti strategie di controllo/trattamento della patologia, mediante revisione della letteratura scientifica;
4. Definizione dell'efficacia e della sicurezza del vaccino in oggetto, attraverso la revisione sistematica della letteratura e, ove possibile, la meta-analisi;
5. Valutazione economica dell'intervento vaccinale: tale analisi potrà essere condotta con diversi approcci come quello della revisione della letteratura scientifica, dell'analisi costo-efficacia, dell'analisi costo-utilità, dell'analisi di minimizzazione dei costi e della budget impact analysis;
6. Modellizzazione matematica dell'impatto clinico ed economico dell'intervento vaccinale, mediante simulazione dell'evoluzione dell'infezione/malattia in seguito alla realizzazione dello stesso; **non applicabile**

Come appurato nel seguito, venivano a mancare (e sono ancora oggi assenti) elementi basilari per un vero processo di HTA:

- il primo elemento **mancante** era la **conoscenza della situazione epidemiologica** nel nostro paese. La mancata segnalazione dei casi non

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

consentiva una valutazione dell'impatto delle malattie, soprattutto il temuto morbillo.

- **Assenza di dati sui farmaci proposti**, molti dei quali in piene fase post marketing, come il PREVENAR 13 inoculato a mia figlia nel 2011.
- Sterminata letteratura sulla sicurezza **mai analizzata**, ma includendo sempre e solo un unico studio ritenuto menzoniero e ritirato (e poi corretto) sull'esclusione della sindrome ASD legata al vaccino MPR, oltre alla pubblicazione di numeri senza alcun criterio, derivanti da analisi di dati con classificazione non presente in molte regioni europee (ICD10) e vari escamotages confondenti [\[L\]](#), oltre che a semplici buffonate [\[L\]](#) [\[L\]](#).
- Utopica modellizzazione matematica, introdotta solo **oggi** dall'ECDC per imporre ancora inoculazioni di terapie avanzate, ipotizzando, attraverso modelli di propagazione gestiti dall'AI, diffusione di patogeni e necessarie profilassi.

Le uniche valutazioni HTA reperite e relative alle vaccinazioni, sono **banali, ripetitive, tediose e stupide supposizioni di benefici economici**, derivanti dall'esporre a rischi **conosciuti** e **sconosciuti** tutta la popolazione pediatrica, espressi ad esempio nell'HTA di *Rivalutazione della vaccinazione anti-HPV a 5 anni dall'introduzione* [\[L\]](#) [\[1-A35\]](#).

Per confrontare le idiozie proposte quando si tratta di inoculare **bambini sani** con sostanze inutili e pericolose, allego una valutazione HTA relativa all'EFMOROCTOCOG ALFA (ELOCTA) PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA EMOFILIA A [\[L\]](#) [\[1-A51\]](#).

Dal confronto tra la **scienzah** usata per una proposta di **terapia per bambini malati** e **idiozie finanziarie** per la proposta di **somministrazioni di medicinali sconosciuti in bambini sani**, **si evince il livello di pericolo a cui è stata sempre soggetta la popolazione pediatrica**.

Restando esclusivamente sul piano economico, oltre a **predire come maghi** benefici economici introitati **da altre tasche** ma mai dal nostro sistema sanitario, sarebbe utile ponderare il danno esclusivamente economico derivante dalle **cure necessarie**, tralasciando la morte, **per le centinaia di bambini danneggiati da eventi avversi**.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Gli unici studi a riguardo reperiti dal sottoscritto riguardano gli anni 2010-2011, ovvero gli inizi della sperimentazione a seguito del cambio di normativa, **poi solo il nulla**. In particolare:

Studi regionali per la FV per gli anni 2020-2011 [L](#) [\[1-A61\]](#):

- LAZIO: “*Valutazione di Health Technology Assessment (HTA) delle sospette reazioni avverse da farmaci (ADR): impatto clinico, economico e organizzativo delle ADRs segnalate in strutture ospedaliere della Regione Lazio*”, finanziato con **131.000,00 €** dei fondi destinati alla FV per **gli anni 2010-2011**.
- MARCHE: “*Monitoraggio delle reazioni avverse da vaccini*”, finanziato con € **39.500,00**.
- VALLE D'AOSTA: “*Sorveglianza sulle reazioni avverse a vaccini in età pediatrica (intesa quale periodo di vita del bambino compreso tra 1 e 24 mesi)*”, finanziato con € **15.814,73**.

Studi multi-regionali per la FV per gli anni 2020-2011 [L](#) [\[1-A62\]](#)

- VENETO, EMILIA, MARCHE SICILIA: “*Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino*”, finanziato con € **195.000,00**.
- LIGURIA, SICILIA, PIEMONTE, VENETO, TOSCANA, UMBRIA, LAZIO, CAMPANIA: “*Sorveglianza della sicurezza di farmaci e vaccini nella popolazione pediatrica*” – **sorveglianza attiva caso-controllo**, finanziato con **€ 303.000,00**.

1-R122 - Chiedo cortesemente ad AIFA, sicura destinataria degli studi sopra elencati, copia dei risultati ottenuti.

La corretta valutazione dell'impatto di campagne vaccinali, elemento essenziale per l'HTA, è descritta sin dal PNV aggiornato al 2005 [L](#) [\[1-A36\]](#), nello schema di report sulla valutazione delle attività vaccinali da **utilizzare a livello locale, i cui dati dovevano poi essere inviati, in forma **aggregata per Regione**, alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero.**

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Indicatori di Processo
<ul style="list-style-type: none">• <u>Numero casi di malattie infettive notificate per genere e classe di età</u>• <u>Proporzione di casi di malattia infettiva notificati entro il 1° anno di vita per tipo di malattia</u>• <u>Proporzione di casi di malattia infettiva notificati in vaccinati e non vaccinati, per tipo di malattia infettiva</u>• <u>Numero ricoveri per malattia infettiva per classe di età, genere e per tipo di malattia</u>• <u>Proporzioni di ricoveri per malattia infettiva nella classe di età 0-1 anno/ totale ricoveri per malattia infettiva nella classe di età 0-14 anni</u>• <u>Proporzione di ricoveri per malattia infettiva per cui è disponibile un vaccino efficace nella classe di età 0-14 anni/totale ricoveri per malattia infettiva nella classe di età 0-14 anni</u>• <u>Numero giornate di degenza per ricoveri per malattia infettiva, per classe di età e per tipo di malattia</u>

Indicatori di Esito
<ul style="list-style-type: none">• Tasso di morbosità specifico per malattia infettiva /100.000, tutte le età maschi e femmine• Tasso di morbosità specifico per malattia infettiva /100.000 nella classe di età 0-14 anni maschi e femmine• Casi di tetano nell'adulto• Casi di rosolia congenita• Tasso di ospedalizzazione/1.000 residenti per l'insieme delle malattie infettive, per specifica malattia, per classe di età, per genere• Decessi per tipo di malattia infettiva• <u>Tasso di mortalità per malattie infettiva/100.000</u>• Tasso di morbosità per malattia infettiva in non vaccinati, rispetto ai vaccinati e per tipo di malattia infettiva• Proporzioni di ricoveri ospedalieri per malattia infettiva nella classe di età 0-14 anni dovuti a malattia infettiva prevenibile con vaccino• Proporzioni di decessi per malattia infettiva prevenibile con vaccini

Dati trasmessi, sino al 2018, solo da un numero irrisorio di regioni ed in forma incompleta.

Considerata l'importanza che al momento riveste l'intervento che punta alla eliminazione di morbillo e rosolia si ritiene è importante raccogliere in modo distinto le prime e le seconde dosi della vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e morbillo somministrate nel corso dell'ultimo anno
Per le altre vaccinazioni si richiede invece di comunicare in modo indistinto il numero di dosi somministrate nel corso dell'anno solare appena trascorso. Nel caso che non sia possibile rilevare queste ultime informazioni dalla registrazione delle vaccinazioni eseguite, è possibile comunicare il dato di "magazzino" ovvero il numero di "dosi uscite" nel corso dell'anno. Il numero di "dosi uscite" nell'anno si calcola nel seguente modo : (dosi presenti all'inizio dell'anno + le dosi acquistate nel corso dell'anno) – le dosi residue a fine anno.

Quasi 20 anni fa si lottava strenuamente contro il morbillo, a causa dei piani imposti dall'OMS, senza avere idea dell'impatto dell'intervento.

Sintetizzando ancora per tutta la **classe medica**, nel processo HTA, lo Stato **monitora e controlla** la salute della popolazione e nel caso di un segnale di allarme relativo ad una possibile infezione, **CONSULTA le case farmaceutiche** circa la

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

disponibilità di farmaci che, se valutati sicuri ed efficaci in base ai criteri scientifici, **vengono poi** sottoposti ad una indagine di fattibilità economica. Al contrario, da sempre, **è il Produttore che propone** una tipologia di vaccino (soprattutto medicinali immunologici), approvati con dati esigui e di scarso profilo di sicurezza, da sperimentare in fase IV sulla popolazione, **trovando pieno appoggio negli Stati membri**. In Italia, il Dgls 219/2006 consentirà persino la pubblicità nel caso di campagne vaccinali promosse dalle case farmaceutiche, le quali trovano facili idioti o gente di poca moralità come testimonial.

Dopo 11 anni, al tempo del decreto Lorenzin, si calcolavano ancora i tassi di segnalazione sulla base **delle dosi vendute** al netto del magazzino, quando questo era disponibile.

Dopo venti (20) anni di strenua lotta, continue inoculazioni, danni non registrati, secondo i nostri padroni siamo al punto di partenza [L](#).

Morbillo. L'Oms Europa lancia l'allerta: "Non è scomparso, nel 2022 i casi sono tornati a crescere. Rafforzare vaccinazioni nei bambini"

L'Organizzazione rileva come dopo il biennio 2020-2021 dove si erano registrati pochi casi dopo l'epidemia del biennio precedente l'anno scorso il numero di casi è tornato a salire. "Serve un'azione urgente in tutti i paesi per identificare tutti coloro, in particolare i bambini che non sono stati vaccinati". In Italia nel 2022 il report Oms segnala 18 casi. [IL DOCUMENTO](#)

Alla **non** conoscenza del quadro epidemiologico e dell'impatto delle campagne vaccinali, al rischio certo descritto negli EPAR dei farmaci ed ai rischi sconosciuti per i farmaci inoculati durante la fase post-marketing, occorre abbinare, nel rapporto rischio/beneficio dell'HTA, la pericolosità della malattia. Nel caso del cavallo di battaglia (morbillo), in maniera esagerata, la pericolosità è esposta nel *Quaderno del Ministero della Salute n. 27 di marzo 2017*, edizione speciale in occasione degli ulteriori obblighi [L](#) [\[1-A37\]](#).

Morbillo	
Otite media	7-9%
Polmonite	1-6%
Diarrea	6%
Encefalite	0,05-1% (di questi, 15% muore e 25% ha sequele cerebrali permanenti)
Panencefalite subacuta sclerosante (SSPE)	0,001%
Letalità	0,01- 0,1%

il 15% dello 0.05!
il tasso di segnalazione medio è circa 40/100.000

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Nel “Quaderno”, così come nel PNPV 2017-2019, si sostiene l'enorme beneficio economico derivante dalle campagne di vaccinazione e della **loro necessità a causa della mancanza di soldi!**

Domanda senza numero: quante cure potevano essere profuse alla popolazione solo con il miliardo di euro dilapidato tra banchi a rotelle e mascherine tossiche della FCA?

Proprio perché gli interventi di prevenzione sono rivolti a persone sane, spesso non si percepisce il beneficio prodotto (assenza di malattia, riduzione del carico sanitario e diminuzione dei costi diretti e indiretti correlati alla malattia) e sono visti, al pari degli altri interventi sanitari, solo come costi e non come investimenti che generano benefici, economici e finanziari, a breve e lungo termine. Tale criticità risulta ancora più evidente nell'attuale periodo di *spending review* in Italia.

Quand'anche incuranti dell'inutile danno inferto ai bambini, estrapolando il costo del singolo antigene del morbillo dai vaccini combinati e suddividendo per gli antigeni le reazioni avverse gravi registrate (e sottostimate), anche la valutazione HTA squisitamente economica risulta infondata, anche al netto dell'**eutanasia** delle persone autistiche [\[L\]](#) e degli anziani [\[L\]](#) [\[L\]](#), **nonostante le promesse di una lunga vita in salute.**

1-R123 - Se in futuro sarà possibile eliminare soggetti anziani e portatori di handicap, in che modo intervengono nei vostri bilanci economici l'aumento del danno alla salute generale, come il vertiginoso aumento di malattie autoimmuni, naturalmente imputate ad ogni cosa tranne ai veleni inoculati? [\[L\]](#)

Addirittura, pare che l'infezione naturale del tanto temuto morbillo sia associato ad un minor rischio di malattie cardiovascolari in età adulta [\[L\]](#), minor rischio di tumori [\[L\]](#), minor rischio sviluppare il morbo di Parkinson [\[L\]](#), minor rischio di sviluppare il cancro linfatico in età adulta [\[L\]](#) [\[L\]](#), rischio dimezzato contro lo sviluppo della malattia di Hodgkin [\[L\]](#) [\[L\]](#) e pare che i bambini nati da madri con infezione naturale di morbillo siano protetti più a lungo tramite l'immunità materna, rispetto a quelli nati da madri vaccinate [\[L\]](#). Sono inoltre in

corso promettenti studi, con buoni risultati preliminari, sul virus oncolitico del morbillo in tumori come l'ovaio, il mieloma e il linfoma non Hodgkin cutaneo [L] [L]. Infine, Gli adulti che NON sono stati naturalmente infettati con morbillo, parotite o rosolia durante l'infanzia, presentano una probabilità significativamente maggiore di sviluppare il cancro [L].

Riguardo le valutazioni HTA, nel marzo del 2007, la “Technische Universität Berlin” ha ospitato un workshop riuniva gli autori di un bel libro ed un gruppo selezionato di decisori europei ed esperti di HTA, per discutere le bozze preliminari di una pubblicazione [L] [1-A38]. L'Italia era rappresentata dall'onnipresente Walter Ricciardi, premiato oggi dal Papa, con il quale l'Italia arrosiva di fronte a potenti esperti, dichiarando di non possedere ancora un processo di HTA e meritandoci per questo, nel libro, un bel box riservato al nostro caso.

Box 5.2 *HTA without an HTA agency: the Italian network*

Unlike many other European countries, Italy does not yet have a national HTA agency. However, having recognized the need to spread the culture of assessment, in 2003 the Ministry of Health started financing a project aimed at introducing HTA into the management process of the Italian health system (Ricciardi et al. 2005). For this

Il **dott. Ricciardi** affermava che dal 2003, il Ministero della Salute stesse finanziando un progetto volto all'introduzione dell'HTA nel processo di gestione sanitario, affermando **erroneamente** inoltre, che la caratteristica specifica dell'approccio italiano fosse il suo **decentramento assoluto**, basato sul principio di sussidiarietà derivante dalla devoluzione delle competenze in materia sanitaria a disposizione alle regioni. Le Regioni però, erano (e sono tutt'ora) tenute alla migliore organizzazione per l'utilizzazione dei fondi predisposti alla fruizione da parte dei cittadini dei LEA, **valutati e decisi centralmente e su base almeno nazionale**, per una corretta valutazione dell'impatto.

Nel 2008, gli esperti, insieme al dott. Ricciardi, scrivevano che il processo HTA costituisse ancora un FUTURO ED AMBIZIOSO OBIETTIVO, di non facile realizzazione.

In order to examine the use of HTA it is necessary to define the technologies that are being investigated. The INAHTA defines health technology as: “prevention and rehabilitation, vaccines, pharmaceuticals and devices, medical and surgical procedures, and the systems within which health is protected and maintained”. Thus, single technologies such as drugs, diagnostics and devices; individual clinical interventions (both prevention and treatment) including procedures; public health related population-based interventions; organizational interventions related to delivery of care; and health systems’ interventions on governance and financial mechanisms should be subjected to HTA (Fig. 8.2). However, this is ambitious and may not yet be the reality.

Nel 2007, la **necessaria valutazione centralizzata** di HTA era stata affidata all’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – ASSR) [\[L\]](#), oggi AGENAS, la quale, nel 2008 avviava il progetto di ricerca COTE (Centro di Osservazione delle Tecnologie sanitarie Emergenti) [\[L\]](#), con l’obiettivo di stabilire una rete nazionale di osservazione delle tecnologie emergenti e che, nelle prime scarse e spicciole paginette, definiva come tecnologia sanitaria emergente [\[L\]](#):

Nuova

- una tecnologia in fase di adozione usata solo in ambito clinico per brevi periodi e pronta all’immissione sul mercato o nella prima fase post-marketing (come lo era il prevenar 13 inoculato a mia figlia ed i veleno covid inoculato al mondo)

Emergente

- tecnologia non ancora adottata dai sistemi sanitari (per i medicinali la fase II o la fase III dei trial o in pre-immissione; per i dispositivi medici pria della fase di immissione o entro i 6 mesi dall’immissione in commercio, oppure dispacciata ma localizzata e diffusa i pochi centri).
- Rappresenta un cambio di indicazione terapeutica o uso in una tecnologia esistente (aggiornamento dei calendari vaccinali)
- È parte di un gruppo di tecnologie in sviluppo che comunque può avere un impatto

Il progetto di ricerca COTE, in particolare Horizont Scanning (HS) [\[L\]](#), prosegue sino ad oggi solo con l’analisi di letteratura riguardo tecniche ed apparecchiature, tra cui alcune utilissime nella diagnosi precoce, come:

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

- 2010 - Test diagnostico per l'identificazione delle mutazioni del gene EGFR nei pazienti affetti da carcinoma polmonare NSCLC da trattare con inibitori della tirosin-chinasi.
- 2010 - Tomografia a coerenza ottica (OCT) per lo studio della microstruttura delle placche aterosclerotiche vulnerabili
- 2010 - Risonanza magnetica ad alto campo 7 Tesla per lo studio delle patologie neurodegenerative
- 2013 - Test predittivo per la valutazione del rischio individuale di cancro al seno non familiare

Ma non adottate perche troppo costose!

Mentre nel 2011 (e ancora oggi) si evidenziava la vera **emergenza delle infezioni ospedaliere** che interessavano, all'epoca, un paziente ricoverato su venti, ossia **4,1 milioni** di pazienti all'anno nell'UE e causanti circa **37.000 decessi** all'anno, eravamo impegnati nella ricerca di manuali operativi, principi metodologici e standard comuni per la costituzione di una **nascente attività italiana di HTA** [\[L\]](#).

Si citano i soliti, numerosi ed inutili gruppi, che tuttavia condividevano il minimo buon senso nelle fasi di sviluppo del processo, che vedeva una **prima e necessaria definizione di sicurezza** del dispositivo ed a maggior ragione di un farmaco, **soprattutto se inoculato a tutta la popolazione pediatrica.**



Nel 2011, persino nelle 4 **beote** paginette delle “*Conclusioni del Consiglio sulla vaccinazione infantile*” [\[L\]](#) si riteneva che la vaccinazione potesse essere strumento efficace ed economico, **laddove** fossero disponibili vaccini, **ossia quando la sicurezza fosse garantita!**

9. RAMMENTA che il modo più efficace ed economico per prevenire le malattie infettive è la vaccinazione, laddove dei vaccini sono disponibili,

In poche parole, non era previsto l'utilizzo dei nostri bambini per sperimentare (obbligando ed ingannando), iniettando loro qualunque "porcheria" prodotta ma il nostro governo approvava il PNP 2010-2012, in cui si preparavano strategie vaccinali con medicinali non inseriti nei LEA e per i quali dovevano essere acquisite nuove conoscenze [\[L\] \[1-A85\]](#):

Il nuovo PNP 2010 – 2012, approvato con intesa Stato – Regioni del 29 aprile 2010, in fase di recepimento dalle Regioni, prevede tra le linee di intervento dedicate alla prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, la "definizione delle strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite nuove conoscenze".

Solo nel 2010, con la Direttiva UE 84/2010, recepita solo col DM 30 aprile 2015, **dichiarando il rischio per la salute connesso all'assunzione dei medicinali appena approvati**, affermando che il **rapporto rischio/beneficio** poteva essere dedotto **solo anni dopo la commercializzazione**, si infondeva falsa sicurezza con l'ipotetica gestione di tale rischio, mai effettuata se non quando il male causato toccava livelli non più camuffabili, nonostante l'abrogazione del Titolo IX del Decreto legislativo 219/2006. Solo allora il titolare dell'AIC si tutelava legalmente aggiornando l'RCP, proseguendo nella ricerca e a variazioni continue all'autorizzazione. **Stessa procedura attuata oggi con l'inserimento dell'esito fatale per miocardite/pericardite per il veleno anti-covid, richiamato (dopo 4 mesi) dal direttore Vaia, che continua tuttavia a consigliare la profilassi.**

Sino al 2015, con l'emanazione del DM 30 aprile 2015, nulla è stato fatto e nulla poteva essere fatto a seguito dell'abrogazione del Titolo IX del decreto legislativo 219/2006. Nessuno studio di sorveglianza post-marketing è stato realizzato, nonostante la promessa della gestione del rischio assunto incosapevolmente. Si è semplicemente inoculato la popolazione pediatrica ingannando i genitori, con medicinali introdotti per rispettare gli accordi di sperimentazione sulla nostra popolazione, proponendo calendari senza alcun fondamento scientifico ma includenti **TUTTI** i vaccini disponibili, così numerosi che si cercava il consenso genitoriale per la **tri-somministrazione**.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

Un calendario sperimentato solo nel nostro paese tanto che, nel 2018, nella “Proposta di raccomandazione del Consiglio relativa al rafforzamento della cooperazione nella lotta contro le malattie prevenibili da vaccino” [\[L\]](#), **RIBADENDO la piena responsabilità degli stati membri nell’approvazione dei calendari vaccinali, si evidenziavano calendari profondamente differenti nella comunità europea.**

Le differenze tra i calendari vaccinali degli Stati membri per quanto riguarda le raccomandazioni, il tipo di vaccini utilizzati, il numero di dosi somministrate e la tempistica aumenta il rischio che i cittadini, in particolare i bambini, non ricevano un vaccino in caso di trasferimento da uno Stato membro a un altro.

1-R124 – Chiedo al Ministero della Salute, al gruppo NITAG ed al board scientifico, una relazione tecnica contenete il razionale scientifico che avvalori l’utilizzo di calendari vaccinali così diversi tra i vari stati membri, tutti sottoposti allo stesso traffico internazionale e stesso tenore di vita.

Nonostante:

- la creazione di un **PRIMO** modello istituzionale di HTA sia stato stabilito **solo** nel Patto per la Salute (2014-2016) e
- che la **Cabina Di Regia**, struttura di riferimento nazionale alle dirette dipendenze del Ministero, si sia insediata **solo a luglio 2015** a seguito del Decreto del Ministero dell Salute 12 marzo 2015 e,
- nonostante ancora nel 2016, durante la fase preparativa del futuro *European Joint Action on Vaccination* [\[L\]](#), si studiasse il modo di accelerare i processi decisionali che vedevano l’ingresso sul mercato di vaccini dopo 6/7 anni (in media) dall’avvenuta autorizzazione [\[L\]](#), e
- nonostante ancora oggi, nel PNPV 2023-2025 si indichi come obiettivo prioritario la realizzazione di procedure standardizzate di HTA, a seguito della regolamentazione avvenuta solo con il **reg. UE 2282/2021**,

CHIEDO:

- **1-R125 - Chiedo al MINISTERO DELLA SALUTE ed all’organo consultivo CSS, all’ ISS, in qualità di responsabili dell’approvazione, il rapporto di valutazione di **Health Technology Assessment (HTA) del calendario vaccinale 2010-2012**, includente l’**esavalente INFANRIX HEXA, medicinale****

estremamente pericoloso come dettagliato nel cap 8, ed includente soprattutto il PREVENAR 13 (in co-somministrazione al precedente), medicinale **approvato solo nel 2009** ed all'inizio della fase IV della sperimentazione, ossia la fase post marketing, costituente dunque tecnologia sanitaria emergente ed a cui doveva essere abbinato un performante sistema di sorveglianza e gestione del rischio, mentre si abrogava il Titolo IX del decreto legislativo 219/2006 relativo alla farmacovigilanza.

- **1-R126** – Chiedo al MINISTERO DELLA SALUTE, responsabile dell'approvazione, il rapporto di valutazione di **Health Technology Assessment (HTA)** per l'introduzione del calendario vaccinale VITA nel 2012, includente "**TUTTI** i vaccini utili alla *promozione di un ottimale stato di salute*", fondati sulla valutazione prioritaria del rapporto rischio/beneficio, prima di quello economico, prodotta dal "Board" scientifico o dall'AGENAS, a cui doveva essere abbinato un performante sistema di sorveglianza e gestione del rischio, mentre si abrogava il Titolo IX del decreto legislativo 219/2006 relativo alla farmacovigilanza.
- **1-R127** - Chiedo al **MINISTERO DELLA SALUTE**, Board scientifico, all'ISS, responsabili dell'approvazione, la valutazione di **Health Technology Assessment (HTA)** per la modifica del calendario vaccinale vita del 2012-2014, comprendente la letteratura pubblicata nei precedenti due anni, la valutazione dell'impatto biennale del piano precedente, gli studi di farmacovigilanza a conferma della sicurezza dei medicinali inoculati, mentre si abrogava il Titolo IX del decreto legislativo 219/2006 relativo alla farmacovigilanza e mentre si affermava, nello stesso piano, che la valutazione HTA fosse fondata sul principio "primum non nocere".

7. <u>Valutazione degli aspetti etici, legislativi e sociali</u> , che viene effettuata tenendo presenti i principi di equità, giustizia distributiva e solidarietà e perseguendo il principio ippocratico del " <u>primum non nocere</u> ";
--

Puntualizzo che le richieste precedenti si riferiscono alla prima e necessaria valutazione a monte di quella economica, ovvero alla valutazione del rapporto rischio/beneficio del singolo medicinale, nonché alla sua co-somministrazione ripetuta.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

L'introduzione di uno strumento dell'HTA è stato dibattuto dalla Commissione Europea già a partire dalla fine degli anni Novanta, con il **finanziamento** di alcune progettualità. Nel 2006 diverse Agenzie europee di HTA hanno avviato lo European Network of Health Technology Assessment (EUnetHTA) che dal 2010 al 2021 ha continuato, tramite tre *Joint Action* finanziate dalla Commissione Europea (risorse infinite sprecate per il coinvolgimento dei vari Stati), il lavoro di **sistematizzazione** di metodi e processi comuni con la partecipazione **volontaria di 30 Paesi** (grazie ai fondi) e oltre 80 organizzazioni, individuando strumenti metodologici condivisi, come HTA Core Model®, nonché processi e procedure standardizzate per la produzione congiunta HTA.

Essendo ormai maturi i tempi, di pari passo all'attivazione del regolamento UE 745/2017 ed all'introduzione della piattaforma mRNA, tale processo è culminato, nel dicembre 2021, con l'approvazione del Regolamento europeo per l'HTA che ha posto le basi per lo sviluppo di un sistema integrato europeo di HTA (reg. UE 2282/2021), ovvero, nanotecnologie, grafene, chip, ecc, che, al pari ed a completamento di altre disposizioni, non interesseranno mai la nostra salute (che continuerà ad essere danneggiata) ma il controllo.

Dopo la consueta sperimentazione decennale ai danni della salute pubblica, si stabiliscono solo oggi le regole per l'introduzione di procedure "legali" su cui basare le successive valutazioni. Procedure sempre assenti come vederemo, la cui redazione è ancora un punto critico nell'ultimo PNPV 2023-2025.

Nel Piano vengono anche individuate alcune aree prioritarie di azione, una serie di obiettivi specifici ed i relativi indicatori di monitoraggio, tenendo conto delle specifiche necessità e delle criticità registrate nelle Regioni e nel Paese durante i cicli di programmazione precedenti. Fra le criticità riscontrate, si sottolineano in particolare:

- **Mancata definizione di un processo decisionale standardizzato per l'inserimento delle nuove vaccinazioni nel calendario** e dei relativi finanziamenti dedicati alla produzione di analisi indipendenti di costo-efficacia e di HTA che possano essere utilizzate ai fini della valutazione di nuove indicazioni nel calendario vaccinale da parte del NITAG e del Ministero della Salute.

Benchè la responsabilità dell'approvazione di nuovi farmaci sia stata, ed è tutt'ora, di piena responsabilità del **Ministero della Salute**, tale responsabilità è stata fatta sempre rimbalzare tra vari soggetti, alcuni senza poteri e mezzi valutativi.

Così, relativamente all'autorizzazione della formulazione XBB.1.5 del veleno anti covid, il **super board** ha raccomandato la **modifica del calendario vaccinale vita**, inserendo la

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE

profilassi anti covid aggiornata, in accordo con la circolare Ministeriale [\[L\]](#), **quando dovrebbe essere il CONTRARIO: il Ministero emana la circolare, in accordo con le raccomandazioni del Board.**

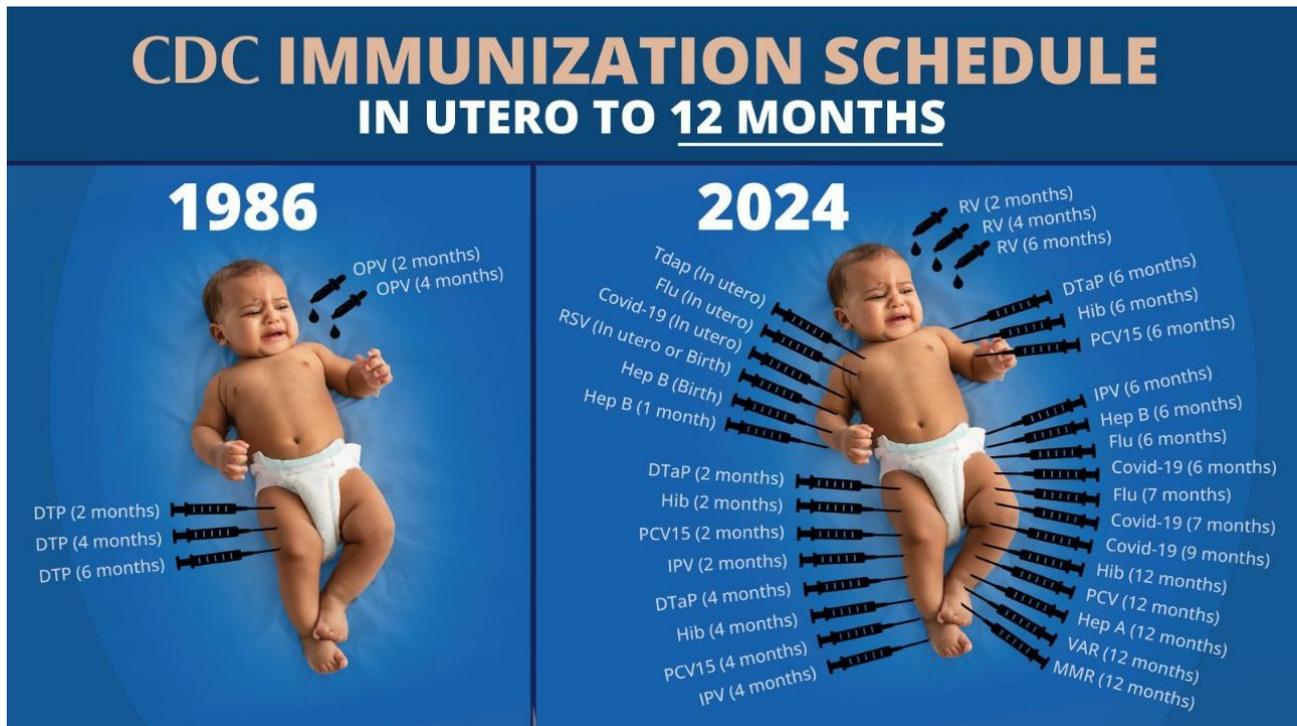
UN BOARD CHE TUTTAVIA NON HA PIÙ SCOPI PROPOSITIVI, DOPO L'ISTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA NEL 2015 E DEL NITAG NEL 2018 [\[L\]](#) E DEL SUO AGGIORNAMENTO NEL 2021 [\[L\]](#).

1-R128 - Essendo affidata ai componenti del gruppo NITAG (*National immunization technical advisory group* [\[L\]](#)) designati con DM del 24 ottobre 2018, i **compiti di supporto tecnico alla definizione delle politiche vaccinali nazionali, come da decreto ministeriale del 23 agosto 2018 [\[L\]](#), chiedo al Ministero della Salute copia della relazione di valutazione HTA *evidence-based* e redatta dal NITAG, per l'introduzione della vaccinazione anti-covid, nel dicembre 2020.**

1-R129 - Essendo affidata al gruppo NITAG la responsabilità delle raccomandazioni relative alla gestione del covid a partire dal settembre 2021, mediante decreto ministeriale del 29 settembre 2021 [\[L\]](#) e successivamente integrato con Decreto 15 dicembre 2021 [\[L\]](#) e Decreto 26 aprile 2022, [\[L\]](#), **chiedo al Ministero della Salute copia della relazione HTA, *evidence-based*, redatta dal gruppo NITAG ai sensi del reg. 2282/2021 ed utilizzata dal Board per la variazione del calendario vaccinale vita [\[1-V144\]](#).**

I buffoni corrotti, **criminali** in caso di abilitati in medicina, hanno sfruttato la credulità popolare enunciando frasi populiste riguardo l'assenza di rimostranze nel passato, quando tutti accettavano di buon grado i veleni imposti. Trascurando l'ignoranza collettiva, di proporzioni incommensurabili se paragonata all'abisso attuale, tutti gli illustri professori dovrebbero mettere in evidenza l'aggravio di sostanze tossiche e contaminanti che via via sono stati introdotti.

1. DESTINATARI DELLA PRESENTE



Un bambino nato nel 1980, da 0 a 18 anni riceveva 14 dosi in 9 o 10 vaccinazioni ed era considerato un **super vaccinato**.

Un bambino nato nel 2023, da 0 a 18 anni farà almeno 60 di dosi in 37 vaccinazioni, escludendo situazioni epidemiche anomale, vedi Covid19, ed i futuri vaccini che sono in fase di preparazione (*Studio sulla sicurezza e sulla risposta immunitaria di un vaccino sperimentale a mRNA per la prevenzione del virus respiratorio sinciziale e/o del metapneumovirus umano* [L1](#)).

La salute dei nostri bambini è stata progressivamente danneggiata a causa delle follie accettate dalle nostre autorità sanitarie.

2. ITALIA – PARCO GIOCHI PER SPERIMENTAZIONI MEDICHE, TECNOLOGICHE ECONOMICHE E SOCIALI

Si porteranno alcuni esempi del percorso decisionale generale degli ultimi 20 anni ed in cui, l'ambito sanitario ha un ruolo trasversale. Percorso programmato in sale riunioni, in assenza di emergenze, usate continuamente oggi per il loro avallo. La CO2 ha chiuso il pericoloso buco dell'ozono e grazie al green pass e lockdown abbiamo sconfitto l'**ISIS per tre anni!** Oggi un pericoloso terrorista con giubbotto catarifrangente ha riaperto la paura [\[2-V00\]](#) [\[2-V00\]](#). Secondo le dichiarazioni del Prof. Paul Williams nel 2017, consulente capo dell'FBI per il crimine organizzato, l'Isis è una creatura degli Stati Uniti, gestita dalla CIA ed Israele, ed ha come scopo quello di destabilizzare aree geografiche e paesi sovrani per favorire l'obiettivo ultimo che è quello del controllo economico totale globale da parte degli americani [\[2-V192\]](#). Della stessa opinione era ed è, Julian Assange [\[2-V194\]](#).



È esplicita la Decisione 743/2013, abrogata oggi dalla decisione 764/2021, in cui si legge il pensiero attuale (basato essenzialmente sul programma Orizzonte 2020, reg. 1291/2013), che riporta, ad esempio, la previsione di risorse energetiche **“vincolate” all’“impronta di carbonio”**.

H. Sviluppo sostenibile e cambiamento climatico

Orizzonte 2020 incoraggerà e sosterrà le attività volte a sfruttare la leadership dell'Europa nella corsa per sviluppare nuovi processi e tecnologie per promuovere lo sviluppo sostenibile in senso lato e far fronte al cambiamento climatico. Tale approccio orizzontale, pienamente integrato in tutte le priorità di Orizzonte 2020, favorirà la prosperità dell'Unione in un mondo a basse emissioni di carbonio e con risorse vincolate, costruendo nel contempo un'economia efficiente sotto il profilo delle risorse, sostenibile e competitiva. ←

La conversione della CO2 in un **sistema di valuta** era stata già annunciata nella **COP27** [\[2-V107\]](#).

Ormai il nemico è la CO2 [\[L\]](#), fondamentale per la fotosintesi clorofilliana ed esclusa, da decenni, dalla responsabilità di un presunto riscaldamento globale [\[L\]](#). Il ritardo nei piani e la necessaria manipolazione delle menti, concretizza oggi delle scene grottesche di film demenziali degli anni '80, come la preparazione di un **esercito con armi green**, promosso dal segretario generale della Nato JENS STOLTENBERG [\[2-V134\]](#). Avveleniamo da oltre un secolo il mondo con qualunque sostanza tossica conosciuta [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[2-V0a\]](#) [\[2-V0b\]](#) [\[2-V195\]](#), continuiamo a bombardare a destra e manca e ci apprestiamo, dopo le solite commemorazioni della memoria, a sperperare risorse infinite in armamenti mentre si sottraggono **altri 500 milioni** alla sanità [\[2-V181\]](#). Mentre nutriamo i nostri bambini con metalli pesanti [\[L\]](#) [\[L\]](#) e veleni vari [\[L\]](#) [\[2-V0\]](#), senza nessuno studio [\[L\]](#) [\[L\]](#), si elevano i limiti di esposizione alle onde elettromagnetiche da 6 a 15 V/m [\[2-V000\]](#) [\[2-V0\]](#) [\[2-V1\]](#) [\[L\]](#). L'upgrade della rete mobile è necessario per supportare l'enorme quantità di dati utilizzati per il futuro controllo [\[L\]](#) [\[2-V1b\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) (oggi in Svezia [\[2-V1a\]](#)), nonostante il probabile pericolo per la salute [\[L\]](#) [\[L\]](#). **Anche in questo tassello del puzzle, il proseguo dei piani psicotici [\[2-V83\]](#) non poteva essere realizzato senza il consenso degli stati membri, nei quali, non opponendo resistenza nell' esporre il paese a rischi, molti ne hanno tratto profitto [\[2-V58\]](#).**

Una mole tale di dati da richiedere emendamenti al DL Concorrenza per elevare anche i limiti di intensità del campo magnetico a 0.039 A/m e la densità di potenza a 0.59 W/m², esponendo ancora la popolazione a rischi conosciuti e sconosciuti. [\[2-V69\]](#) [\[2-V80\]](#) [\[2-V82\]](#) [\[2-V118\]](#) [\[L\]](#). **Il 12 dicembre 2023 la X commissione ha respinto tutti gli emendamenti dell'opposizione, assente ai lavori, e solo a parole contraria all'aumento dell'elettrosmog. Oggi è partito il far west delle antenne selvagge in quanto Regioni e Comuni si piegano al volere dei padroni per il tramite dei nostri governanti, in quanto avrebbero già adottato una linea morbida, favorevole all'aumento, chiedendo solo di regolamentare più disciplinatamente l'innalzamento dei limiti soglia d'inquinamento elettromagnetico in quanto, dal 2 Maggio, gli uffici tecnici dei Comuni rischiano di essere presi d'assalto dalle Telco per l'accaparramento dello spazio elettromagnetico da parte dei 5 gestori concorrenti (TIM, Vodafone, Wind-Tre, Fastweb, Iliad) [\[2-V191\]](#).**

Tali dati saranno costituiti in parte dal traffico dovuto all'introduzione forzata [\[2-V51\]](#) ed illegale dell'euro digitale [\[2-V95\]](#) (essendo già quello analogico un crimine [\[2-V106\]](#)) che,

come espresso dal Presidente Meloni, costituirà un **servizio al cittadino** da parte delle benevoli istituzioni di credito, e per questo, **richiedente di commissioni**. Particolare sconosciuto durante la campagna elettorale [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[2-V63\]](#).

«Inquinamento da contante»: in Italia 2,7 kg di CO2 per abitante generate dai pagamenti cash (al secondo posto in Europa dopo la Germania)

Fotografia dell'Italia dei pagamenti digitali scattata da The European House – Ambrosetti

di Andrea Carli

12 marzo 2024

Una introduzione forzosa, ed in maniera così demenziale da fare accaponare la pelle Kim Jong-un, che causerà la scomparsa del contante (non più moneta di stato), tassello importante del controllo futuro [\[2-V91\]](#) [\[2-V101\]](#) [\[2-V163\]](#) [\[2-V165\]](#) ed introdotto sempre per la nostra protezione. Secondo la Lagarde, l'euro digitale servirebbe per contrastare eventuali attacchi strategici Russi, Palestinesi o da parte di altri Paesi stranieri [\[2-V50\]](#). D'altro canto, continueremo ad essere in pericolo a causa di probabili attacchi hacker [\[2-V52\]](#)!

Un'altra parte del traffico dati dati sarà costituito dal database biometrico della popolazione, per il quale oggi si dissemina abusivamente il territorio di telecamere e si attuano i primi esperimenti come a Trento o a Messina con il progetto MEsM@RT [\[L\]](#), camuffato come mezzo di tutela della sicurezza e finanziato direttamente dalla UE tramite il fondo PAN GOV [\[L\]](#), realizzato nell'ambito del progetto ADMINISTRA, che prevede una vera e propria trasformazione woke della città, il cui fine dichiarato è la formazione di una "**intelligenza collettiva**" **finalizzata all'inclusione sociale**.

Infine, l'up-grade al 5G (caratterizzato meglio nella direttiva 1972/2918, riassumendo le direttive 19, 20, 21 e 22 del 2002 quando si conosceva solo l'intento ma non la tecnologia) dovrà sostenere il traffico di dati relativo alla mole di informazioni "**sanitarie**" e **mediche**, integrate dai dispositivi impiantabili e nanomateriali (reg. 745/2017) e descritti dagli ex Ministri Colao e Cingolani [\[2-V99\]](#) [\[L\]](#).

Dato il ritardo degli obiettivi ambiziosi dichiarati dal precedente **banchiere**, obiettivi fatti propri in toto dall'attuale governo, il consiglio dei Ministri approva la bozza del decreto legislativo per accelerare l'installazione di nuova infrastruttura tecnologica, più antenne ovunque e più potenti con meno burocrazia. La proposta del decreto è sempre di Adolfo

Urso (MIMIT): autodichiarazione delle compagnie sui piani di installazioni antenne, abolizione del collaudo, diritto di accesso alle parti comuni degli edifici per l'installazione delle opere accessorie (elementi di rete, cavi, fili), obbligo di individuare siti alternativi da parte dei Comuni se negati nuovi impianti su siti sensibili, ripartizione dello spettro elettromagnetico con l'aumento dei limiti già dal 30 aprile.

La somma di tutto, si espicherà nella riuscita dei piani di psicopatici stranieri [\[2-V103\]](#), che in futuro disporranno con un clic della vita dei **VOSTRI FIGLI**, **indipendentemente dalla posizione di privilegio di cui godete oggi** [\[2-V102\]](#), **sperando che il controllo si fermi all'ambito materiale** [\[2-V104\]](#) [\[2-V105\]](#).

Mentre si costruisce la nostra prigione digitale, si provvede anche a consegnarne la chiave, cedendo pezzo dopo pezzo la sovranità ed **asset strategici** per il paese. E' infatti in essere la vendita di Telecom Italia a KKR Global Institute [\[L\]](#), azienda presieduta da David Petraeus [\[L\]](#), generale statunitense [\[L\]](#), ex direttore della CIA e membro della Trilaterale ed ASPEN [\[L\]](#).

Inutile dire che Telecom Italia posseda la **rete fisica** del paese, vale a dire tutti i cablaggi e ponti. La comunicazione è fondamentale per un paese in caso di attacco.

2-R1 - Da cittadino preoccupato a casua del nervoso panorama internazionale e benchè inesperto nell'arte della guerra al contrario del generale Petraeus (Iraq, Afghanistan) non comprendo come si possa imporre alla popolazione l'app IT-Alert, che per ora avvisa solo del necessario utilizzo della sciarpa causa forte vento, ma poi cedere ad un paese straniero e per ora amico, le nostre telecomunicazioni.

NOTA

I precedenti programmi (Orizzonte Europa, Orizzonte 2020, Orizzonte Europa CATALYSE e tanti altri orizzonti) hanno finanziato nell'ambito di svariate sovvenzioni (es n. 865564 European Research Council Consolidator Grant EARLY-ADAPT) uno stupendo studio in cui si attribuisce **al caldo** l'eccesso di mortalità nella regione europea e nei mesi primaverili del 2023 [\[L\]](#) [\[2-V2\]](#)! Tutto il mondo temeva che l'Europa prendesse fuoco [\[2-V3\]](#) tanto che l'entità del cambiamento climatico riscaldava persino i tassi di interesse della BCE [\[2-V4\]](#).

Non solo per curiosità, ma soprattutto per avere un confronto delle menzogne propinate nell'ambito sanitario, riporto un **elenco di brevetti relativi al controllo del clima, i primi risalenti a fine 800** [\[2-A1\]](#) ed in particolare, il brevetto USRE29142E

del 1973, depositato dal nostrano Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), con il quale si addizionavano metalli, nitrati ed altre sostanze ai carburanti aerei. Il fine erano, e sono, le irrorazioni aeree e le modificazioni climatiche [\[L\]](#), **al netto delle conseguenze** [\[2-V162\]](#). Tecnologie oggi molto più raffinate ed utilizzanti nanotecnologie come il complottista grafene [\[L\]](#), ormai dichiarate data l'entrata in vigore dl regolamento UE 745/2017.

United States Patent [19]		[11] E	Re. 29,142
Papee et al.		[45] Reissued	Feb. 22, 1977
[54]	COMBUSTIBLE COMPOSITIONS FOR GENERATING AEROSOLS, PARTICULARLY SUITABLE FOR CLOUD MODIFICATION AND WEATHER CONTROL AND AEROSOLIZATION PROCESS	2,409,201 10/1946 2,614,083 10/1952 2,633,455 3/1953 3,044,911 7/1962 3,120,459 2/1964 3,257,801 6/1966	Finkelstein et al. 252/305 X Bailar, Jr. et al. 252/305 X Finkelstein et al. 252/305 X Fritzen 149/43 X Coates et al. 149/43 X Martinez et al. 149/43 X
[75]	Inventors: Henry M. Papee; Alberto C. Montefinale; Gianna L. Petriconi , all of Rome, Italy; Tadeusz W. Zawidzky , Ottawa, Canada	<i>Primary Examiner</i> —Richard D. Lovering <i>Attorney, Agent, or Firm</i> —George H. Riches and Associates	
[73]	Assignee: Consiglio Nazionale delle Ricerche , Rome, Italy		

Sempre sull'argomento, le parole del Generale Fabio Mini, ex capo di stato maggiore comando NATO per il Sud Europa [\[2-V4a\]](#), le parole del geologo Prof. Lan Plimer [\[2-V4b\]](#), le parole del Direttore della CIA [\[2-V143\]](#) e le parole della Dr. Perlingieri, esperta in biologia ambientale nonchè giornalista [\[2-V160\]](#). Temo invece, come evidenziato dai seguenti video riferiti ad autorità straniere [\[2-V5\]](#) [\[2-V6\]](#) e nazionali [\[2-V7\]](#), che nessuno dei nostri governanti sappia cosa sia la CO2, così come non conoscevano, e non hanno ancora oggi nessuna idea, di cosa siano le nuove piattaforme tecnologiche all'interno del **master file**.

2-R2 - COME POTETE PERMETTERE L'AVVELENAMENTO DELLA STESSA ARIA CHE RESPIRANO I VOSTRI FIGLI?

L'indipendenza energetica dal gas russo dell'Europa era promossa da tempo [\[2-V12\]](#), come dalle parole dell'ex consigliere della sicurezza nazionale Condoleezza Rice, indipendenza per la quale solo oggi si partecipa (e **con nostra gioia** a detta della senatrice Ronzulli [\[2-V145\]](#)) alla guerra in Ucraina, perdurante da almeno 9 anni ed in cui avevamo posizioni differenti [\[2-V184\]](#). Un sostegno alla guerra che, oltre ad essere ad ogni modo **contrario alla nostra Costituzione**, pare spesso necessario per vari motivi che esulano da quello della difesa della libertà [\[L\]](#) [\[2-A92\]](#).

Senza il finto inizio bellico (considerando solo oggi l'atto di una delle due parti) non ci sarebbe stata la **grave manovra speculativa** (denunciata dallo stesso Cingolani, preposto al suocontrasto) e non si sarebbero avverate le **profezie del regolamento 1291/2013** (video del 2014 [\[2-V13\]](#)). Contro ogni principio della nostra costituzione, ancora oggi, inviamo armi, non aiuti [\[L\]](#).

Nel corso dei prossimi decenni, l'Europa sarà minacciata da una crescente concorrenza per le risorse naturali limitate e finite, dagli effetti dei cambiamenti climatici, in particolare sui sistemi di produzione primaria (agricoltura, compresi il settore zootecnico e l'orticoltura, silvicoltura, pesca e acquacoltura) e dalla necessità di fornire un approvvigionamento alimentare sostenibile e sicuro per la popolazione europea e la crescente popolazione mondiale.

Era previsto anche che la popolazione dovesse diventare una massa di "fluidi", iniziando oggi a **affievolire** il reato di pedofilia [\[2-V14\]](#) [\[2-V140\]](#) [\[2-V146\]](#), influenzando soprattutto i bambini [\[L\]](#) [\[2-V15\]](#) [\[2-V70\]](#).

Le "**questioni di gender**" (**NON** la parità dei sessi) erano inserite nella discussione della "65.ma Assemblea Mondiale della Sanità" del maggio 2012" [\[L\]](#) [\[2-A2\]](#) e l'articolo 3 della Legge n.3 del dell'11 gennaio 2018, definiva l'**Applicazione e diffusione della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale**".

L'Assemblea ha adottato una Risoluzione che sottolinea l'importanza della promozione di programmi ed interventi che mirino a favorire un accesso ai servizi sociali e sanitari della popolazione anziana, nel rispetto delle questioni di **gender**, ed in un'ottica di solidarietà e promozione della qualità della vita.



Come in tutta la legislatura europea ed in ogni contesto, un principio fondamentale quale l'inclusione, inserito in ogni rapporto [\[L\]](#) [\[L\]](#), viene trasformato in propaganda ed **imposizione** [\[L\]](#), perché il fine ultimo della visione globale esula da quanto scritto. Anche sul diventare tutti un branco di devianti, siamo in ritardo rispetto all'agenda. In mezzo al caos mondiale, il tenente colonnello trans Bree Fam della Space Force, nel Summit delle donne più potenti di Fortune, ha affermato che **l'inclusione trans sia "un imperativo di sicurezza nazionale"** [\[2-V126\]](#).

ONU: un rapporto invita i governi ad abbracciare l'agenda LGBT

Prontamente, nonostante il coinvolgimento del nostro Paese in due guerre, congetturando strani piani di espansione dell'attuale nemico [\[2-V197\]](#), mentre il Paese è al collasso economico e sociale e la gente muore nel sonno e per strada, diventa **perentorio** per la **Difesa** preoccuparsi dell'**identità Alias** [\[L\]](#) per le **persone in transizione di genere** [\[L\]](#); **personale importante nella strategia messa in atto per contrastare la Cina e la Russia, attraverso collaborazioni con la NATO, come il progetto DIANA** [\[L\]](#)!

Le “**questioni di genere**” non riguardano il principio di inclusione ma, come per il veleno iniettando con l'inganno della protezione dei nonni [\[2-V138\]](#), si fuorviranno e si continua ad ingannare i nostri bambini, confondendoli. In Germania è stata approvata una legge [\[L\]](#) che cancella il requisito di due valutazioni psichiatriche per dichiarare il cambio di sesso, per permettere a chiunque di dichiarare di essere del sesso opposto. Questo varrà anche per i minori fino a 16 anni che non avranno bisogno del consenso genitoriale. L'obbligo di consenso rimmarrà per i minori di 16 anni ma questi potranno rivolgersi ad un tribunale per far valere i loro diritti, ossia rovinare definitivamente la loro vita perché confusi ed ingannati dalla pressante propaganda. Analoga situazione si verifica in Spagna [\[L\]](#). In California con la legge AB957 [\[L\]](#), che va a modificare la sezione 3011 del codice della famiglia [\[L\]](#), il benessere dei bambini è ancora più a rischio perché "l'identità di genere" e "l'espressione di genere" diventano parte integrante del **benessere del bambino**, così come l'affermazione di questa identità. Dunque il genitore dovrà acconsentire senza nulla poter controbattere all'identità di genere dichiarata dal proprio figlio ed intraprendere tutte le azioni necessarie affinché questa sia affermata. Tra le azioni sono presenti anche la somministrazione di bloccanti della pubertà e la pratica di interventi chirurgici. Il non assecondare i deliri del proprio figlio, inculcati dall'ideologia gender, potrà portare a perdere la custodia di questo nel caso di un divorzio, proprio perché il tribunale valuterà l'idoneità del genitore o del tutore sulla base di quanto questo fa l'interesse del bambino.

Questo, assieme alle finte lotte per la discriminazione, come la negazione della natura stessa, è usato per indebolire e negare la prima vera cellula del tessuto sociale e difficilmente attaccabile dalle istituzioni, LA FAMIGLIA [\[2-V200\]](#). Mentre si colpisce la famiglia, si attacca la collettività obbligando l'inclusione di qualunque **stortura culturale**, in modo da **appiattire ed eradicare tradizioni e costumi** che possano **legare** in qualche

modo gli individui, isolandoli e rendendo i popoli un miscuglio senza radici, in balia della propaganda.

La commestibilità dei “grilli”, spacciata oggi come unica salvezza dal rischio estinzione (stranamente non compresa in Africa dove si muore di fame), è un esempio di *Novel Food* introdotti dal Regolamento UE 2283 nel lontano 2015, entrato poi in vigore solo nel 2018, modificando il regolamento esistente CE 258/97. Da subito era partita la mercenaria propaganda [L], poi interrotta a causa dei ritardi accumulati in ogni campo, soprattutto nel nostro Paese.

La carne sintetica cancerogena [L] [L], la modifica genetica di animali e piante [2-V175], sempre sotto lo scudo del cambiamento climatico mai menzionato sino ad oggi [2-V196], erano paventate 10 anni fa nella Decisione del consiglio del **3 dicembre 2013**, ovvero il programma quadro **Orizzonte 2020**. Dopo aver avvelenato l’umanità con alimenti gonfiati con antibiotici ed ormoni, unica vera causa dell’antibiotico resistenza, oggi inizia la sperimentazione della nuova strategia, ovvero il controllo epigenetico di ogni essere vivente incluso nel progetto **ONE HEALTH [3-V83]**.

Un programma, come detto, i cui obiettivi scellerati sono molto in ritardo dalla realizzazione e per questo, i finanziatori hanno imposto oggi l’attuazione di scelte lesive di ogni articolo della nostra costituzione.

produzione) e l'integrità ecologica delle zone rurali. L'accento sarà posto su sistemi produttivi e pratiche agronomiche diversi ed integrati, ivi compreso l'uso di tecnologie di precisione e di metodi di intensificazione ecologica a vantaggio dell'agricoltura tradizionale e biologica. Sarà inoltre promosso il rinverdimento urbano con nuove forme di agricoltura, silvicoltura e orticoltura nelle zone urbane e periurbane. Queste saranno prese in considerazione indicando nuovi requisiti relativi a caratteristiche vegetali, metodi di coltivazione, tecnologie, commercializzazione e progettazione urbana, in relazione alla salute umana e al benessere, all'ambiente e al cambiamento climatico. Il miglioramento genetico delle piante e degli animali ai fini dell'adattamento, della salute e della produttività si avvarrà di tutti i metodi di riproduzione convenzionali e moderni adeguati per la conservazione e per un uso migliore delle risorse genetiche.

Utilizzando il **finto pericolo dell’antibiotico resistenza** il cui svilupparsi in natura è oggi dichiaratamente sconosciuto, si utilizzerà l’avvelenamento del cibo per controllare la sua produzione [2-A101] [L], controllo già cettato dalle nostre autorità [L].

Sebbene sia stata data, in proporzione, meno attenzione alla dimensione ambientale della resistenza antimicrobica che alla resistenza antimicrobica nella salute umana o animale, sempre più prove dimostrano che l'ambiente naturale può essere un importante serbatoio e fattore trainante della resistenza antimicrobica. In linea con l'approccio "One Health", il monitoraggio ambientale della resistenza antimicrobica nelle acque sotterranee e nelle acque superficiali, comprese le acque costiere, nelle acque reflue e nei suoli agricoli è

Le solite vaghe ed eteree parole della Decisione, come quelle relative al paragrafo 3.2 sulla sicurezza alimentare, ha consentito oggi all'ONU, **un organo non eletto e integralmente antidemocratico**, di chiedere alle nazioni sovrane di imporre restrizioni decisive alle proprie industrie agricole, in particolare nella produzione di carne e latticini, per aderire agli obiettivi di "Net Zero" del World Economic Forum (WEF) per l'"Agenda 2030" [\[L\]](#).

3.2. Sicurezza alimentare, agricoltura e silvicoltura sostenibili, ricerca marina, marittima e sulle acque interne e bioeconomia

Il JRC sosterrà lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio delle politiche europee in materia di agricoltura e pesca, compresa la sicurezza alimentare e lo sviluppo della bioeconomia:

- a) istituendo un sistema globale e strumenti per la previsione dei raccolti e il monitoraggio della produttività delle colture; contribuendo a migliorare le prospettive a breve e a medio termine per la produzione agricola, compresi i probabili effetti dei cambiamenti climatici;
- b) contribuendo a portare avanti l'innovazione nel settore delle biotecnologie e ad aumentare l'efficienza delle risorse per produrre "di più con meno", tramite analisi e modelli tecnico-economici;

Puntualmente arrivano le parole del criminale Tedros, con le quali avverte che oltre a voler iniettare dei veleni, li inserirà nella nostra dieta, per la salvezza del modo [\[2-V117\]](#).

Nel 2017, La **Senomyx, Inc**, un enorme gruppo utilizzando **tecnologie proprietarie di recettori del gusto**, per scoprire, sviluppare e commercializzare ingredienti aromatici innovativi, presentava alla SEC il fom 10-K [\[L\]](#), nel quale si evidenziava la necessità di immettere sul mercato alimenti contenenti le sostanze prodotte, affinché la ricerca e lo sviluppo diventassero competitivi. Anche in questo caso ci sono state denunce ed indagini circa la possibile contaminazione con DNA umano a causa dell'utilizzo e sperimentazione sulla linea HEK-293 [\[2-V15b\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Di certo, erano decenni che si utilizzava l'analisi genomica per caratterizzare i recettori del gusto [\[L\]](#) [\[L\]](#), ma sicuramente per la nostra salute e sicurezza.

I complessi piani stabiliti dalle menti deviate del WEF colpiscono su diversi fronti. Tra questi l'ambito sanitario, soggetto della presente, riveste un importante ruolo trasversale nella strategia denominata **ONE HEALTH** [\[L\]](#), per la cui attuazione era indispensabile **l'autorizzazione della piattaforma modRNA e le successive tecnologie contenute nel nuovo master file delle piattaforme tecnologiche**.

Nel 2017 l'ex ministro Lorenzin, oltre a complimentarsi, dopo l'obbligo, dell'aver sconfitto la diffidenza della popolazione nei vaccini, prevedeva i cambiamenti climatici ed i futuri decessi [\[L\]](#) [\[2-V7b\]](#) [\[2-V7c\]](#), tanto da ISTITUIRE il **Sistema di sorveglianza degli effetti sulla salute da eventi climatici estremi A1.8** (DPCM 3 marzo 2017) e, nel 2020, inserire il clima come causa di morte [\[L\]](#), trascurando per anni il dissesto idrogeologico del paese. La previsione

della comparsa di malattie esotiche e del razionamento dell'acqua a causa della crisi idrica [\[L\]](#), erano degne di Nostradamus.



Milano Ministeriale G7 Salute

Con i cambiamenti climatici crescono le malattie esotiche. Lorenzin: più prevenzione. La ministra e il G7 della Salute a Milano: sarà un summit innovativo

RASSEGNA STAMPA 05/11/2017 49 VISUALIZZAZIONI -

Focus

- Impatto dei fattori climatici e ambientali sulla salute

A luglio il lago di Bracciano prosciugato dalla siccità e il rischio di razionamento dell'acqua a Roma. In agosto l'epidemia di Chikungunya, la malattia tropicale che si trasmette attraverso la puntura di una zanzara, oltre 350 casi tra Anzio e la Capitale, a rischio le donazioni di sangue nella città. Poi, storie di malaria.

Sembravano pericoli lontani dall'Italia che invece sta scontando le conseguenze dei cambiamenti climatici globali.

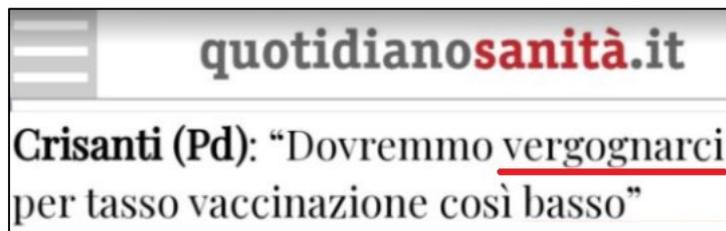
2-R3 - Chiedo cortesemente copia degli esami di laboratorio, epurati dai dati sensibili, ed il report di invio all'ECDC, tramite piattaforma TESSy, dei 350 casi di **malaria** dichiarati dall'ex ministro Lorenzin nel 2017.

Probabilmente, malattie esotiche si scateneranno a causa dei soliti esperimenti (**comparabili a bio-terrorismo** [\[2-V7a\]](#)), come quello condotto dal neo senatore Crisanti [\[L\]](#), finanziati sempre dagli stessi soggetti psicopatici e devianti [\[L\]](#) [\[2-V8\]](#) [\[2-V9\]](#) [\[2-V10\]](#) [\[2-V11\]](#) [\[2-V11a\]](#) [\[2-V11b\]](#) [\[2-V11c\]](#) [\[2-V11d\]](#) [\[2-V11e\]](#) [\[2-V11g\]](#) [\[2-V11h\]](#) [\[2-V11i\]](#) [\[2-V11j\]](#).

In Italia si sperimenta a Terni con il Polo di Genomica Genetica e Biologia (Polo Ggb) [\[L\]](#) [\[L\]](#) ed a Padova con Crisanti [\[L\]](#) [\[L\]](#). Il neo-senatore Crisanti risulta essere alle dipendenze di zio Bill da almeno il 2007, come da CV [\[2-A1a\]](#) [\[L\]](#) e pubblicazioni [\[L\]](#).

<u>2007-ad oggi</u>	<i>Direttore dell'unità di genetica molecolare del progetto di Collaborazione Internazionale "Mosquito genetic drive for vector control" Grand Challenge, <u>Bill and Melinda Gates- Foundation of NIH</u>;</i>
---------------------	---

Anche la scienza del senatore Crisanti è stata molto **bizzarra**. Nel 2022 affermava la **mancanza di onestà** nel non dichiarare che i decessi avvenissero quasi esclusivamente in persone inoculate [\[2-V135\]](#), mentre oggi:



quotidianosanità.it

Crisanti (Pd): "Dovremmo vergognarci per tasso vaccinazione così basso"

2-R4 - Oggi, il Senatore Crisanti è ancora stipendiato dall'uomo che influenza le politiche globali [\[2-V148\]](#) ?

Sempre la Bill&Melinda Gates foundation finanzia in Florida la Oxitec [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) per gli studi sulla malaria [\[2-V92\]](#), dove sono stati riscontrati già casi di infezione [\[L\]](#) [\[L\]](#). Manipolazione genetica di insetti viene effettuata in vari Stati [\[L\]](#). Naturalmente la Biontech, e non solo, ha iniziato la sperimentazione umana del sicuro ed efficace veleno mRNA contro la malaria [\[L\]](#).

Febbre del Nilo, boom di contagi in Lombardia: a Milano spunta anche il virus Usutu

Su 25 casi rilevati negli uomini in Italia 12 sono nella regione. A Cremona e Mantova i 4 con conseguenze più gravi

Le zanzare non si sposteranno a causa del cambiamento climatico [\[2-V45\]](#) ma, in futuro potranno insorgere malattie a causa di esperimenti atti a vaccinare i soggetti utilizzando zanzare geneticamente modificate, come nella sperimentazione finanziata dal *National Institutes of Health*, sempre in collaborazione con zio Bill [\[L\]](#), o altri decine di progetti per realizzare la nostra estinzione [\[L\]](#).

(12) United States Patent Calvert	(10) Patent No.: US 8,967,029 B1
	(45) Date of Patent: <u>Mar. 3, 2015</u>
(54) <u>TOXIC MOSQUITO AERIAL RELEASE SYSTEM</u>	2201/02096; B64C 2201/024; B64C 2201/128; B64C 2201/146; B64C 39/024; A01K 5/00; A01K 67/033

Sempre il deviato Bill, e sempre per il tramite della Oxitec [\[L\]](#) [\[L\]](#), ha finanziato la ricerca sulle zecche di bestiame geneticamente modificate [\[L\]](#) e pare che ora, 450.000 americani abbiano allergie alla carne rossa! Al primo posto la “sindrome Alpha-Gal” causata dai morsi delle zecche [\[L\]](#). Notizia subito smentita da fact-checker degni del nostro **Open**, che dava del vecchio rimbambito al Nobel Montagnier [\[L\]](#). Tuttavia, per non rischiare ancora, anche se con qualche viaggio in più, Bill ha spostato gli esperimenti nella amata Africa [\[L\]](#). Essendo in Africa, per ammortizzare i viaggi, la **Bill&Melinda Gates Foundation** REGALA **40 milioni di dollari** per proseguire la ricerca mRNA [\[L\]](#). Pare che gli stessi africani comincino ad essere stanchi di Bill [\[L\]](#), nonostante le promesse dell’eliminazione della fame nel mondo grazie alla somministrazione dei suoi veleni ad animali, piante ed ogni essere vivente del pianeta, ma soprattutto, nonostante le promesse agli africani di un grande decremento della loro CO2, quella emessa dai loro corpi al momento [\[2-V11f\]](#), passando poi ai nostri [\[L\]](#).

Non è più un complotto la possibilità dell’introduzione di mRNA anche attraverso le piante [\[2-V11f\]](#). Pesticidi basati sulla tecnologia RNA sono attualmente in fase di sviluppo. L’uso

sperimentale di questi pesticidi ha ottenuto l'approvazione nelle colture di patate statunitensi già dal 2021 [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), mentre nel 2010 si sperimentava l'utilizzo della **terapia genica mRNA** intranalsale [\[L\]](#).

E NATURALMENTE, INSIEME AL RESTO, GIÀ NEL 2018, NELLE RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO DEL 7 DICEMBRE 2018 (2018/C 466/01), ERA PREVISTO:

- il **PASSAPORTO VACCINALE EUROPEO**, i cui dettagli tecnici erano già emanati nel Technical Report dell'ECDC "*Designing and implementing an immunisation information system*" del 2018 [\[L\]](#), promosso come una novità per la nostra salute dall'ex presidente **Draghi**, il quale ne dichiarava da subito la validità temporanea ed il necessario rinnovo,, previa terapia sanitaria [\[2-V15a\]](#), per poter usufruire dei diritti sanciti dalla nostra costituzione [\[2-V15b\]](#). Nonostante fosse già acclarata l'inutilità e la pericolosità di tale istituto a causa della prevalenza della VOC alpha, eludente la pericolosa profilassi e soprattutto per i soggetti che avevano già contratto l'infezione [\[2-V15 \]](#), l'ex Presidente del Consiglio Draghi annunciava parole storiche, ormai incise nella pietra: "**non ti vaccini ti ammali muori e fai morire**". Un istituto la cui natura escusivamente estorsiva e preparatoria alle prossime inoculazioni è stata pubblicamente e serenamente dichiarata dai soliti giullari [\[2-V15c\]](#), adducendo inoltra la sua necessità a causa **della sporcizia del popolo italiano** [\[2-V15d\]](#). Un istituto obbligato dagli ordini di soggetti privati [\[2-V15g\]](#), che doveva sopravvivere a costo della vita dei nostri ragazzi [\[2-V15e\]](#). Un passaporto che costituisce un **tassello importante** nell'impalcatura progettata ed in evoluzione, riassunta nella **Proposta** di Regolamento Del Parlamento Europeo e del Consiglio **2022/0140 (COD)** [\[L\]](#), **relativa allo spazio europeo dei dati sanitari**, includente nel progetto **MyHealth@EU**, anche la verifica del **passaporto vaccinale** [\[L\]](#) utilizzando app su smartphones, nonchè la condivisione di tutti i dati sanitari per il c.d. secondo uso, modificando la normativa necessaria e naturalmente lo sviluppo di vaccini di nuova generazione per rispondere alle esigenze attuali e future.

As shown by the EU Digital COVID Certificate (EU DCC) implementation, today's widespread use of smartphones and QR code technology can be used to overcome most of the limitations described before. The know-how and solutions acquired with the implementation of the EU DCC should be adjusted and put to use to enhance MyHealth@EU services and functionalities. In particular, the use of the EU DCC technology in connection with MyHealth@EU services would be fundamental for the development of interoperable vaccination card functionalities by Member States.

L'ex premier Draghi voleva solo abilitare la popolazione a tale controllo in quanto incluso nella proposta di modifica del Regolamento Sanitario Internazionale, assieme ad altre modifiche di stampo dittatoriale che concederanno al singolo criminale e direttore dell'OMS, il potere decisionale di far rivivere per sempre quanto vissuto negli ultimi anni, con restrizioni applicabili in maniera immediata e semplice, grazie all'introduzione della identità digitale [2-V87]. A maggior garanzia della sicurezza pubblica, l'ex presidente del consiglio Draghi assicurava nuove gare d'appalto e contratti migliorati [L], magari eliminando dagli attuali [1-A49], paragrafi inutili come quelli in cui si dichiarava l'accettazione di medicinali sconosciuti e pericolosi (pag. 48):

The Participating Member State acknowledges that the Vaccine and materials related to the Vaccine, and their components and constituent materials are being rapidly developed due to the emergency circumstances of the COVID-19 pandemic and will continue to be studied after provision of the Vaccine to the Participating Member States under the APA. The Participating Member State further acknowledges that the long-term effects and efficacy of the Vaccine are not currently known and that there may be adverse effects of the Vaccine that are not currently known. Further, to the extent applicable, the Participating Member State acknowledges that the Vaccine shall not be serialized.

Migliorando al contempo l'immunità del produttore e declinando la responsabilità degli stati membri ad un ente privato straniero e non votato (pag. 24).

The Commission, on behalf of the Participating Member States, declares that the use of Vaccines produced under this APA will happen under epidemic conditions requiring such use, and that the administration of Vaccines will therefore be conducted under the sole responsibility of the Participating Member States. Hence, each Participating Member State shall indemnify and hold harmless the Contractor, their Affiliates, sub-contractors, licensors and sub-licensees, and officers, directors, employees and other agents and representatives of each (together, the "**Indemnified Persons**") from and against any and all liabilities incurred, settlements as per Article I.12.6, and reasonable direct external legal costs incurred in the defence of Third Party Claims (including

Grazie all'emergenza procurata, al ricatto dell'inoculazione **per l'introduzione del green pass e non per la tutela della salute**, oggi la **certificazione green** viene

ripristana dall'articolo 43 del Decreto Legge 2 marzo 2024, n. 19, specificando che tali certificazioni sanitarie confluiranno nella rete globale di certificazione sanitaria digitale dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Anche concedendo fiducia alle ultime dichiarazioni del Ministro Schillaci [\[L\]](#), secondo cui l'Italia non aderirà alla lodevole iniziativa, questo non impedirà **la votazione** ai sensi del regolamento **UE 2371/2022** [\[2-V187\]](#). Così come è stata approvata l'ulteriore attacco al nostro Paese con la maggioranza ottenuta per la regolamentazione della casa green, nonostante alcuni voti contrari.

Schillaci: 'L'Italia non aderirà al Green pass globale dell'Oms'

Il ministro: 'Emendamento in sede di conversione del dl del 26/2'

Kluge (Oms Europa): "Italia non aderirà a Green pass? Ci rifletta bene"

09 aprile 2024 | 12.39
Redazione Adnkronos

Le rassicurazioni del Ministro Schillaci **mal si collocano** nel quadro generale ed emergenziale in preparazione, a seguito delle varie circolari innalzanti allerte per tutte le malattie infettive conosciute.

Il Direttore dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus invita i giovani (quelli che sono sopravvissuti) ad alzare la voce *"per contrastare le bugie che stanno minando l'Accordo pandemico dell'OMS sui social media"* [\[2-V169\]](#). Un accordo che avrebbe impedito, secondo il deviato Tedros, tanta sofferenza.

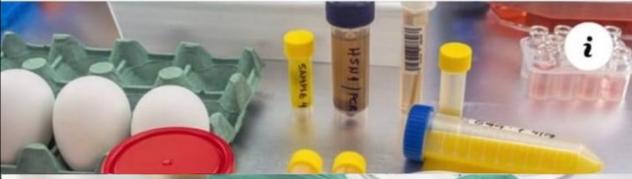
Un accordo approvato, per conto del nostro Paese, da un **tizio** nominato da Speranza e Boldrini, di nome **Ghebreigzabiher Ghebremedhin** [\[2-V173\]](#).

Un accordo per il quale si inizia a fomentare la paura e perpararne la necessità, con l'aiuto dei **soliti attori corrotti**.



la Repubblica 8 h · 

Per la prima volta il virus ha raggiunto l'Antartide attraverso gli uccelli, ma ha anche contagiato una bimba senza passare da un animale. Esperti in allerta, Pregliasco: "Lo teniamo sotto controllo, potrebbe creare una nuova pandemia"



repubblica.it
Allarme Aviaria: il virus potrebbe passare da uomo a uomo

Roberto Burioni @RobertoBurioni 

Dobbiamo impegnarci con grande intensità nel controllare il numero delle zanzare, soprattutto in vista dell'estate.
Esperienze recenti ci hanno insegnato che quando si parla di virus "nessun luogo è lontano" come diceva Bach (lo scrittore, non il musicista).

Agenzia ANSA @Agenzia_Ansa · 27/02/24
Il Perù dichiara lo stato di emergenza sanitaria per la dengue. Il numero di contagi è cresciuto del 95% nel 2024 #ANSA ansa.it/canale_salutee...

17:22 · 27/02/24 Da Earth · **25,8K** visualizzazioni

Un accordo per il quale sono stati stanziati € **2.850.000** per l'anno 2024 e € **1.850.000** per il 2025. Un accordo necessario per il proseguo dei piani dittatoriali [\[2-V182\]](#).

Un accordo che sarà ritenuto necessario a breve grazie alle solite menzogne o grazie ai soliti atti di bio-terrorismo [\[L\]](#) [\[2-V183\]](#)



Dengue is raging in Brazil. A promising local vaccine is at least a year away
Record-breaking outbreak, fueled by an unusually hot rainy season, is disproportionately affecting poor people
5 MAR 2024 · 4:00 PM ET · BY [MARCIA TRIUNFOL](#)



- Il **MONITORAGGIO DELL'ESITAZIONE VACCINALE** nei vari stati membri e la comunicazione dei risultati all'OMS, in vista delle future inoculazioni.

Oggi sono tutti preoccupati dall'esitazione vaccinale, causata dall'aver ognuno di noi un parente, un amico, un collega o solo un conoscenze, gravemente danneggiato o morto. Si studia quindi il modo di porre riparo [\[L\]](#). Posso riportare la sofferenza e morte intervenute nella mia vita ad un tratto, come l'ossigeno terapia fissa per mia moglie, l'operazione al seno di mia sorella, 5 infarti per fortuna ripresi tra cui due

genitori di compagne di mia figlia e quindi nella stessa classe (in cui vi sono 2 mamme con disturbi mestruali), un'amica in cura per perdite emorragiche, 3 amici d'infanzia deceduti per malore, il cugino della vicina trovato morto nel bosco, ed uno stato di malore diffuso nella gente che incontro, con sintomi strani dovute a patologie autoimmuni [\[2-A2a\]](#).

Nonostante tutto, il monitoraggio dell'esitazione vaccinale **continua**, come da ordini. L'Istituto Superiore di Sanità pubblicava, nel 2023, uno **stupendo** studio [\[L\]](#) [\[2-A2b\]](#) sulla valutazione dei determinanti dell'esitazione ed in cui:

- Selezionando solo **59 pubblicazioni su oltre 600**, concernenti le preoccupazioni relative al ritiro di **Vaxeria, che vede oggi indagati i medici per la morte di Camilla**, ed ammettendo questa assunzione come forte **limitazione dello studio stesso**, rileva quali determinanti principali di una esitazione individuale e di gruppo:
 - La percezione di mancanza di sicurezza ed efficacia (considerato che la gente muore accanto a noi e che tutti hanno contratto l'infezione tre/quattro volte, dopo tre/quattro dosi)
 - La mancanza di fiducia nelle istituzioni (questa è davvero assurda)
 - Basso reddito, giovane età e genere femminile (in effetti solo 10 milioni di povere donne risultano non vaccinati)
 - L'Infodemia causata dai social media (**è stato affermato NELLE RETI PUBBLICHE della preoccupazione della vita del vaccino più che di quella dei nostri ragazzi**)
- Propone quindi di:
 - Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria (mentre si nega la lettura del foglio illustrativo)
 - Istruire le donne sulle loro preoccupazioni per aumentare la compliance della vaccinazione per loro ed i loro figli (si continua nell'opera di sterilizzazione della società [\[L\]](#))
 - Combattere i social media, **potente mezzo non intermediato e filtrato dalle corrotte fonti pubbliche** che possono produrre infodemie (mentre in TV degli idioti possono anche schernire pubblicamente la decisione di un Giudice, [\[2-A2d\]](#), per fortuna, oggi, alcuni condannati [\[L\]](#)). Credo che anche con la vera censura si sia arrivati lunghi ed in

ritardo: la censura è stata sempre un obiettivo primario e parallelo al resto. I ritardi accumulati nella creazione del controllo hanno quindi permesso il diffondersi della verità, nonostante le imposizioni a tutte le piattaforme. L’emanazione del DIGITAL SERVICE ACT [\[L\]](#) [\[L\]](#), ancora una volta, servirà a tutelare legalmente la censura già esistente [\[2-V149\]](#) ma non sufficiente ad impedire il diffondersi della verità, tanto che la giornalista tedesca Eva Quadbeck della Rete televisiva RND (gli idioti corrotti non sono solo italiani) vorrebbe inviare la polizia a casa dai produttori di media alternativi e indipendenti e comunque controllare ciò che può essere trasmesso [\[2-V155\]](#). La lotta alla verità si inasprirà sempre di più ed anche nella nostra ansimante democrazia si proporranno leggi per etichettare come “sette” persone di buona volontà che lottano anche contro la pericolosa ignoranza dei decisori [\[L\]](#).

<p>PROJETS DE LOI</p> <p>Lutte contre les dérives sectaires</p> <p>Texte n° 111 (2023-2024) de M. Gérald DARMANIN, ministre de l'intérieur et des outre-mer et Mme Sabrina AGRESTI-ROUBACHE, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur et des outre-mer, chargée de la citoyenneté et auprès du ministre de l'intérieur et des outre-mer et du ministre de la transition écologique et de la cohésion des territoires, chargée de la ville, déposé au Sénat le 15 novembre 2023</p>
--

Tutti i governi sono consapevoli che tale contrasto, effettuato con repressioni “fisiche” e normative, non potrà essere sopportato a lungo. L’unico vera arma coercitiva, immediata, veloce, efficace e subdola, è quella che agisce in silenzio da remoto, con la semplice pressione di un tasto, azione anch’essa da superare grazie all’uso di algoritmi automatici. Con l’introduzione del **wallet digitale** (art. 20 DL 19/2024), necessario, ad esempio, per accedere alle piattaforme social, basterà bloccare quel particolare **qr code** per vietare, alla persona che lo detiene, di esprimere qualunque opinione [\[2-V90\]](#) [\[2-V157\]](#). Poi si andrà oltre, impedendo ai **VOSTRI** figli di acquistare il cibo se non saranno completamente schedati [\[2-V113\]](#), nonostante le solite parole rassicuranti ed entusiaste dell’ex Ministro Colao [\[2-V116\]](#).

Draghi ha già confermato che l’Italia sarà in prima fila anche in questo, ed in anticipo rispetto alle scadenze dei tanti obiettivi scellerati [\[L\]](#). Per accelerare, il Governo eroga ingenti quantitativi

di bonus, sussidi ed elemosina in genere, che sarà percepibile solo attraverso l'attivazione dell'identità digitale.

Il Presidente della Banca Mondiale, **Ajay Banga**, spiega il progetto dell'identità digitale, identità che sarà di proprietà dei governi che la emettono ed attraverso cui il cittadino potrà operare in ogni aspetto della vita, finché non sarà spento con un clic di mouse [\[2-V188\]](#).

In Stati meno democratici del nostro Paese, l'acquisizione di una targhetta digitale è imposta già con violenza. In Nigeria, ad esempio, tutte le sim card non collegate alla ID digitale, saranno bloccate entro febbraio 2024 [\[L\]](#).

Il nostro vice padrone, la Presidente **non eletta dai cittadini** Von der Leyen, afferma la **necessità** di un'identità digitale a livello europeo, *"che ogni cittadino possa utilizzare ovunque in Europa, per fare qualsiasi cosa, dal pagare le tasse al noleggiare una bicicletta"* [\[2-V121\]](#). **Ma ai vostri figli non sarà permesso di acquistare un tozzo di pane se non rispetteranno domani le sue regole, tra le quali, le continue inoculazioni.** La degenerazione dell'Unione europea in una società di Qrcod e controllo totale in stile **social credit cinese** è stata denunciata più volte in parlamento, come dall'eurodeputato belga Gerolf Annemans [\[2-V172\]](#), ed oggi avviata nel nostro paese [\[L\]](#).

Secondo l'ISS, questi determinanti dell'esitazione vaccinale sono incomprensibili se abbinati alle decine di migliaia di vite salvate dal siero miracoloso ed accertate addirittura da una **nota tecnica** dello stesso ISS [\[L\]](#) [\[2-A2c\]](#), in cui tra l'altro, **si presentano tabelle confermanti il fallimento della profilassi, nonostante la reclusione dei soggetti non vaccinati, come noto da sempre e come preannunciato dallo scomparso Montagneir** [\[2-V154\]](#) e continuamente confermato [\[L\]](#).

L'ISS sarà presto sgravato da questo fardello, o almeno coadiuvato nello sforzo, dalla sempre indefessa Intelligenza Artificiale [\[L\]](#) [\[L\]](#).

2-R5 - Chiedo all'ISS, in particolare ai redattori della nota tecnica (Chiara SACCO, Alberto MATEO-URDIALES, Maria Cristina ROTA, Massimo FABIANI, Daniele PETRONE, Stefano BOROS, Marco BRESSI, Maria Fenicia VESCIO, Andrea

SIDDU, Serena BATTILOMO, Martina DEL MANSO, Anna Teresa PALAMARA, Giovanni REZZA, Silvio BRUSAFERRO, Antonino BELLA, Flavia RICCARDO, Patrizio PEZZOTTI) oltre che al centinaio di collaboratori di altri inutili istituti, di spiegare, con una ulteriore **nota tecnica, l'eccesso di mortalità crescente** riscontrato per gli anni 2021-2023 e dichiarati dal Ministero della Salute, **in relazione alle decine di migliaia di vite salvate dal covid.**

- **L'AGEVOLAZIONE**, insieme all'Agenzia europea per i medicinali, di **UN DIALOGO TEMPESTIVO CON SVILUPPATORI**, responsabili politici e autorità di regolamentazione nazionali per **sostenere l'autorizzazione di vaccini innovativi**, anche per le minacce sanitarie (sicuramente) emergenti e perviste da tutti.
- Il **RAFFORZAMENTO DEI PARTENARIATI E COLLABORAZIONI ESISTENTI** con attori e iniziative internazionali, quali l'OMS e il rispettivo gruppo consultivo strategico sull'immunizzazione (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization — SAGE), il gruppo consultivo tecnico europeo di esperti in materia di immunizzazione (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization — ETAGE), i processi dell'iniziativa e dell'agenda per la sicurezza sanitaria globale, **l'Unicef** e le iniziative di finanziamento e ricerca come **GAVI, CEPI, GioPID-R e JPIAMR**

TUTTO QUESTO PREVISTO ED ACCOLTO nella Raccomandazione Del Consiglio del 7 dicembre 2018 (2018/C 466/01) *relativa al rafforzamento della cooperazione nella lotta contro le malattie prevenibili da vaccino* [\[L\]](#).

Questa analisi è dunque necessaria per valutare il contesto entro il quale sono sempre nate le decisioni in ambito sanitario, in modo da identificare in esse la **QUOTA DEL REALE INTERESSE DELLA SALUTE PUBBLICA E LA QUOTA DEGLI INTERESSI DI SOGGETTI PRIVATI E STRANIERI** [\[L\]](#) i quali, pur non avendo nessun potere legale nel mondo, attraverso il denaro influenzano da anni l'apparato decisionale di interi stati [\[2-V84\]](#), emanando banali linee guida a cui ci si attiene scrupolosamente contro ogni evidenza (lettura consigliata [\[L\]](#)), integrate ed obbligate **rimbalzando la responsabilità** di atti medici pericolosi tra coalizioni di società scientifiche, che propongono sequenze di somministrazioni in assenza della minima evidenza, ma tutelati perché linee guida riconosciute dallo stato, il quale rimanda a linee guida di case farmaceutiche controllate da criminali. Il dott. Thomas Binder, ha subito denunciato da subito tali soggetti, affermando che la fine delle pandemie si otterrà solo con la fine dell'OMS [\[2-V156\]](#). Molti anni fa, Ralph

Baric spiegava come si crea un coronavirus in laboratorio. Lo scopo dichiarato era creare anche il vaccino [\[L\]](#). Anche il dott. Baric è implicato oggi con Fauci, accusati della creazione del successivo virus.

Le parole dello scomparso e Presidente Napolitano [\[2-V15f\]](#).

DALLA DIFFERENZA DELLE DUE QUOTE DI INTERESSI SOPRA INDICATE SI DEDURRÀ LA QUOTA DI MORALITÀ E LEGALITÀ NELLA GESTIONE DELLA SALUTE PUBBLICA ED IN PARTICOLARE DELLA SALUTE DELLA MIA FAMIGLIA.

Emblematica dell'attuale situazione è la dichiarazione del laureato, abilitato in medicina ed iscritto all'ordine (ma non MEDICO) Bassetti [\[2-V16\]](#) a seguito della sospensione del DOTT. Stramezzi e della radiazione della DOTT.SSA De Mari (ma non solo), colpevoli di aver curato con successo migliaia di persone (mentre altri uccidevano e venivano assolti [\[L\]](#) [\[L\]](#)) con terapie la cui efficacia è stata oggi ammessa pubblicamente **e con arroganza**, dal Dott. **“pandemia dei bambini” Palù** [\[2-V16a\]](#). Efficacia che doveva essere utilizzata da subito in base al principio della **Evidence Based Medicine**, sempre ribadito dagli illustri destinatari [\[L\]](#) [\[2-A3\]](#) ed in sviluppo da 30 anni [\[L\]](#).

Matteo Bassetti nominato “Consigliere scientifico” dalla Marina Militare, il web: “Lo premiano invece di condannarlo per i reati commessi”

È stato lo stesso virologo ad annunciare la nomina sui social, dove la Marina è stata aspramente criticata per la scelta

[20 Dicembre 2023](#)

[ANSA.it](#) › [Salute&Benessere](#) › [Sanità](#) › Il Papa nomina Ricciardi membro della Pontificia Accademia Vita

Il Papa nomina Ricciardi membro della Pontificia Accademia Vita

Monsignor Paglia, "aiuterà" la PAV sul tema della salute"

Nonostante le ammissioni, le colpe accertate, le omissioni, medici che hanno salvato vite sono ancora sospesi o radiati, tutti gli altri, premiati [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Di certo, **per l'attivazione del regolamento UE 507/2006**, occorre una malattia per la quale non ci fosse cura e che causasse un gran numero di morti [\[L\]](#) [\[2-V16aa\]](#) [\[2-V16ab\]](#) [\[2-V16ba\]](#), sia reali ed intenzionali [\[2-V150\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) che fittizi [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[2-A81\]](#) [\[2-V119\]](#) (audio di infermieri, già in procura [\[2-V124\]](#) [\[2-V125\]](#)). **Tuttavia, il post-porre studi farmaceutici**

e pre-clinici è concesso solo in base all'articolo 2, **paragrafo 2** dello stesso regolamento 507 (ovvero guerra biologica) e **non attraverso il paragrafo 1 adottato**.

Sottolineo che il regolamento UE 507/2006, che permette l'accesso ad una autorizzazione condizionata, è applicabile essenzialmente in caso di rilascio di agenti patogeni a seguito di atti di Bio-Terrorismo, lo stesso Bio-Terrorismo che si perpetra continuamente nei laboratori dediti al guadagno di funzione dei virus [\[L\]](#), alcuni già operativi nel nostro Paese ed altri in costruzione [\[2-V42\]](#).

Vari Protocolli che portavano evidenze molto positive sin dai primi del 2020 [\[L\]](#) [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), potevano essere applicati IN EMERGENZA, come lo è stato il farmaco miracoloso, **se l'intento fosse stato quello di salvare delle vite** [\[L\]](#) [\[2-V49\]](#). L'unico obiettivo, perseguito a tutti i costi, è stata l'inoculazione forzata, tanto che a maggio 2020, ovvero appena due mesi dopo la dichiarazione della pandemia e **tre mesi prima** del parere positivo del CHMP all'accesso alla procedura centralizzata del nuovo veleno, l'EMA finanziava il progetto ACCESS (EUPAS37273), con l'obiettivo di preparare un'infrastruttura europea per monitorare gli **eventi avversi di interesse** dei vaccini COVID-19. Tale progetto è parte di una serie di studi condotti dalla rete **VAC4EU** (**VA**ccine monitoring **C**ollaboration **for EU**rope), partecipata dalla ARS Toscana [\[L\]](#).

La stessa Idrossiclorichina, che tanto ha fatto discutere, **era acclamata dal “famoso” dott. Antony Fauci (premiato con laurea ad onorem [\[L\]](#) dalla nostra università per il male causato al mondo [\[L\]](#) [\[2-A80\]](#)), nella lotta contro la SARS [\[L\]](#), di cui il COVID è stretto parente [\[L\]](#). Una somiglianza tanto stretta che il dott. Fauci è stato accusato dal Congresso, dove naturalmente, colpito da amnesia, dichiarava di non ricordare la firma delle proposte di finanziamento [\[L\]](#) [\[L\]](#) e che, presumibilmente, il virus fosse sfuggito dai laboratori finanziati [\[L\]](#).**

La Vostra scienza, mentre indaga ancora principi attivi somministrati da trent'anni, dichiarando sempre la necessità di ulteriori approfondimenti, è stata così rapida che, mentre si avviava la produzione su vasta scala ancor prima dell'ammissione alla procedura centralizzata:

- **Ottimi risultati erano stati riscontrati da subito (febbraio 2020) anche dall'attuale direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute, dott. Francesco Vaia, nel trattare un caso grave di un bambino di 6 anni, salvato in pochi giorni utilizzando idrossiclorochina, aspirina ed eparina [\[L\]](#) [\[2-A70\]](#).**

- Nella determina del 17 marzo 2020 [\[L\]](#) tali medicinali venivano messi a carico del SSN.
- Nella nota del 31 marzo 2020, AIFA dichiarava i possibili benefici della CQ e HCQ e richiama la classe medica ad una attenta valutazione del paziente, sia per l'idrossiclorochina [\[L\]](#) [\[2-A71\]](#) che per gli antivirali [\[L\]](#) [\[2-A72\]](#).
- Nella nota del 2 aprile 2020 si portavano studi preliminari che sembravano preferire la CQ alla HCQ [\[L\]](#) [\[2-A74\]](#), sconsigliando la co-somministrazione con altri antivirali. La CQ non aveva bisogno di prescrizione medica, previo consenso informato.
- Poco più di un mese dopo, il 29 maggio, AIFA vietava l'utilizzo della HCQ e CQ off-label, riservandolo solo agli studi clinici sulla base di [\[L\]](#) [\[2-A75\]](#):

Completivamente la qualità dei 3 RCT risulta molto bassa, in particolare da notare: la poca chiarezza circa le modalità di selezione dei partecipanti che comunque almeno nello studio di maggiore numerosità erano sintomatici da numerosi giorni (mediamente 16), la scarsa numerosità del campione, la mancanza delle condizioni di cecità e la presenza di uno standard di cura nei gruppi confrontati in cui erano presenti numerosi farmaci di non provata efficacia sul COVID-19, variamente associati fra loro; inoltre l'esito primario non sempre è clinico.

○

La qualità delle prove derivanti dagli RCT, valutata con il metodo GRADE, è nel complesso molto bassa.

Nel complesso, sebbene in molti di questi studi siano state adottati opportuni aggiustamenti statistici, la loro natura osservazionale, il possibile bias di selezione nell'indicazione al trattamento e il fatto di essere stati tutti condotti in un setting ospedaliero, non consentono di trarre conclusioni definitive e generalizzabili in altri ambiti di utilizzo più precoce.

○

Ci sono, infine, una serie di altri piccoli studi osservazionali che hanno valutato in maniera retrospettiva l'utilizzo di HCQ, da sola o in combinazione con azitromicina. Tuttavia l'assenza di un gruppo di controllo e le numerose criticità metodologiche rappresentate da bias di selezione e di valutazione degli endpoint (con un evidente rischio di un *immortal time bias*) rendono difficilmente interpretabili i risultati.

○

Mentre la gente moriva, si vietava dunque l'utilizzo basandosi sul nulla. Per poter essere curati si iniziava una lunga battaglia legale contro il Ministro Speranza, o meglio, contro i suoi capi psicopatici. Anche dopo la vittoria, il Ministro Speranza si opponeva.

Si adducevano studi fuorvianti [\[L\]](#), imputando all'idrossiclorochina 1.822 decessi solo nel nostro paese, riferendosi alle terapie ospedaliere rivolte a

soggetti ormai irrimediabilmente compromessi e non a terapie precoci per impedirne il ricovero [L].

2-R6 - Chiedo ad AIFA, in particolare al dott. Paolo Gasparini [L], attuale rappresentante dell'Italia all'interno del CHMP e partecipante nel progetto di "Analisi Metagenomica dei tamponi positivi al SARS-COV2 (CUP_G84I20000330005 [2-A93]) - Per lo sviluppo di soluzioni tecnologiche e innovative che possano aiutare a monitorare, **TRATTARE, testare in **QUALSIASI MODO E NELL'IMMEDIATO** la grave emergenza", i risultati di tale impegno, finanziato per **€ 500.000,00 [L]**, che avvalorino la tecnologica ed innovativa scoperta della "paziente" supposta di tachipirina, nel combattere l'infezione SARS-CoV2.**

Dopo il divieto alle cure, la mia vicina, donna di 80 anni con polmonite bilaterale allo stadio iniziale, veniva dimessa dopo 3 ore dal ricovero e senza cure, perché non grave, attendendo la settimana successiva per il conseguente ricovero in terapia intensiva, rimborsato a circa 9.000 €/giorno [L].



2-R7 - Chiedo cortesemente i risultati dello studio EUPAS34497 (id 36203) [L], condotti in vari Paesi , avviato ad inizio 2020 ed avente come obiettivo l'analisi dell'efficacia dell'idrossiclorochina nella profilassi per il covid.

Nel 2020, AIFA richiedeva dunque ulteriori analisi in ambito clinico per poter poter garantire la salute pubblica, non somministrando, durante una emergenza sanitaria, farmaci in uso da tempo immemore, sicuri, e che portavano benefici certi, aspettando l'arrivo della nuova terapia genica mRNA, sperimentata, approvata, prodotta e distribuita nell'arco di pochi mesi, e poi imposta con la paura e ricatti [2-V127], invalidando anni di convegni, conferenze (soldi pubblici), con i quali si descriveva il processo autorizzativo di nuovi vaccini [L] [2-A76].

2-R8 – A partire da maggio 2020, essendo rimasto confinato nell'ambito degli studi clinici per avvalorare l'efficacia, sono stati prodotti ulteriori risultati riguardo l'utilizzo della CQ e HCQ nei soggetti affetti da COVID-19?

2-R9 – A seguito delle dichiarazioni del dott. Palù **sull'errore di valutazione** di molte terapie precoci nel trattamento dell'infezione da COVI-19, perché il **dott. Vaia** ed il **Ministro Schillaci** continuano a consigliare la vaccinazione? Essendo oggi confermata l'efficacia di alcune cure precoci [\[1\]\[1\]](#), perché le linee guida del ministero non vengono aggiornate [\[1\]](#)?

2-R10 – Essendo ancora confermata dal Ministero della Salute la volontaria esclusione “**della possibile cura**” a seguito di eventi epidemici, dichiarando ancora oggi, nel Piano Nazionale di Comunicazione del Rischio Pandemico 2023-2028 ([\[2-A84\]](#)), l'**infodemia** occorsa nell'ultima epidemia, ovvero la nascita di teorie complottiste su **cause e cure**, chiedo al Ministero della Salute **conferma della bontà delle terapie precoci di cure e la conferma della letalità matematicamente NULLA dell'infezione covid-19 nella fascia 0-40 anni.**

Sebbene l'emergenza di patogeni a potenziale epidemico o pandemico sia una evenienza ricorrente e ben documentata nei secoli, l'impatto di questi grandi eventi, a differenza di altri disastri naturali, è associato a protratta inquietudine e paura dell'elemento non noto e alla generazione di teorie multiple su cause e cure (che adesso chiameremmo **infodemie**).

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) nel 2020 (^{9,10}) identificava nell'uso dei social media, come ad esempio *WhatsApp* e *Facebook*, la fonte dell'88% della disinformazione circolante. Il problema deriva dal fatto che su queste piattaforme possono agire moderatori con interessi diversi e con competenze non idonee o che non hanno accesso all'intera evidenza scientifica. Una volta che la notizia erronea (in buona fede) o manipolata inizia a circolare, moderare il dibattito sociale in modo equilibrato e veritiero e smentire false affermazioni diventa sempre più difficile.

2-R11 – In relazione alle dichiarate fake news riportate sulle diverse piattaforme social, come Facebook e WhatsApp ed ancora menzionate nel **Piano Nazionale di Comunicazione del Rischio Pandemico 202-2028**, chiedo al Ministero della Salute la **conferma** che le **seguenti principali notizie circolate sui social ed espresse da medici e gente di scienza** (al contrario dei buffoni televisivi) **siano delle notizie vere**:

- a. il virus non è naturale ma ingegnerizzato.
- b. il virus aveva letalità **nulla** nella popolazione pediatrica.
- c. il virus aveva letalità dell'ordine massimo dello 0.5% nella popolazione sotto i 60 anni
- d. il pro-farmaco mRNA è assimilabile alla classe delle terapie avanzate, in particolare alla terapia genica.
- e. la produzione del pro-farmaco è iniziata prima della semplice ammissione alla procedura centralizzata. Tanta era la sicurezza di ottenere l'autorizzazione che la

Pfizer prometteva, ai suoi investitori, nuovi fantastici veleni nel prossimo futuro già a settembre 2020 [\[L\]](#).

- f. la somministrazione è iniziata durante la fase tre della sperimentazione, durata solo 3 mesi.
- g. Gli studi clinici sono stati subito sospesi
- h. Il veleno è stato approvato con CONDIZIONI, ovvero mancanza di conoscenza di efficacia e sicurezza.
- i. Il veleno non è stato progettato per farmare la trasmissione del virus
- j. Il veleno è stato approvato con forti dubbi circa la sicurezza ed elenati nei 6 obblighi specifici.
- k. Le relazioni di sicurezza di dicembre 2023 e luglio 2024 sono state declassate a causa della perdita del gruppo di controllo e dunque, nell'impossibilità di una reale valutazione
- l. I processi autoimmuni causanti l'enorme casistica di patologie erano eventi da studiare.
- m. Il veleno, essendo non commercializzabile, necessitava di prescrizione medicalimitativa.
- n. Esistevano da subito **terapie precoci** valide che offrivano una efficacia molto al di sopra del 50% e dunque, meritevoli per legge, di un loro utilizzo, tenendo conto dello **stato emergenziale**.
- o. Molte patologie associate alla somministrazione, in primis le iocarditi e pericardite, erano eventi avversi immediatamente riscontrati.
- p. Il super green pass è stato introdotto quando l'inefficacia del veleno era già nota.
- q. **Le informazioni presenti sul sito dell'AIFA ed aggiornate a Maggio 2022 [\[L\]](#), SONO VERE?**

In passato, tutti gli attori rendevano onore alla terapia con il plasma iperimmune (e non parlo della millenaria tecnica del salasso), anche lo stesso neo laureato Fauci, **che dichiarava la necessità di aspettare anni prima di somministrare un medicinale a milioni di persone [\[2-V16b\]](#), così come “sparava le stesse castronerie” ascoltate per il covid, al tempo della propagandava per la cura dell'HIV [\[2-V16c\]](#), per la quale fu accusato di genocidio dal Dr. Robert Willner [\[2-V114\]](#).**

Benchè non medico, è abbastanza intuibile la maggior potenza della risposta naturale, rispetto alla **copia troncata** della terapia genica, perché rivolta alla sola proteina spike. Le

cure dovevano essere negate ad ogni costo e per questo si concede ancora spazio alle parole di personaggi di dubbia moralità (l'ignoranza a questo punto non è ammessa) [\[2-V57\]](#) [\[2-V141\]](#).

Con il Covid sono stati inseriti i **LIVELLI 6 e 7** della medicina basata sull'evidenza [\[L\]](#). Dopo il parere degli esperti, con il livello 6 si è passati al parere di cantanti, soubrette, giornalisti, presentatori, pornostar, maghi, alieni [\[2-V137\]](#) .. e di qualunque idiota [\[2-V86\]](#) [\[2-V108\]](#) (anche incitante alla violenza [\[2-V17\]](#)) incontrato per strada. Il livello 7, quello riservato a chi pur sapendo, mentiva, sarà col tempo oggetto del giudizio della storia.

La popolazione NON HA IL DOVERE di conoscere la piattororma mRNA ma elegge rappresentanti a tutela della salute pubblica. In molti, però, conoscono dalla storia e percepiscono gli effetti disastrosi dell'esplosione di un ordigno nucleare (petardi rispetto alle armi attuali). Dunque per avere un **termine di paragone con le IDIOZIE** propagate sul siero miracoloso, ascoltiamo il piano del Governatore Zaia nel caso di attacco nucleare [\[2-V17a\]](#). **Dovrebbe essere illegale raccontare su rete pubbliche simile "puttante"**. **Dato il mio CV posso permettermi di giudicarle tali** [\[2-V180\]](#).

Buffa è la denuncia all'Ordine (oggi parzialmente archiviata e di sicura archiviazione totale) dell'abilitato in medicina, da parte di circa 200 medici, per la semplice violazione del codice di deontologia [\[L\]](#) quando **lo stesso Ordine** impone da anni il veto al dialogo sull'argomento [\[L\]](#) [\[2-A4\]](#). Al contrario, la denuncia dei 200 paladini sarebbe stata molto utile se fosse arrivata almeno ad inizio 2022, quando era giunta l'ora **del sacrificio dei nostri ragazzi** [\[L\]](#) [\[2-V68\]](#) [\[2-A4a\]](#) [\[L\]](#) (G. U. serie generale n.72) e mentre la popolazione era trattata in questo modo [\[2-V19a\]](#). Le poche voci che hanno provato ad avvertire la popolazione sono state facilmente tacitate [\[2-V146\]](#). Oggi molti medici si scusano per non avere avuto la forza di opporsi a tali ricatti [\[2-V186\]](#), forza mancata, suppongo, a causa della ventennale obbedienza sull'argomento vaccini.

Fermo restando la censura dell'evidenza, dei dati inconfutabili e la necessità di occultare, confondere e mistificare la tragica realtà, credo che il continuo vomitare nefandezze da parte di altri iscritti, compromettano non solo la **ormai persa credibilità** ma la **stessa dignità dell'Ordine** [\[2-V20\]](#).

A che ora avete fatto il vaccino Covid? Prima delle 16 è più efficace

Uno studio ha analizzato Pfizer-BioNTech e gli effetti sono diversi a seconda del momento della giornata. Le dosi somministrate entro il pomeriggio hanno sviluppato una protezione migliore contro il virus

ANTONELLA VIOLA

19 Luglio 2023 alle 01:00 | 2 minuti di lettura



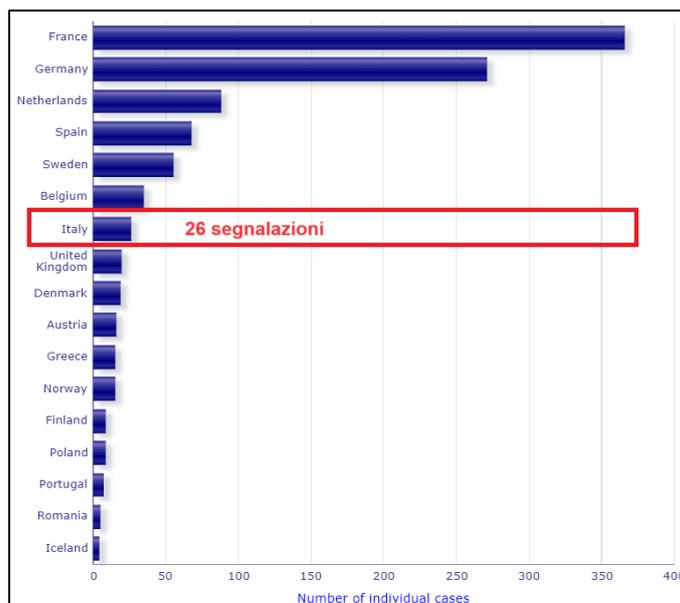
Riporto sotto uno dei colpi più bassi inferto alle stesse fondamenta della classe medica, ritirato subito dopo a causa della naturale valanga di insulti immediatamente susseguitasi

2-R12 – La FNOMCEO approva tale comportamento dai suoi iscritti.?



Oltre a notizie volgari e demenziali, sono state divulgate notizie **FALSE** [2-V21]. Invito gli illustri cattedratici a ricordare alla dott. **ssa Capua** (il perfido Sileri, oggi dileguato, lo ricorda perché durante il suo farneticare tratteneva la risata) che l'ivermectina è un medicinale ad uso umano [L], le cui segnalazioni di eventi avversi riportate in EudraVigilance (anche se datbase **inaffidabile**) ammontano a circa 3.000 casi, con un utilizzo da tempo immemore [L] [2-V22].

3.000 casi su circa 800 milioni di abitanti, **di cui 26 in Italia:**



Il dott Paolo Marik afferma: "È più probabile che tu muoia prendendo l'aspirina o il Tylenol che prendendo l'ivermectina" [2-V67]. Il Dott. Pierre Kory ha testimoniato sull'esistenza di numerosi studi che dimostrano l'efficacia dell'ivermectina [L] e dell'idrossiclorochina nel trattamento dell'influenza COVID [2-V166].

Invio anche questo studio [L] sulle proprietà antitumorali dell'ivermectina [2-V75] E LE PAROLE DEL DOTT. Paul Marik [2-V144], nel caso possa interessare al cavallo della dottoressa Capua.

Il primo settembre 2023, la Corte d'appello degli Stati Uniti ha rilanciato la causa dei medici, affermando che l'FDA abbia oltrepassato la sua autorità con la campagna anti-ivermectina [L]. Il 22 marzo 2024 l'FDA ha perso la sua causa contro l'ivermectina: esistono 101 studi confermant la sua efficacia contro il covid [L].

Per par conditio, citiamo anche lui, forse il più grottesco [2-V23] [2-V23a] [2-V23b]:

**L'ultima burionata (smentita da Aifa):
«Nessuno è morto per i vaccini»**
Il virologo preferito da Fazio non è ancora sazio di figuracce. Dopo essersi convertito dal «rischio zero» all'emergenza permanente, adesso nega la correlazione punture-decessi. Certificata dalle fonti ufficiali

2-R13 - In relazione alle dichiarazioni di Burioni nella trasmissione "che tempo che fa" condotta purtroppo ancora da Fazio ([2-V73]) su NOVE TV [2-V23b], chiedo cortesemente ad AIFA, al Ministro della Salute ed all'ISS:

- L'elenco degli innumerevoli studi citati da Burioni dai quali si evince che i soggetti non vaccinati abbiano una probabilità maggiore di decesso;

- Gli studi statistici **italiani**, non appoggiandosi sempre alle buffonate d'oltralpe, da cui si evinca la mancanza di un eccesso di mortalità, contenete i dati grezzi ricavati dai **registri regionali di mortalità** , o meglio, delle regioni che ne siano dotate per poi estrapolare [\[L\]](#).

L'indirizzario rispecchia la realtà italiana che è molto varia. In alcune Regioni esiste un'unica sede di riferimento che gestisce tutte le fasi della "creazione" del dato. In altre realtà, invece, a livello centrale-regionale si effettuano la codifica e l'inserimento nella banca dati regionale (peraltro non attiva e presente in tutte le Regioni italiane) mentre le sedi periferiche co-partecipano, per esempio, con un'unica funzione che può essere la sola ricezione e archiviazione della scheda Istat.

- L'elenco delle coppie **cause di morte – età**, imputate ai **942 decessi** non correlate alla terapia genica e cumulate sino al rapporto n.14 aggiornato a dicembre 2022 [\[2-V23c\]](#) [\[2-V76\]](#), tralasciando la morte della povera Camilla il cui nome non può essere menzionato nella stessa frase con Burioni.

L'associazione "*Umanità e Ragione*" ha inviato alla Presidenza del Consiglio, alla Camera dei Deputati, al Senato, al Ministero della Salute, all'AIFA, all'Istituto Superiore di Sanità e all'ISTAT, un report, realizzato attraverso il supporto di alcuni professionisti e basato su elaborazioni di dati di mortalità italiani (e di alcuni paesi europei) negli anni 2015-2022 ottenuti da fonti ufficiali [\[L\]](#). Possiamo riassumere le specifiche osservazioni del report nell'immagine successiva.

- *"Gli anni 2021 e 2022 registrano un eccesso di mortalità complessiva rispetto alla media storica del periodo 2015-2019, molto superiore alle normali fluttuazioni: l'eccesso di mortalità dell'anno 2022 è di 67.879 decessi, mentre la deviazione standard del quinquennio 2015-2019 è di 12.960 decessi."*
- *"Un recente rapporto ISTAT ha fornito i valori consolidati e aggregati per l'anno 2021, riportando un totale di decessi pari a 701.346; tale dato amplifica ulteriormente l'eccesso di mortalità nel 2022 rispetto al 2021, portandolo ad oltre 12.000 decessi."*
- *"A ciò si aggiunga che il particolare andamento dei decessi in eccesso osservato nel 2021 e nel 2022, lineare e in progressivo aumento privo di "ondate" evidenti porta ad escludere l'impatto di fenomeni stagionali, quali l'influenza, il freddo o il caldo e, dunque, smentisce le recenti affermazioni di ISTAT del "Report statistiche – Indicatori demografici del 2022".*

Senza entrare in inutili dettagli, il gruppo di lavoro costituito dall'ISS, **ammentando un evidente incremento**, rispondeva (luglio 2023) definendo come fattori confondenti del report le seguenti possibili cause scientifiche (affianco le considerazioni scientifiche del sottoscritto) [\[2-A77\]](#):

- l'epidemia di COVID-19 (il picco è del 2020, quando si ricoveravano gli infetti nelle RSA, dopo tutti vaccinati e protetti)
- **le ondate di calore (analizzata meglio dopo)**, per le quali, grazie alla scienza, pare abbiamo trovato il modo per proteggerci [LJ](#).

12 dicembre 2023

Estate 2023: ridotta la mortalità legata alle ondate di calore. Il Ministro Schillaci: "La strada intrapresa è virtuosa"

- l'incidenza molto elevata delle sindromi simil-influenzali, causate da virus respiratori quali l'influenza, il virus respiratorio sinciziale, ecc.; virus che ci accompagnano dall'alba dei tempi e scomparsi durante la panedemia
- la ripresa delle morti accidentali che erano fortemente diminuite nel 2020 (es. quelle a seguito di incidenti stradali, che riguardano soprattutto la popolazione al di sotto dei 50 anni); (solo una quota parte dei lavoratori è rimasta a casa e la fascia pediatrica NON HA LA PATENTE)
- l'aumento della popolazione nella fascia di età "100+" per quel che riguarda la mortalità dei grandi anziani; (l'aumento è stato abbondantemente coperto dalla moria avuta nel 2020)
- il rinvio degli interventi sanitari e non di emergenza nonché delle campagne di screening e prevenzione durante le fasi acute della pandemia (in particolare nel 2020), con conseguente accumulo e aggravamento di malattie pregresse che potrebbero aver portato ad un aumento della mortalità negli anni successivi (l'aumento dei tumori è proporzionale all'aumento di mortalità, come evidenziato dal report del ministro della salute)

Nel confutare i dati prodotti dall'associazione "*Umanità e Ragione*", il gruppo di lavoro dell'ISS:

- presenta una tabella che media i decessi sugli anni 2020-2022. Come puntualizzato per le future indagini circa l'abnorme aumento dei casi di tumore dichiarati dal Ministro Schillaci, **è necessario non diluire l'eccesso** ma analizzare i dati assoluti per discriminare **il prima ed il dopo** l'introduzione del veleno anti-covid, al netto di anomalie come quelle riscontrate nei dati trasmessi il 23 agosto scorso dal ministero della Salute all'avvocato Lorenzo Melacarne, con disposizione del Tar del Lazio

ed analizzati dal *Dipartimento Di Statistica Informatica, Applicazioni “Giuseppe Parenti” (DISIA)* [\[2-A78\]](#).

- Presenta una tabella recante le segnalazioni di sindromi simil-influenzali (x 1.000 assistiti) per età e per gli anni 2015 – 2023. L'aumento delle segnalazioni, a cui l'ISS attribuisce il possibile aumento di mortalità, **può essere visto al contrario, COME CONSEGUENZA** della compromissione del sistema immunitario della popolazione fragile a causa della sperimentazione della terapia genica [\[2-V89\]](#). Popolazione esclusa dai trial e su cui non si aveva nessun dato. Dati comunque inconsistenti a causa del tempo necessario alla codifica della causa di morte. Infatti, l'Istat ogni anno codifica tutti i certificati di morte, compresa l'influenza, e ne attribuisce la causa principale con un processo che richiede, per rendere disponibili i **presunti** dati di mortalità per specifica causa, **un periodo medio di due anni** [\[L\]](#). Presunti in quanto derivano dalla proiezione dei decessi totali negli ultra 65enni e delle forme gravi e complicate di influenza confermata in laboratorio nei pazienti ricoverati in terapia intensiva nei pochi entri campione.

Puntalizzo inoltre che la **farsa** della protezione dei fragili con la profilassi antinfluenzale è arrivata al 50esimo anno. Gli anziani fragili continuano a morire ogni anno nella stessa percentuale **nonostante le idiozie scritte e per fortuna poco recepite dalla popolazione** [\[L\]](#), **come quella di inoculare i bambini per la profilassi antinfluenzale, quando, senza nessun mezzo di analisi, magicamente si rilevava un eccesso di mortalità da 1.05 nel 2013 a 1.5 nel 2017.**

2-R14 – Chiedo ad AIFA ed al DOTT. WALTER RICCIARDI, coautore dello studio [\[L\]](#), **copia dello stesso comprendente i dati utilizzati.**

- Risponde alle contestazioni dell'associazione riguardo **la pratica distorsiva di classificare come “non vaccinati” i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a CIASCUNA INOCULAZIONE**, dichiarando che per tutti i report prodotti:

- “... l’eliminazione della pratica distorsiva di classificare come “non vaccinati” i soggetti deceduti nei 14 giorni successivi a ciascuna inoculazione.”

L’ISS, sia nelle pubblicazioni scientifiche che nei report che ha pubblicato negli ultimi due anni, **ai fini della valutazione dell’efficacia dei vaccini anti-COVID-19**, considera le persone che vengono diagnosticate (indipendentemente se hanno sviluppato una malattia grave o se siano morte) nei primi 14 giorni dalla somministrazione della prima dose, come “non vaccinati”. Le ragioni per tale scelta sono principalmente due:

1. la protezione del vaccino richiede circa 2 settimane affinché sia sviluppata la risposta immunitaria verso il virus;
2. il periodo di incubazione della malattia, cioè il tempo dall’infezione allo sviluppo dei sintomi, varia da 2 a 14 giorni; si sottolinea che la diagnosi (in farmacia o nei laboratori autorizzati) di solito richiede qualche giorno ulteriore. Pertanto, una buona parte dei casi diagnosticati entro i 14 giorni, hanno contratto l’infezione prima della somministrazione della prima dose.

Nel caso di **valutazione di eventi avversi da vaccino** (es: shock anafilattico) la scelta di considerare la data di somministrazione della vaccinazione come il momento di inizio dell’esposizione è chiaramente condivisa.

2-R15 - Data l’enorme variabilità della durata della protezione, passata da “per sempre” a 2 mesi, ma dichiarata nel foglio illustrativo sconosciuta ancora oggi, nel caso di **decesso entro i 14 giorni dall’ultima dose**, il defunto è considerato vaccinato?

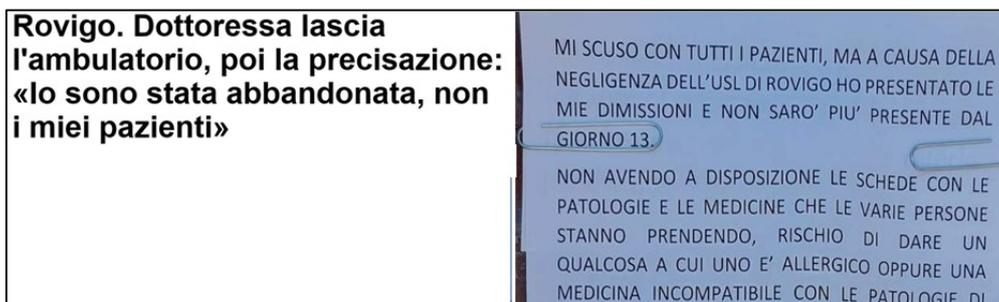
- Mentre nel 2023 in molte regioni **manca un registro di mortalità** [\[L\]](#), il gruppo di lavoro dell’ISS utilizza fondi pubblici per condurre una meticolosa ed esteticamente curata, **analisi delle ondate di calore**, su cui mi astengo dal commentare ma:

2-R16 - A conferma dei risultati dell’ISS, chiedo l’estrazione dei dati grezzi del registro **Sistema di sorveglianza degli effetti sulla salute da eventi climatici estremi - A1.8** (DPCM 3 marzo 2017).

A riprova del totale sbando del servizio sanitario, pare che per la prima volta in assoluto, quest’anno il numero di candidati medici alle scuole di specializzazione sarà inferiore al numero dei posti disponibili [\[L\]](#). L’ipotesi è che stia crescendo la quota di laureati che nemmeno pensa alla specializzazione e che lascia il Paese oppure, verosimilmente, trova lavoro nelle varie cooperative che poi “cedono” il personale alle strutture pubbliche, vincolate a ridurre il loro organico ma non a mandare in rosso il bilancio per acquisire personale a chiamata, in costi medi di 1.000€ a turno. Personale, spesso, non qualificato per la mansione acquistata, che mette ancora di più a rischio la vita dei pazienti. Il tutto denunciato pubblicamente da tempo, come nell trasmissione “fuori dal Coro” di novembre 2022 [\[2-V147\]](#).



Il vero "cambiamento climatico" è quello da decenni in atto nel nostro sistema di "welfare", un tempo tra i migliori al mondo e oggi in picchiata verso i modelli d'oltreoceano [L].



2.1 ESEMPIO DI CONCRETEZZA E ROBUSTEZZA DEI DATI SU CUI SI SONO BASATI GLI OBBLIGHI DI PROFILASSI PEDIATRICI

È **impossibile** riportare ogni incongruenza, ogni non corrispondenza di dati ed ogni numero strampalato riscontrato durante l'analisi di documenti ufficiali riferiti ad intervalli temporali ventennali (resto a disposizione per confronto con carta e penna).

Ci saranno solo alcuni riferimenti relativi ai passaggi più importanti nella normativa, mentre altri dettagli sono stati già **esposti in Procura**.

Riesaminiamo in questo paragrafo il percorso documentale e di evidenze, contrapposte alle affermazioni delle istituzioni, che hanno costituito le fondamenta del decreto Lorenzin (e degli obblighi precedenti). Prenderemo come anno dell'intorno da analizzare, il 2014, anno in cui venivano firmati **importanti accordi** relativi alla nostra salute [L] e con cui il nostro paese veniva venduto (insieme ad altri) per la sperimentazione del European Vaccination Action Plan (**EVAP**).

Iniziava così la discussione sul tanto temuto morbillo, malattia trasmissibile di facile comprensione ma soprattutto, unica malattia trasmissibile di cui si aveva un minimo

tracciamento da parte di alcune regioni. Della varicella, sino al 2015, sapevamo solo fosse una malattia trasmissibile, non disponendo di nessun dato, così come riportato dai rapporti dell'ECDC [\[2-A5\]](#). Dal 2016 inizieranno a comparire 4-5 casi ogni mese.

Table 2. Number of rubella cases by month and notification rate (cases per million) by country, April 2014–March 2015, EU/EEA countries

Country	2014										2015			Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar				
Italy	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	-	-

L'eliminazione della rosolia post-natale, a seguito di sorveglianza, tracciamenti, notifica, genotipizzazione ecc. erano obiettivi del quinquennale ed ormai giunto al termine, nel 2014, PNEMoRc 2010-2015 [\[L\]](#). Tali obiettivi sono stati procrastinati per decenni, come si evince dallo stralcio del PNV 2010-2012 riportato sotto:

congenita (PNEMoRc) approvato come Accordo Stato-Regioni nel 2003. Il PNEMoRc fissava come obiettivi finali quelli di “raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena” e “ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100,000 nati vivi” entro il 2007. Nonostante l'impegno profuso nel quinquennio 2003-2007 gli obiettivi finali del Piano non sono stati ancora raggiunti e continuano a verificarsi focolai di morbillo e casi di rosolia congenita. Allo scopo di mettere in atto le opportune azioni correttive, è stato predisposto, da un apposito gruppo di lavoro tra Ministero della Salute-Regioni-ISS una bozza condivisa di aggiornamento del PNEMoRc.

NOTA

Oggi tuttavia festeggiamo l'eliminazione della rosolia! [\[L\]](#)

Secondo l'ultimo report della Commissione di Verifica Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), **l'Italia ha eliminato la Rosolia** che diventa la terza malattia prevenibile con la vaccinazione ad essere eliminata dal nostro Paese, dopo il vaiolo (eradicato a livello mondiale nel 1980) e la poliomielite (eliminata dalla Regione OMS Europa nel 2002). In Italia sono stati segnalati 23 casi nel 2019, 15 nel 2020, e nessuno nel 2021, pertanto nel nostro Paese la trasmissione endemica della rosolia può dirsi interrotta.

L'allarmante dato sul numero di casi di morbillo riscontrato nel 2014 suscitò così tanto sgomento nel Comitato di Bioetica, da redigere, nel 2015, una mozione di ben tre paginette [\[2-A6\]](#) [\[L\]](#). Oltre allo sgomento e l'invito all'obbligo vaccinale, nelle note, il Comitato riportava un intervento del 1995 ed uno studio che escludeva il nesso causale con l'aumento dei casi di autismo [\[L\]](#), studio di cui è superfluo parlare in questa sede se non per i complimenti sul metodo dell'accoppiamento dei fratelli, già smentito all'epoca dal Prof. Di Bella [\[L\]](#). Tuttavia, le **quattro** famiglie di miei conoscenti con entrambi i figli affetti da sindromi ASD non concorderebbero con tali dati.

2-R17 - Chiedo cortesemente la conferma che lo studio sempre citato in ogni contesto, abbia poi richiesto delle correzioni per errori in dati e variabili [\[L\]](#).

Da decenni, per mentire sui possibili legami tra sindromi ASD e vaccini, verrà **sempre citato unico articolo del 1988** in cui il dott. Wakefield suggeriva che il vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MMR) potesse predisporre alla regressione comportamentale e al disturbo pervasivo dello sviluppo nei bambini [\[L\]](#). **Non sono un medico, ma i test eseguiti dal dott Wakefield valgono più dei successivi 12 anni di baggianate epidemiologiche retrospettive, durante le quali il tasso di incidenza della sindrome ASD è passato, secondo il CDC, da 1/110 nel 2010 a 1/36 oggi.**

Si è aspettato il 2010, cioè 12 anni dopo, per ritirare i risultati del dott. Wakefield, che intanto si erano diffusi, in modo da poter essere “legalmente” coperti nell’imminente cambio normativo, che prevedeva in pratica la **sperimentazione post-marketing su larga scala, sotto lo scudo dell’introduzione della gestione del rischio e della valutazione continua del rapporto rischio/beneficio**. Valutazione mai effettuata, almeno nel nostro Paese e rischio gestito semplicemente con la modifica dell’RCP e la pubblicazione di sole buffonate epidemiologiche, nonostante l’obbligo di studi interventistici. Buffonate che non porteranno mai a conclusioni ma si concluderanno sempre con **la necessità di ulteriori indagini**.

Tabella 9.11 Associazioni sospettate e non confermate (Campion EW, 2002)

<u>Vaccino</u>	<u>Eventi avversi non confermati</u>
<u>Etilmercurio</u>	Disordini pervasivi dello sviluppo (<u>autismo</u>)
<u>Morbillo (MPR)</u>	<u>Autismo</u> e difetti dello sviluppo neurologico Morbo di Crohn
Difterite-tetano-pertosse (DTP)	Morte improvvisa del lattante Epilessia
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Diabete mellito
Antipolio inattivato (IPV)	Poliomielite paralitica Infezione da simian virus 40
Epatite B	Sclerosi multipla
Carbonchio	Stanchezza Sindrome della guerra del Golfo
Malattia di Lyme	Artrite infiammatoria cronica
<u>Vaccinazioni multiple (vaccini combinati)</u>	Effetti immunologici non ben definiti per l’interazione di vaccini diversi
Rotavirus	Paralisi del facciale

In vari rapporti, la correlazione tra vaccinazione MPR ed autismo è stata ritenuta sospetta sin dagli anni 2000 [L] [2-A7], ma **mai** veramente indagata, e col tempo occultata all'opinione pubblica.

Così rispondeva l'FDA alle inchieste e denunce sulle possibili correlazioni tra mercurio (thimerosal) e autismo oltre ad altre malattie croniche [2-V24] che tanti genitori denunciavano in dibattiti aperti sin dai primi anni 2000 [L], Il nostro Ministero della Salute [L] sottolineava come l'eliminazione del mercurio dai vaccini fosse solo a scopo precauzionale, da espletare gradualmente ma ancora presente [L], rimarcando l'assoluta sicurezza dei vari vaccini in relazione **alle malattie "mortalità"** da cui proteggono ed omettendo le ormai numerose evidenze [L] [L].

Non si forniva una chiara informazione ai genitori e **SI MENTIVA sui dati riportati dallo stesso ISS nei Rapporti ISTISAN 11/33 [2-A7b]**. I risultati dello studio CHARGE contenuto nel rapporto, **non escludeva** una possibile correlazione con fenomeni di accumulo di mercurio, ma imputava l'accumulo alla predilezione dei bambini nel **cibarsi di pesce**, considerando la percentuale di mercurio **iniettato** dai vaccini molto bassa rispetto al contenuto negli spray per la **pulizia delle orecchie! L'alluminio iniettato è progettato per perdurare nel tempo, proprio per espletare il suo scopo di stimolazione. Tale permanenza è legata inconfutabilmente a problemi nello sviluppo comportamentale [L]. Naturalmente altre indagini erano in corso, come l'analisi dei capelli, i cui risultati non erano ancora disponibili.**

gruppi di bambini, i bambini con autismo non presentano differenze in livello ematico di Hg rispetto ai bambini con sviluppo tipico (4). Per indagare sull'ipotesi del Hg come fattore causale abbiamo intenzione di analizzare i capelli dei bambini, ma ancora questi risultati non sono a disposizione.

2-R18 - Credo che i risultati siano ormai pronti e che non abbiano riscontrato allarmi, altrimenti prontamente comunicati. Ne chiedo quindi cortesemente copia.

Oggi, nostro malgrado, abbiamo un termine di paragone sull'entità del danno che possa costringere il Titolare dell'AIC ad inserire nel foglio illustrativo un possibile evento avverso.

2-R19 - Quanti casi di morte a seguito di miocardite/pericardite sono stati necessari per aggiornare il foglio illustrativo del veleno anti-covid con l'esito FATALE?

Anche se durante la fase post-marketing vengono rilevati segnali di allerta, è quasi impossibile che il Titolare dell'autorizzazione aggiorni il foglio illustrativo con tale segnale. Si rimanda per decenni l'analisi e poi la si esclude, confondendo i numeri. Solo quando il

pericolo è concreto ed i dati sono allarmanti e soprattutto VERIFICABILI, allora si procede alla **modifica dell’RCP per tutelare legalmente la casa farmaceutica e le autorità sanitarie.**

2-R20 - Dunque, come si “**misura**” la presenza dell’autismo come effetto collaterale all’interno del foglietto illustrativo del vaccino TRIPEDIA (Difterite, tetano Pertosse acellulare, assorbito) [\[2-A7a\]](#)?

Adverse events reported during post-approval use of Tripedia vaccine include idiopathic thrombocytopenic purpura, SIDS, anaphylactic reaction, cellulitis, [autism](#), convulsion/grand mal convulsion, encephalopathy, hypotonia, neuropathy, somnolence and apnea. Events were included in this list because of the seriousness or frequency of reporting. Because these events are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is not always possible to reliably estimate their frequencies or to establish a causal relationship to components of Tripedia vaccine.²

La stessa casa farmaceutica GSK, nel Summary Bridging Report del 2011 (riassunto dei PSUR 15 e 16) per l’esavalente Infanrix Hexa, sperimentato essenzialmente sui nostri bambini (cap 8), dopo le solite limitazioni dello studio dichiarava l’autismo come evento avverso [\[2-A8\]](#). Tre anni dopo il report della GSK e **dopo 8 anni dalla denuncia, nel 2014, ci fu la **prima sentenza in assoluto** che stabiliva un indennizzo per un bambino, al quale venne riconosciuta la correlazione, mai dimostrata prima, tra la somministrazione dell’esavalente INFANRIX HEXA ed autismo [\[L\]](#), imputata alla presenza di **mercurio**.**

Nell’anno in cui è stato somministrato il farmaco a mia figlia, il Ministero della Salute Fazio, naturalmente, era a conoscenza di tali evidenze di livello II ai sensi all’articolo 107 della direttiva CE 83/2001, ovvero in base alla direttiva CE 20/2001, essendo un riassunto del PSUR 15 e PSUR 16. Gli stessi rapporti periodici di sicurezza manomessi dalla casa produttrice, che eliminava dal computo alcuni casi di decesso, INVALIDANDO IL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICIO.

2-R21 - Quali provvedimenti sono stati presi nei confronti del Titolare dell’AIC dopo tale atto criminale?

Nel 2017, per avallare l’estorsione Lorenzin, non si poteva non citarli essendo ormai nota la malefatta. Dunque, nel documento “*Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili – Secondo aggiornamento, giugno 2017* [\[L\]](#) [\[2-A87\]](#)” UTILIZZATO ANCORA OGGI [\[L\]](#) dal Ministero della Salute per rassicurare i timori dei genitori riguardo l’insorgenza della sindrome ASD:

- non menziona il termine *Rapporto Periodico di Sicurezza*, che poteva far nascere domande

- non chiarisce che, nel 2017, il data base Eudravigilance non fosse ancora attivo (non essendolo tutt'ora) e che le segnalazioni fossero gestite in modo oscuro dal Titolare
- non chiarisce che, nella regione europea, il medicinale fosse stato sperimentato essenzialmente nel nostro paese
- non dichiara che la farmacovigilanza citata fosse stata assente a seguito dell'abrogazione del Titolo IX del Dgls 219/2006 e che quindi, per certo, avesse compromesso in quota parte le deduzioni del Titolare le quali, già necessitavano di manomissioni per essere accettate.
- Il Ministero parla di segnalazioni a seguito di milioni di dosi in tutto il mondo e non chiarisce come i PSUR contenuti:
 - si riferiscano all'intervallo di due anni nei quali sono pervenuti (e non vuol dire che siano tutte) 2.408 reports rispettanti i requisiti ICH R2 (e non si possono escludere le alte percentuali di errori analizzate in precedenza, nella compilazione e gestione della terminologia MedDRA corretta)
 - i 2.048 reports escludono i casi "non gravi" comunicate dalle autorità sanitarie.
- Non chiarisce che la GSK conduceva ancora nuovi studi clinici di fase II e III, anche se semplici ed inutili studi comparativi con altri veleni.
- Non chiarisce il significato delle dichiarazioni del Titolare quando afferma che il profilo di sicurezza riscontrato non si discosta dal Reference Safety Information (RSI).

2-R22 - L'RSI annovera qualche caso di sindrome ASD e disturbo neurologico importante?

Avendo oggi noi tutti constatato con quale veemenza e caprina violenza [\[2-V55\]](#) si possa **cancellare, offuscare, screditare, sospendere e martoriare la verità**, si può dedurre quanto facilmente questo fosse stato possibile negli anni passati [\[2-V185\]](#) [\[2-V25\]](#) [\[2-V25a\]](#) [\[2-V26\]](#) [\[2-V27\]](#) [\[2-V28\]](#) [\[2-V28a\]](#) [\[2-V28b\]](#) [\[2-V28c\]](#). Eclatante fu il caso del prof Andrew Zimmerman [\[L\]](#), sostenitore della vaccinazione, finchè non si rese conto dei rischi e del danno [\[2-V29\]](#).

2-R23 - Approfitto per anticipare una domanda che verrà contestualizzata diversamente dopo: Oltre allo studio citato, dove posso reperire SUCCESSIVI studi atti ad escludere il nesso tra la vaccinazione (soprattutto legata alla tossicità degli adiuvanti) e la sindrome ASD, in relazione al dato allarmante da parte dell'ISS, il quale segnala un tasso di incidenza odierno di **1/77** nati [\[L\]](#), con picchi in alcune regioni di **1/55** [\[L\]](#), o ad escludere il nesso da quanto emerge dall'analisi del CDC, il quale parla addirittura di una catastrofica incidenza di **1/36** [\[L\]](#).

2-R24 - Chiedo inoltre conferma della possibilità di cure, a me sconosciute e, dopo varie ricerche, non presentate mai nel nostro paese, ma presenti altrove [\[2-V30\]](#), e consistenti essenzialmente nel disintossicare il corpo dai metalli.

Tornando al morbillo, il Comitato di Bioetica, così come l'ISS [\[L\]](#), riportavano il dato allarmante di ben **1.686** casi nel 2014 che, secondo l'ECDC, ponevano l'Italia **al primo posto tra 30 paesi** nella zona EU/EEA, tanto da meritare un severo richiamo da parte dell'OMS.

È importante segnalare come, recentemente (24 aprile 2015), il Comitato Nazionale di Bioetica (Presidenza del Consiglio dei Ministri) si sia espresso con una mozione sull'importanza delle vaccinazioni. Il testo¹⁴ recita: È un dato allarmante che la diminuzione della copertura vaccinale ha determinato un sensibile aumento dei casi di morbillo in tutto il mondo. Nel 2014 in Italia sono stati segnalati ben 1.686 casi, ovvero il numero più alto in Europa. La stessa OMS ha esplicitamente richiamato il nostro Paese a prendere provvedimenti a riguardo. A oggi nelle nostre regioni si sono inoltre verificati diversi casi di meningite, alcuni mortali.

Il data base dell'ECDC veniva alimentato (ma ne dubito in base a quanto esposto) con frequenze diversa dai vari Paesi e pubblicava vari tipi di report, mensili, annuali, con intervalli temporali annuali su 12 mesi generici e non relativi all'anno solare.

Innanzitutto, i **1.686** casi citati dal Comitato di bioetica costituiscono i **casi presunti**, al cui fianco, nei report, viene posta la percentuale confermata dalle indagini di laboratorio.

Table 1. Number of measles cases by month and notification rate (cases per million) by country, October 2013–September 2014, EU/EEA countries

Country	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014	Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep			
Italy	35	178	265	314	203	303	270	193	92	91	72	44	2 060	34.5	1 069
Netherlands	473	177	106	46	24	42	21	5	1	NR	NR	NR	895	53.3	404

Lo stralcio del rapporto dell'ECDC sopra riportato [\[2-A9\]](#) copre l'arco di un anno tra il 2013 ed il 2014 e mostra le ultime due colonne dei casi confermati e relativa percentuale verificata. Prendendo a riferimento la stessa percentuale, i casi confermati nel 2014 sarebbero stati solo **590**.

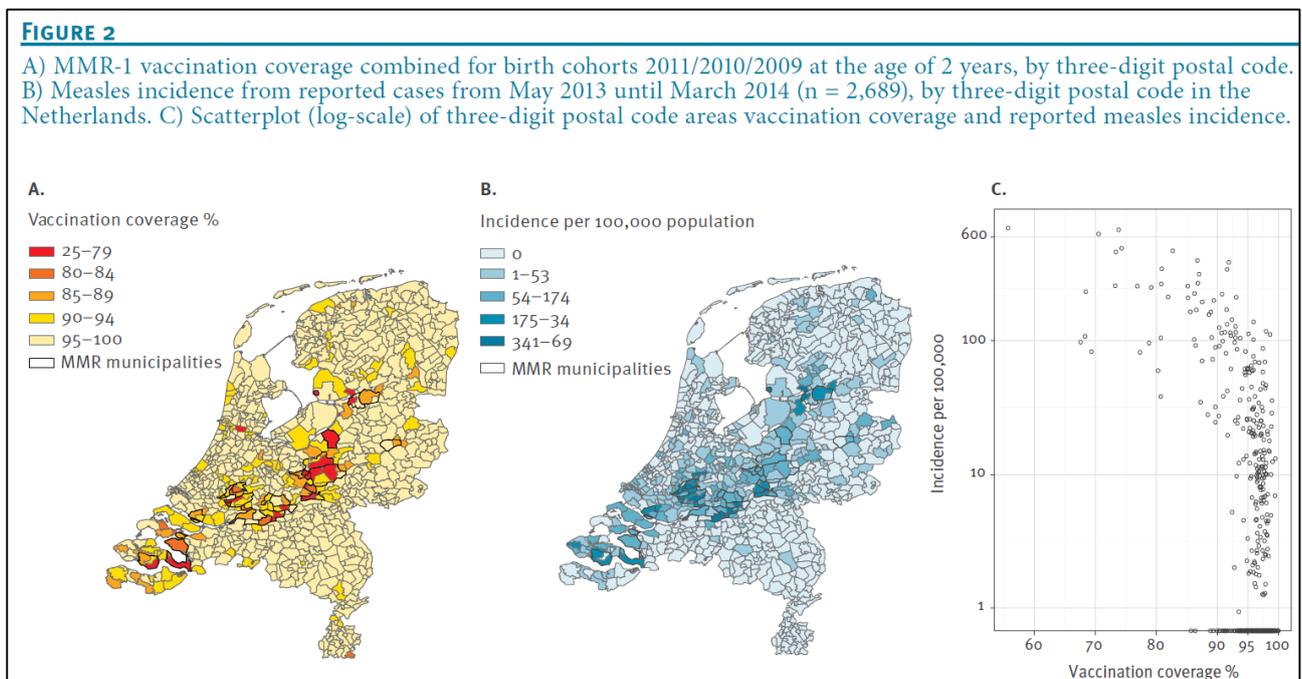
2-R25 - Chiedo cortesemente l'estrazione dei dati riguardanti le 590 segnalazioni (epurati secondo privacy) (D.M. 15 dicembre 1990) e delle notifiche di laboratorio, trasmessi tramite piattaforma TESSy.

Nello stralcio sopra riportato è stato lasciato il confronto con l'Olanda. Proprio in Olanda, tra giugno 2013 e marzo 2014, fu segnalata una "epidemia" di morbillo e documentata poi in

uno studio del 2016 [2-A10]. I contagi iniziarono gli ultimi giorni di maggio 2013 ed i focolai si estinsero a marzo 2014 dopo la segnalazione di ben **2.700 casi**, su una popolazione di **17 milioni** di abitanti.

Trascurando:

- un 9-10% di elusione della profilassi, al netto dei vari tagli, con una copertura vaccinale del 95.5% (eventi gravi nella farmacovigilanza)
- i focolai nati in alcuni gruppi di ortodossi
- la loro nota esposizione a seguito di un'indagine sierologica effettuata **10 anni prima**
- l'identificazione, casa per casa in tutta l'olanda (saltando perfettamente le altre religioni e tutti gli atei), di tutti gli ortodossi non vaccinati
- la perfetta corrispondenza dai tassi di incidenza con gli ortodossi non vaccinati, sparsi sul territorio, come riportato nella figura seguente



2-R26 - Come era possibile che il rapporto dell'ECDC non facesse la minima menzione di questa analisi ben dettagliata che, rapportata al numero di abitanti dell'Olanda, era molto più "sgomenta"?

Anche se l'analisi dell'epidemia in Olanda venne pubblicata nel 2016, già nel 2013 le autorità olandesi pubblicarono un "*Rapid communications*" per questioni di sicurezza, con dei dati preliminari che sarebbero poi stati integrati [L] [2-A11].

Il **corposo sgomento del Comitato di Bioetica del 2015**, avendo lasciato ferite profonde, veniva ripreso anni dopo non solo nel PNPV 2017-2019 [2-A12] [L] approvato in

Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, ma addirittura **oggi nel PNPV 2023-2025 (pag. 9 [2-A12a])!**

Come verrà affermato più volte in seguito, **l'epidemiologia non è scienza, ma solo analisi di dati facilmente manipolabili ed adattabili** e che non hanno nessun valore senza un rigoroso controllo. Infatti, se si trasla all'indietro di solo 3 (tre) mesi il periodo di osservazione, l'OMS avrebbe dovuto rimproverare l'Olanda, o meglio, avrebbe **dovuto sospendere le inoculazioni** ed indagare quanto stava accadendo.

Table 1. Number of measles cases by month and notification rate (cases per million) by country, October 2013–September 2014, EU/EEA countries

Country	2013 Oct	2013 Nov	2013 Dec	2014 Jan	2014 Feb	2014 Mar	2014 Apr	2014 May	2014 Jun	2014 Jul	2014 Aug	2014 Sep	Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
Italy	35	178	265	314	203	303	270	193	92	91	72	44	2 060	34.5	1 069
Netherlands	473	177	106	46	24	42	21	5	1	NR	NR	NR	895	53.3	404

Table 1. Number of measles cases by month and notification rate (cases per million) by country, July 2013–June 2014, EU/EEA countries

Country	2013 Jul	2013 Aug	2013 Sep	2013 Oct	2013 Nov	2013 Dec	2014 Jan	2014 Feb	2014 Mar	2014 Apr	2014 May	2014 Jun	Total cases	Cases per million	Total lab-positive cases
	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun			
Italy	198	74	42	35	177	265	317	204	309	274	195	95	2185	36.6	1097
Netherlands	700	407	444	473	177	106	46	24	42	21	5	1	2446	145.8	882

Se si guarda il periodo di 12 mesi partendo da luglio 2013 anziché ottobre 2013 [2-A13], la situazione in Olanda, con 17 milioni di abitanti, era di gran lunga peggiore e presentava un tasso di incidenza di **145/milione**.

2-R27 - Perché AIFA (OMS, ISS, ecc), terrorizzavano la popolazione italiana come se fossimo il lazzaretto dell'Europa, nonostante lo studio del 2016?

2-R28 – L'allora responsabile del programma sulle malattie prevenibili con i vaccini presso l'ECDC, ed oggi paladino della siringa dott. Pier Luigi Lopalco, era a corrente di tale situazione?

L'obbligo di adesione alla piattaforma "TESSy" era in vigore dal 2013, a seguito della circolare del ministero della salute del 20 febbraio 2013 (0004460-P-20/02/2013) [L], che imponeva la trasmissione mensile dei dati dal Ministero della Salute all'ECDC di Stoccolma, condivisi poi con i soggetti privati (OMS), e l'obbligo di conferma con indagini di laboratorio **per ogni caso segnalato** (regolamentato sin dalla Circolare del 20 aprile 2007).

Sin dalla circolare del 20 febbraio 2013, sono stati disponibili per medici, laboratori nazionali, laboratori regionali e periferici, la **procedura operativa da seguire nonché tutta la modulistica associata**, nell'identificazione del caso e la sua trasmissione.

2-R29 - Chiedo cortesemente i dati dei laboratori relativi alle genotipizzazioni della quota indicativa del 35%, rappresentanti circa 590 casi sul totale dei 1.686 dichiarati nell'anno 2014, richiesti in base al PNEMoRc 2010-2015 e comunicati tramite la piattaforma TESSy.

NOTA SUGLI ORTODOSSI

Essendo il morbillo una malattia a basso tasso di denuncia, come per le reazioni avverse da vaccino (nonostante l'obbligo in entrambi i casi), nel 2018 venne condotto un riesame dei dati dell'epidemia negli anni 2013-2014 dal titolo "***La punta dell'iceberg: incompletezza delle segnalazioni di morbillo durante una grande epidemia nei Paesi Bassi nel 2013-2014***" [\[L\]](#). Il titolo è emblematico ed evidenzia la grandissima sottostima dei casi (**30.000** casi ipotizzati), dovuta essenzialmente alla consapevolezza nella popolazione della non letalità della malattia e della non necessità di cure mediche. Questo dato però, deve essere visto **come sinonimo di inutilità della inoculazione** e non come conferma dell'emergenza! Naturalmente lo studio continua a citare la comunità degli ortodossi le loro scelte religiose ed afferma, come tutti gli studi, le limitazioni proprie dell'epidemiologia che necessità della massima accuratezza del dato analizzato, tra cui **l'esatta esposizione vaccinale**. La sottostima rilevata è stata determinata estrapolando i dati epidemiologici costruiti MANUALMENTE a seguito di interviste effettuate nella comunità di Rhenen (copertura vaccinale 85-89%).

2-R30 - Quanti decessi sono stati confermati per morbillo in Olanda, dopo questa gravissima epidemia?

Il seguente grafico, contenuto nel rapporto ISTAT "*La mortalità dei bambini ieri e oggi*" [\[L\]](#) riporta il tasso di mortalità di bambini sotto i 5 per alcune malattie e per gli anni dal 1895 al 2008.

Tabella 1. Tasso di mortalità sotto i 5 anni per mille nati vivi in Italia

Cause di morte	1895	1911	1918	1931	1943	1961	1971	1981	1991	2008
Tubercolosi	13,5	9,9	12,2	3,9	2,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Influenza, bronchite e polmonite	74,2	69,9	180,9	43,7	43,7	10,9	5,5	1,2	0,2	0,0
Altre infettive e apparato respiratorio	49,8	30,8	30,3	14,6	7,9	1,6	0,5	0,1	0,1	0,0
Pertosse	8,4	6,5	5,2	3,0	1,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Morbillo	10,2	7,8	7,4	3,3	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Malaria	7,4	2,2	4,3	1,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoide e paratifoide	91,7	61,5	115,0	60,7	51,1	7,1	1,8	0,1	0,0	0,0
Violente	2,4	2,9	2,9	2,7	2,5	1,3	1,1	0,7	0,4	0,2
Cause di morte mal definite	6,5	1,6	5,4	0,5	4,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1
Altre cause di morte	88,0	84,7	116,8	44,2	53,1	26,0	22,9	13,7	8,2	3,6
Malformazioni congenite*	-	-	-	2,2	3,1	3,6	3,9	3,6	2,2	1,0
MORTALITÀ TOTALE	326,0	261,4	463,4	170,4	165,3	47,3	32,1	16,1	9,3	3,9

* Per gli anni 1895, 1911 e 1918 la classificazione non prevede le malformazioni congenite.
 Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

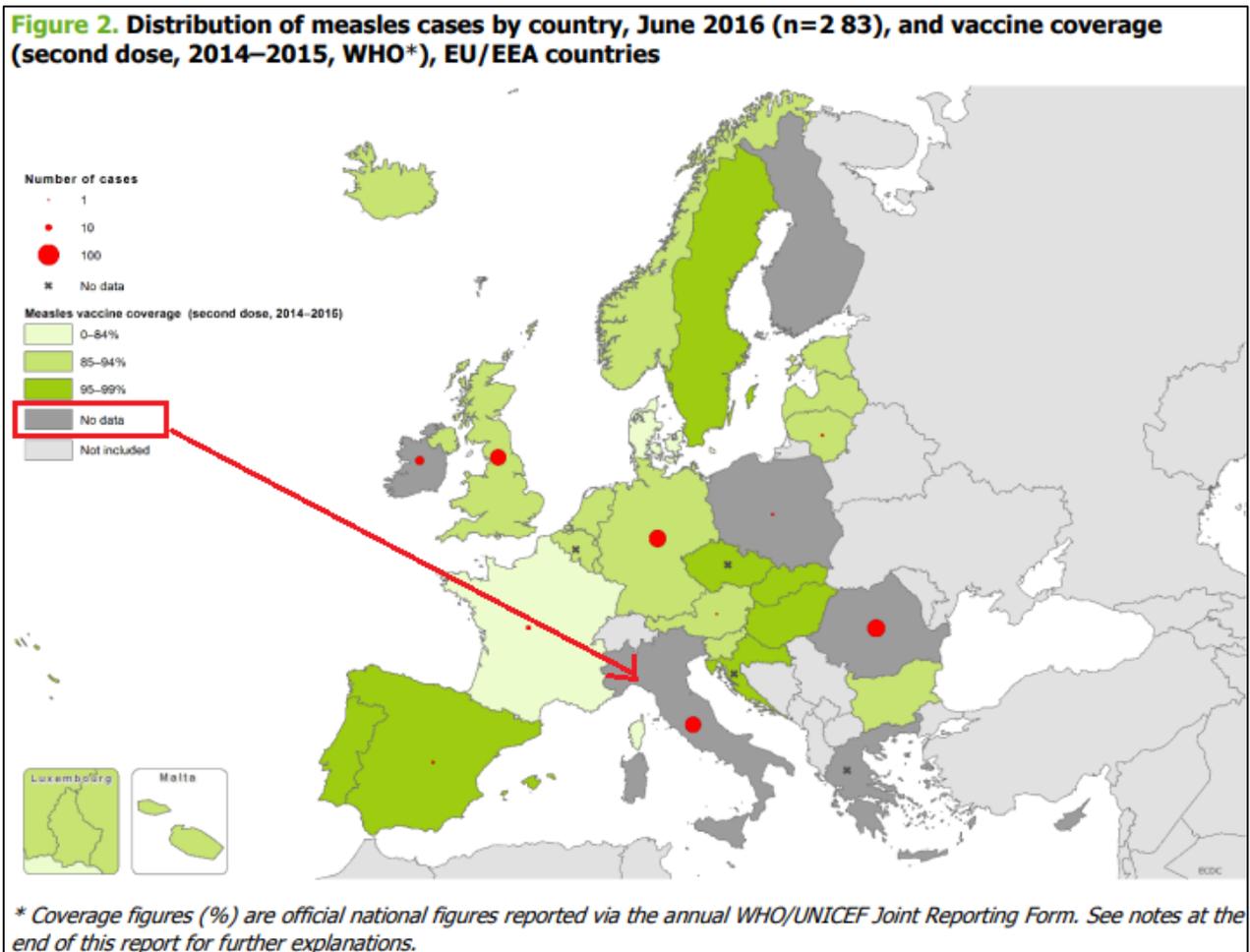
Con l'inganno di proteggere i bambini dal morbillo si sono obbligate 10 inoculazioni.

Nel 2019, la solita epidemia olandese del 2013-2014 venne ripresa da un altro punto di vista [L]. Nello studio si riscontra che i casi di morbillo si erano verificati (nella corte analizzata) in neonati vaccinati **prima dei 9 mesi di età**. La precoce vaccinazione aveva portato ad un rapido decremento della protezione a 4 anni. Lo studio riporta informazioni contrastanti e supponenti riguardo il fallimento vaccinale, oltre ad alcune ipotesi di danno immunologico, ma di sicuro **scagiona i poveri ortodossi**.

Basta poco per creare allarmismo nella popolazione, alludendo a una decina di morti rispetto a milioni di persone o peggio, affermando nel 2014, il decesso per morbillo di 200 bambini in Inghilterra, come fece l'ex ministro Lorenzin [2-V31], il cui diploma superiore non le consentiva (e non le consente tutt'ora) di avere le adeguate conoscenze per decretare.

Nei report dell'ECDC viene riportata, inoltre, la mappa dell'Europa con le indicazioni dei tassi di incidenza sovrapposte alle **coperture vaccinali**. Se si leggono tutti i report dell'ECDC (come il sottoscritto ha fatto), **nel nostro paese non era possibile valutare l'impatto della vaccinazione.**

Tutti i report, sino al 2016 [2-A14], presentano la seguente tipologia di dati:

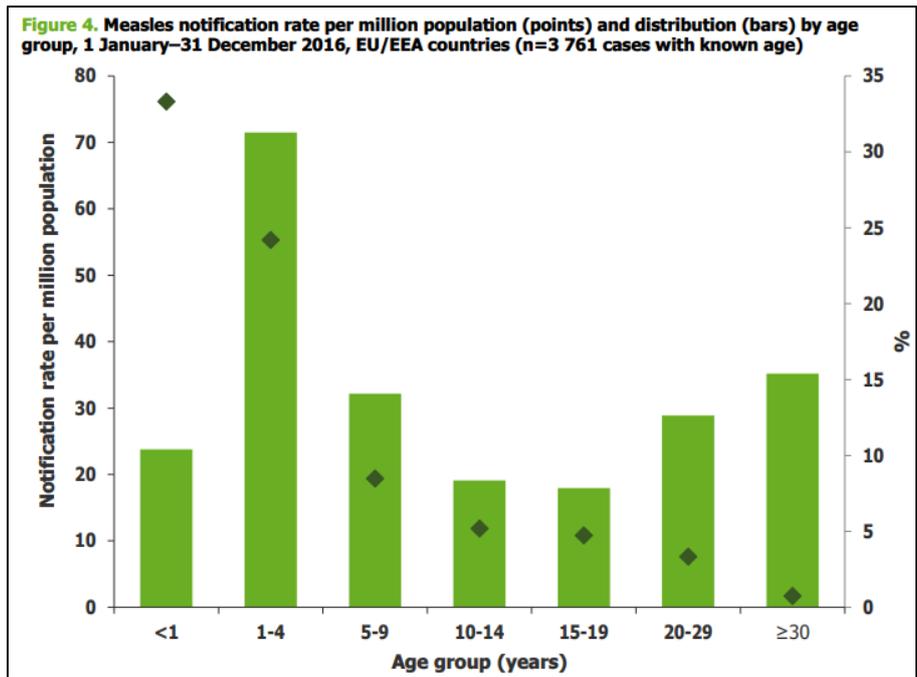


Mentre si dichiarava un **pericoloso calo** di copertura vaccinale, **non si conosceva l'esposizione vaccinale della popolazione e**, come vedremo, si inventavano tassi di incidenza degli eventi avversi, calcolati anche per gli anni successivi sul numero delle **dosi vendute e registrando eventi avversi anni dopo la loro comparsa a causa dell'abrogazione del titolo IX del dglis 219/2006.**

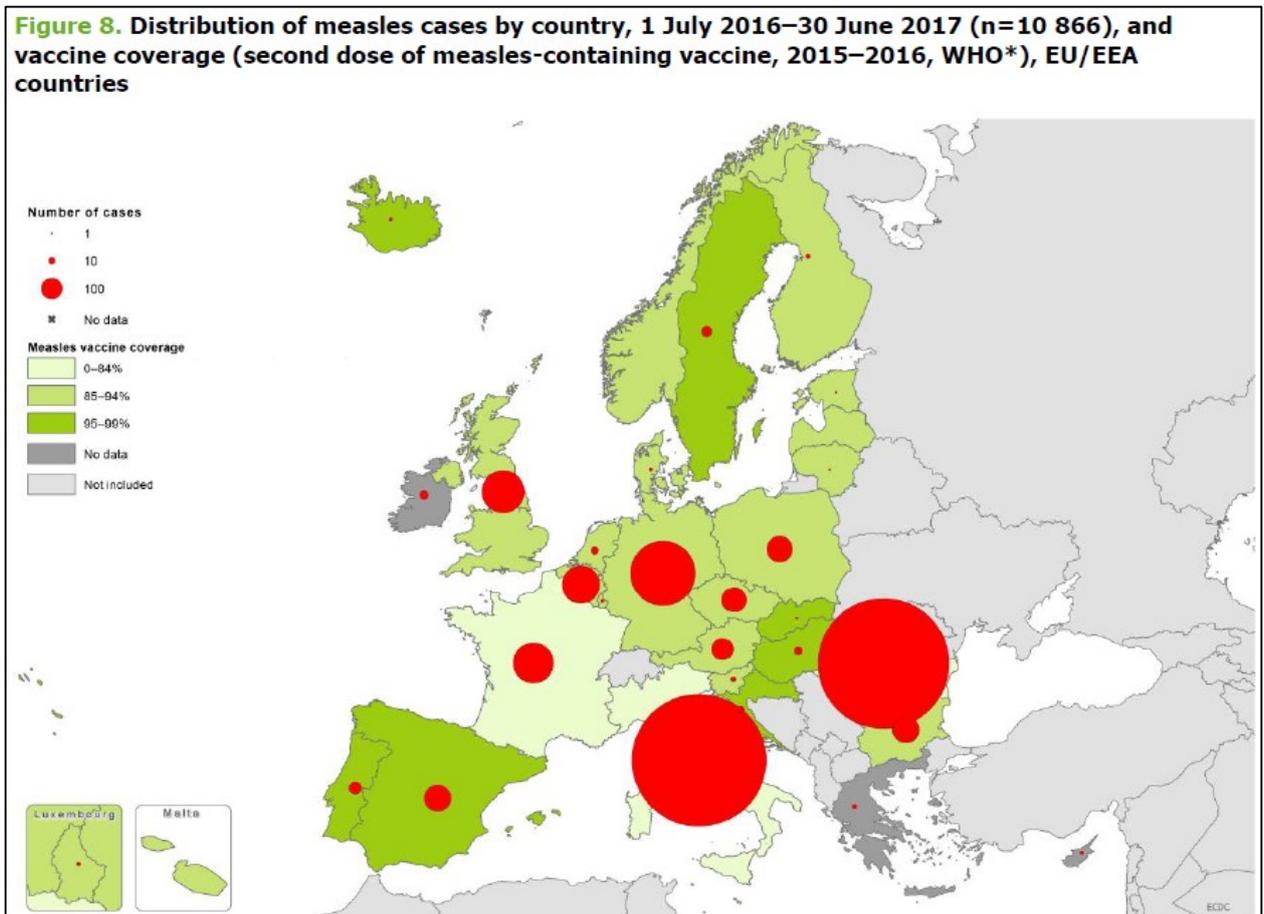
Pochi mesi dopo il report precedente, nel gennaio del 2017 [\[2-A15\]](#), apparve il primo report dell'ECDC contenete la presunta copertura vaccinale dell'Italia per l'anno 2016.

Inoltre nel 2016, secondo il report dell'ECDC **era esclusa una epidemia nella fascia <1 anno.**

2. ITALIA – PARCO GIOCHI PER SPERIMENTAZIONI MEDICHE, TECNOLOGICHE ECONOMICHE E SOCIALI



Nell'ottobre del 2017 poi, **magicamente** appare l'unico e solo report biennale (*Bi-annual measles and rubella monitoring report*) indicante l'esatta e preoccupante copertura vaccinale dell'Italia ed un bel pallone rosso [2-A16].



Anche il tasso di incidenza per fascia cambiò radicalmente, evidenziando come fascia più colpita quella <1 anno. **L'analisi della erroneità dei dati sarà condotta nel paragrafo successivo.**

Non essendoci dati omogenei, le **percentuali furono mediate sulla base delle relazioni di alcune regioni (di numero ignoto)** dotate di un minimo di anagrafe vaccinale, come espresso nel rapporto sorveglianza vaccini 2017 [\[2-A17\]](#).

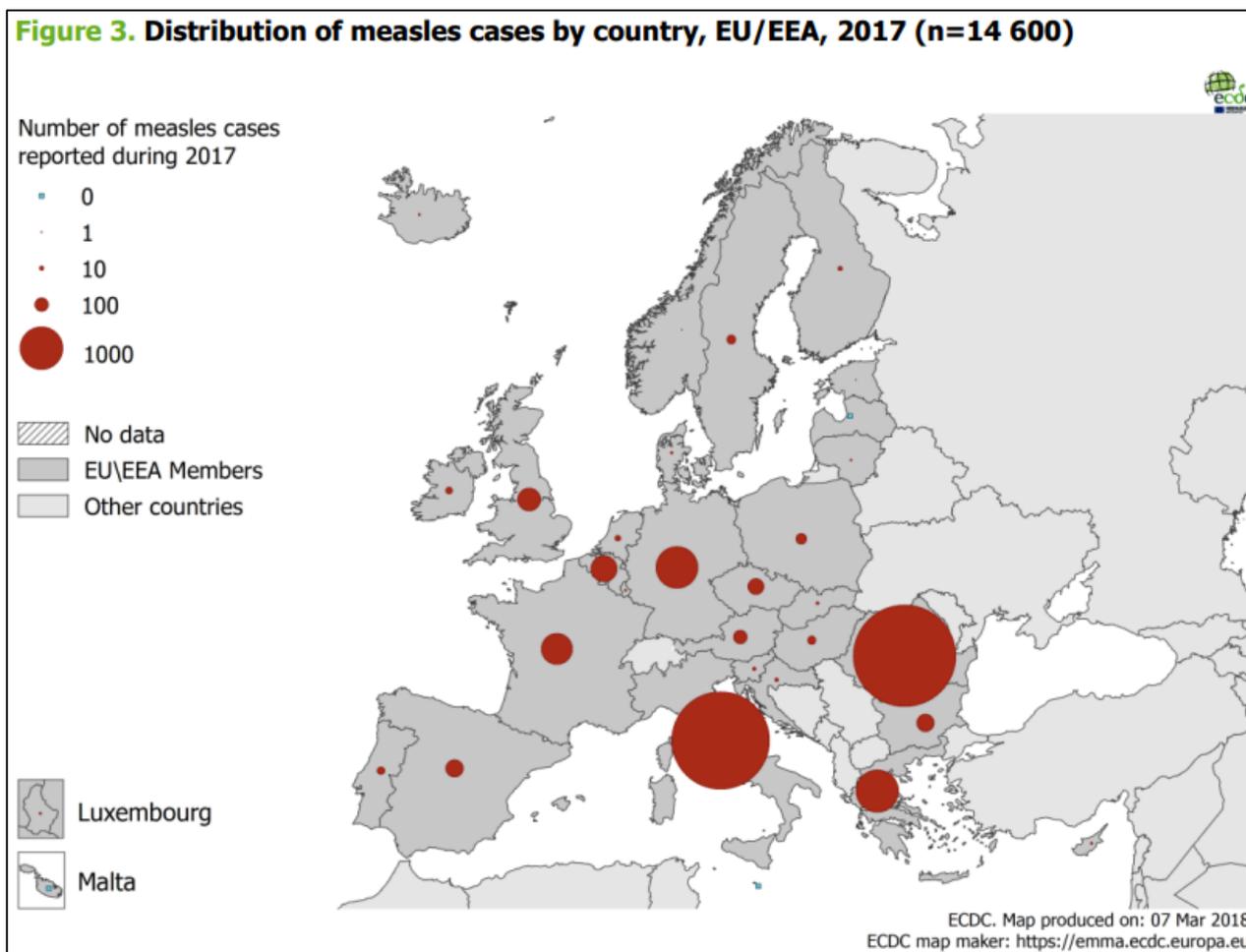
Inoltre, in accordo con il Ministero della Salute e con i Dipartimenti della Prevenzione delle Regioni, le Regioni con anagrafe vaccinale hanno fornito ad AIFA i dati di utilizzo dei vaccini per il calcolo del tasso di segnalazione per dosi somministrate che fornisce informazioni sulla frequenza delle reazioni avverse nel contesto reale. Le Regioni che hanno fornito il dato di utilizzo corrispondono a quelle da cui proviene il maggior numero di segnalazioni insorte nel 2017, per cui il dato ottenuto è ragionevolmente estrapolabile alla popolazione italiana per l'anno in esame. Anche il tasso di segnalazione per dosi

Tale grave mancanza è dichiarata nel rapporto di sorveglianza post-marketing 2014-1015 [\[2-A18\]](#) (ma redatto nel 2017), in cui AIFA era addirittura irritata dallo scempio con cui si conduceva la farmacovigilanza e la registrazione delle coperture vaccinali.

somministrazione di morbillo, parotite, rosolia e varicella. In tabella 18 sono riportati il numero totale di segnalazioni per ciascun vaccino, la percentuale delle reazioni gravi e il tasso di segnalazione per 100.000 dosi vendute. In assenza di dati di esposizione, le segnalazioni vengono rapportate al numero di dosi vendute e vengono qui considerate complessivamente, indipendentemente dall'età, poiché in accordo con il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è previsto che vengano vaccinati anche i soggetti adulti non immuni e i lavoratori suscettibili. Anche per quanto riguarda la

2-R31 - ERA POSSIBILE DICHIARARE UN CALO DELLE COPERTURE VACCINALI SENZA AVERE IL DATO DELL'ESPOSIZIONE?

Dopo il report biennale cambia la filosofia espositiva ed i dati di copertura vaccinale non vengono più inseriti. Ad aprile 2018, ritorna il grafico seguente, in cui viene solo riportata la percentuale dei casi tra vaccinati e non vaccinati.



Dopo il decreto Lorenzin, tutti (cioè gli stessi attori di oggi) esultavano per il contrasto alla solita emergenza [\[L\]](#). Il dt. Ricciardi, Presidente dell’Istituto superiore di Sanità dal 2015, (anno della lettera dei 130 medici) aveva numerose collaborazioni con case farmaceutiche e “consulenze” per diversi prodotti, tra cui il vaccino anti meningococco della GSK, rientrante proprio tra i vaccini obbligatori proposti nella prima stesura del Decreto Lorenzin e proposto, come obbligatorietà, da **Ricciardi stesso**.

Decreto vaccini. Ricciardi (Iss): “L’introduzione dell’obbligo per 10 vaccinazioni risolverà l’emergenza”

05 luglio 2017

Puntualmente e per anni, ogni slogan decantato si è rivelato sempre infondato, come da ultimo ricordiamo la famosa **immunità di gregge** contro un coronavirus [\[L\]](#) [\[2-A18a\]](#).

NOTA

Nel 2021, il dott. Ricciardi pronunciava gli stessi proclami mentre in inghilterra circolava già la VOC alpha che eludeva la profilassi [\[L\]](#) a causa di mutazioni sulla

proteina S, su cui erano strutturati i vaccini mRNA (S Gene Target Failure), tanto che si preparava da subito il regolamento delegato 756/2021 (21 marzo 2021) per la modifica del regolamento (CE) n. 1234/2008 in modo da consentire al Titolare la variazione dell'RNA.

Le evidenze sulla elusione della profilassi era evidente già nei primi del 2021 [L](#) **ma i nostri pastori, aizzati dal lupo, mandavano a morte il loro gregge.**

Covid e immunità di gregge, la raggiungeremo solo a fine 2021

Occorreranno mesi per raggiungere l'[immunità di gregge](#). Se tutto procede nei tempi e le persone aderiranno alla campagna vaccinale, “possiamo pensare che questo accadrà per fine anno prossimo”. Sono le parole di Walter Ricciardi, consigliere del ministero della Salute e docente di Igiene all'università Cattolica di Roma, all'Adnkronos Salute.

16 Dicembre 2020 09:59

Contemporaneamente alle evidenze, il ministero della salute iniziava ad emanare numerose circolari, tra cui la prima, n. 644 dell'08/01/2021 “*Indicazioni operative relative al rischio di diffusione di nuove varianti SARS-CoV2 in Unione europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE): misure di prevenzione per i viaggiatori e sorveglianza di laboratorio*”. Tutte le circolari obbligavano il sequenziamento completo del virus soprattutto nei soggetti vaccinati in modo da verificare l'elusione della profilassi. **Ancora oggi questi dati non sono disponibili e mentre si verificava l'inutilità della profilassi contro il covid, dichiarata dal richiedente ed avallata dai comitati all'atto dell'approvazione, si preparavano le “primule” per le inoculazioni per strada.**

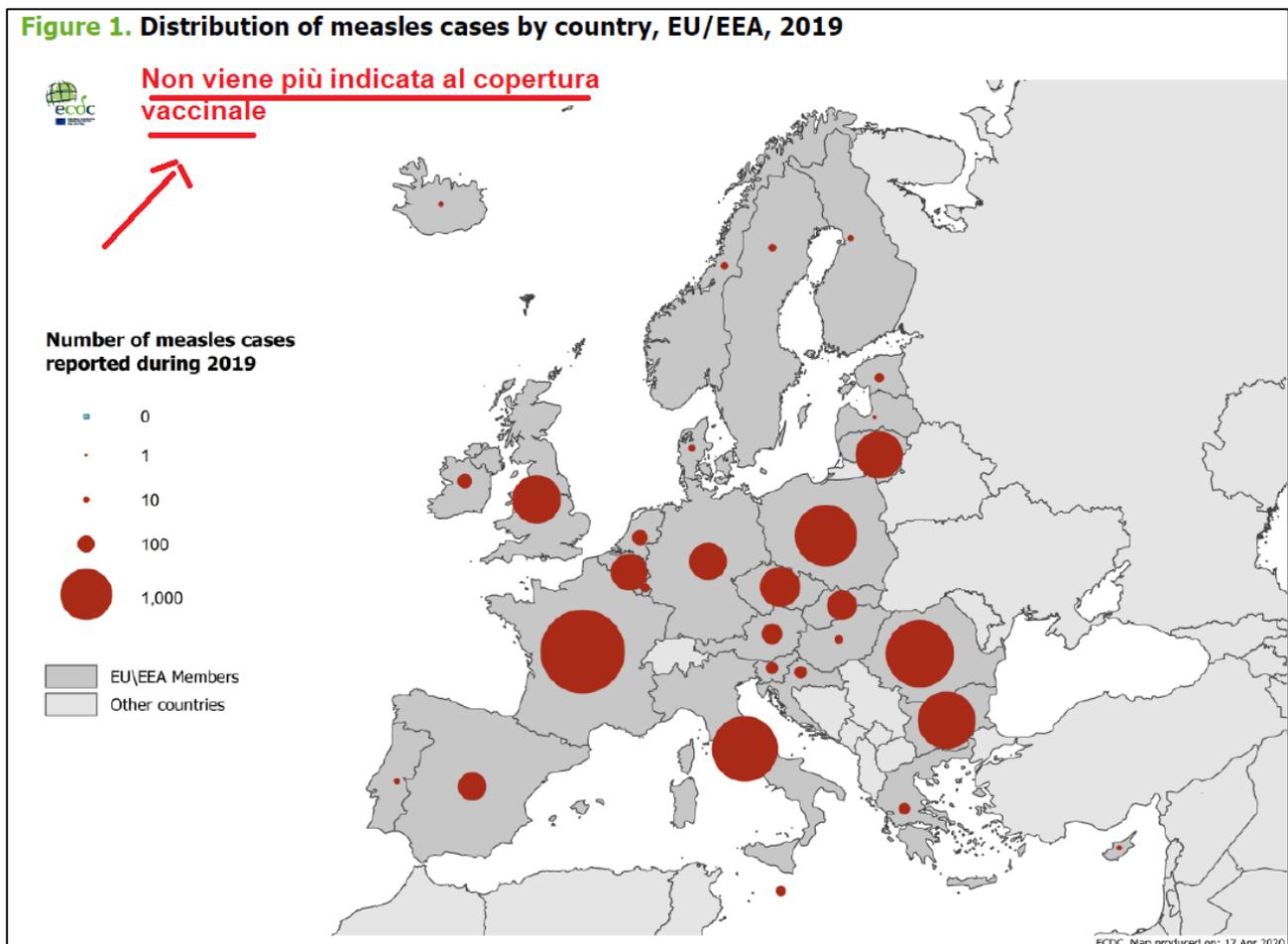
A fine 2018, dopo circa due anni, con la circolare 0033189-12/11/2018-DGPRES-DGPRES-P [\[2-A19\]](#), il Ministero della Salute, facendo ancora riferimento all'anno 2017, emanava le linee guida per l' *Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia*’, cercando di strutturare il flusso informativo:

In Italia, dal 2013 esiste un sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia (Circolare del Ministero della Salute del 20/02/2013: Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e per la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015) che ha permesso di rafforzare la sorveglianza di queste malattie.

A distanza di 5 anni dalla sua introduzione, è stato ritenuto opportuno un aggiornamento del sistema di sorveglianza, per rispondere alle criticità individuate, in particolare nell'anno epidemico 2017, e per renderlo più idoneo al raggiungimento degli obiettivi.

Nel 2018, il Ministero della Salute avrebbe dovuto riconsiderare la propaganda di terrore effettuata, come descritto nel report dell'ECDC [\[2-A20\]](#).

Ed ancora, nel 2019 la situazione epidemiologica fu quella sotto esposta e contenuta nell' "Annual Epidemiological Report for 2019" [\[2-A21\]](#).



Come si evince, dopo terrorismo mediatico, imposizioni, obblighi .. **la situazione peggiora:**

- Nel 2019 vengono segnalati **13.200** casi di morbillo in 30 Paesi della zona UE/EEA, di cui **10.561** confermati in laboratorio, 10% possibili, 10% probabili. Consideriamo dunque circa **13.130** casi

- Le fasce più colpite sono quelle <1 anno (tasso 273) e quella seguente 1-4 anni (tasso 100), dunque popolazione soggetta a tutti gli **obblighi ed imposizioni**.
- Dei 13.130 casi, nel 2019, **non si conosce lo stato vaccinale del 27%**, quindi **3.545 casi vengono ignorati**. **Che senso ha dal punto di vista epidemiologico-decisionale?**
- Dei **9.587** casi con stato vaccinale noto, addirittura il 71% (**6768**) risulta non vaccinato
- Dunque, dei **2819** casi rimasti e vaccinati si ha la suddivisione:
 - 1.710 (18%) – una dose
 - **951 (10%) – due o più dosi → fallimento vaccinale acclarato**
 - 158 (2%) – dosi varie
- Nel report **non viene più indicata graficamente la copertura vaccinale** ma si danno delle informazioni frammentate all'interno.

2-R32 - Trascurando il **30%** dei dati non inclusi nell'analisi perchè mancanti di informazione, nonostante le continue direttive europee contenenti linee guide e raccomandazioni precise, si può affermare che la prima dose non risulti molto efficace?

2-R33 - Il 10% dei casi risultano essere casi di **fallimento vaccinale**, considerato evento avverso grave [\[L\]](#). Chiedo cortesemente l'estrazione dei casi di mancata efficacia nel nostro Paese e trasmessi all'ECDC per l'anno in questione.

2-R34 - Chiedo, anche per il report 2019, l'estrazione dei dati grezzi delle segnalazioni nel periodo 1 gennaio 2019 – 27 febbraio 2020 dal registro dell'anagrafe vaccinale nazionale (ANV), recante la distribuzione in fasce di età con il **corrispettivo stato vaccinale** di ogni individuo, in base al Decreto del 17 settembre 2018 (G.U s.g. n.257 del 05 novembre 2018), nonché le indagini di laboratorio dei **1.427** casi riportati all'ECDC, in base ai criteri definiti dalla circolare 0033189-12/11/2018-DGPRES-DGPRES-P [\[L\]](#) [\[2-A22\]](#) ed eseguiti dai 14 laboratori regionali di riferimento elencati nella stessa circolare.

Questa breve sunto sulla bontà dell'epidemiologia legata alla diffusione del morbillo per evidenziare che, l'introduzione di misure sanitarie importanti necessitano di anni di intontimento, imbonimento, censura e terrore, sfruttando la credulità popolare.

Dopo la verifica della facile manipolazione di dati di difficile verifica, nei paragrafi successivi si analizzerà il percorso decisionale degli obblighi terapeutici, verificando lo slogan ventennale **"della tutela della salute collettiva"**, **sfociata oggi in strage**.

2.2 L'IMMIGRAZIONE

Anche il tema del **Replacement Migration** è stato sempre un obiettivo degli scellerati padroni (che davano ordini europei a Speranza). Citiamo solo la legge LEGGE 11 agosto 2014, n. 125 sulla *disciplina “generale” sulla cooperazione internazionale per lo sviluppo* [L], che favoriva il rapporto speculativo con le ONG, oggi sfuggito di mano. L'impegno ed i soliti piani di aiuti mai realizzati sono descritti nel bellettino mensile de LA COOPERAZIONE ITALIANA INFORMA del 2015 [L] [2-A99].

Mentre il Comitato di Bioetica nel 2015 era sgomento per l'alto numero di casi di morbillo ed avallava le direttive esposte, l'anno dopo citava la NOSTRA COSTITUZIONE ed il rispetto delle persone umane nell'affrontare il problema della **Sorveglianza sindromica nella popolazione immigrata** [L] [2-A55].

dell'individuo, oltre che come interesse della collettività. La solidarietà viene quindi declinata in entrambe le direzioni: come solidarietà verso le persone bisognose di cure, ma anche come solidarietà di ciascuno verso le esigenze della salute pubblica. Infatti, al secondo comma dell'art. 32 Cost. è riconosciuta la possibilità della previsione legale di trattamenti sanitari obbligatori, come ad esempio le vaccinazioni, rivolti anche alla tutela della salute collettiva e sempre che tali obblighi siano rispettosi delle persone umane coinvolte.

Non parliamo del dramma attuale, fuori controllo e costituente una bomba sociale pronta ad esplodere, ma dei flussi migratori negli anni 2011-2017, mentre si decidevano i nostri obblighi.

Durante la crisi del Mediterraneo nel 2011, anni in cui già si incolpava il **cambiamento climatico** per i casi di colera [L], l'ISS rassicurava sulle ottime coperture vaccinali della popolazione immigrata, paragonabili alle nostre, riportando addirittura coperture superiori al 95% [L] [2-A56], **ma con l'asterisco**.

Paese	Popolazione (milioni)	Coperture vaccinali ad un anno di vita					Donne in gravidanza
		BCG	DTP3	Morbillo (MCV)	Pol3	HBV3	Tetano [#]
Libia	6,5 (2010) [§]	99%*	98%*	98%*	98%*	98%*	76%**
Egitto	76,8 (2009)	98%*	97%*	95%*	97%*	97%*	77%**
Tunisia	10,4 (2009)	98%*	99%*	98%*	99%*	99%*	20%**

* Stime ufficiali 2009; ** Stime ufficiali riportate da WHO EMRO per il 2008; § Concentrata nelle zone di Tripoli e Bengazi; # Donne in gravidanza vaccinate con almeno due dosi di tosseide tetanico. MCV Measles Containing Vaccine

Nel 2015 l'OMS pubblicava uno dei tanti rapporti strampalati, con calcoli statistici e proiezioni basate sulla completa assenza di dati [\[L\] \[2-A57\]](#).

2-R35 - riguardo la **sorveglianza sindromica nella popolazione immigrata chiedo prova documentale del rispetto delle direttive emanate dal Ministero della Salute [\[L\] \[2-A58\]](#), derivanti in ultima analisi dal rispetto del Regolamento Sanitario Internazionale 2005 [\[2-A59\]](#) (ancora valido) e richiamato nella Circolare del Ministero della Salute n. 8795 del 21/03/2024 [\[L\]](#), in riferimento alla nuova sorveglianza per la Dengue (di cui si è approvato il vaccino nel 2022).**

In riferimento al morbillo, mentre nel 2015 nel nostro paese si terrorizzavano i cittadini per indurli a vaccinare i figli, dei pericolosi focolai nei centri di accoglienza non interessava a nessuno. Nelle conclusioni del rapporto finale SPEIM per il periodo 01/03/2015 – 31/08/2015 si legge [\[L\] \[2-A60\]](#):

4. Conclusioni

La realizzazione di un sistema di sorveglianza sindromica durante l'emergenza immigrazione in Sicilia ha permesso di ottenere dati epidemiologici in tempo reale su una popolazione particolarmente vulnerabile e gestita secondo modalità territorialmente e istituzionalmente complesse.

In conclusione, possiamo affermare che la sorveglianza sindromica ha dimostrato una buona partecipazione dei Centri per Immigrati che hanno aderito alla sorveglianza confermandosi un valido strumento per la rilevazione precoce di eventi rilevanti in Sanità Pubblica.

Il modello di analisi statistica ha generato in totale 48 allerte, tutte rientrate il giorno successivo, tranne che per le Infestazioni dovuti essenzialmente a casi di scabbia e per la Malattia febbrile con rash cutaneo probabilmente dovuti a casi di morbillo e/o varicella.

In definitiva, ci si complimentava per la buona adesione dei centri di accoglienza nei quali si erano analizzati in 6 mesi circa 5.000 soggetti in un continuo via vai giornaliero, rilevando migliaia di casi di infestazione, stati febbrili con rash cutanei, tubercolosi, scabbia e **FORSE morbillo e/o varicella.**

Il pessimo stato di salute generale della popolazione migrante (e mancanza di profilassi per qualunque malattia) era evidenziato in quegli anni anche negli atti del 47° congresso nazionale della **Siti** e riassunti nella seguente presentazione [\[2-A60a\]](#) . Il solito studio retrospettivo, dopo il transito di migliaia di persone in pessime condizioni di salute, analizzava solo **726** individui su un totale di circa 7.500 immigrati nel periodo di un solo anno (gennaio 2012 – maggio 2013).

Tra le regioni dotate di un osservatorio degli attesi ed incentivati flussi migratori, citiamo la Regione Lombardia [\[L\] \[2-A97\]](#) che, nel 2014, **imputava più della metà dei casi di tubercolosi negli stranieri provenienti da zone endemiche.**

Come illustrato in figura 8, nel 2012 la diagnosi di tubercolosi in soggetti stranieri ha rappresentato il 58,6% dei casi. I bambini sotto i 10 anni che si sono ammalati sono prevalentemente italiani mentre i minori sopra i 10 anni e i giovani adulti sono soprattutto stranieri provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare.

2-R36 - Questo accadeva nel 2015. Oggi, con centinaia di migliaia di immigrati irregolari, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, in qualità di Centro Nazionale (Focal Point) del Regolamento sanitario internazionale adottato da parte della 58ª Assemblea mondiale della sanità ed entrato in vigore il 15 giugno, ha almeno idea dell'entità dell'emergenza sanitaria nel nostro paese [\[L\]](#)?

Anche il Replacement Migration era un piano in essere, giustificato dall'invecchiamento della popolazione e dal bisogno di forza lavoro (dove il lavoro manca) e di "seme" fresco per ripopolare l'imminente fluida e deviata generazione [\[L\] \[2-V31a\] \[2-V31b\]](#).

2-R37 - Questo è quanto accade oggi a Lampedusa [\[2-V33\] \[2-V34\] \[2-V35\] \[2-V36\] \[2-V36a\]](#), con gli ultimi sbarchi. In mezzo a questa **bolgia dantesca**, sono state attuate tutte le misure richieste dal regolamento sanitario internazionale?

MENTRE IN SICILIA (E NEL RESTO DEL PAESE) L'IMMIGRAZIONE IRREGOLARE È INCONTROLLATA [\[2-V36b\] \[2-V36c\]](#), DOVENDO APOGGIARE I FUTURI PIANI INOCULATORI E NON POTENDO PIÙ AGIRE SUL COVID, A PALERMO SI VIETA L'INGRESSO A SCUOLA NELLA FASCIA 0-16 ANNI, RIPRENDEDO LA STRENUA LOTTA AL MORTALE MORBILLO [\[2-A94\]](#) ED ADDUCENDO UN PRESUNTO AUMENTO DEI CASI, ALLA FINE DEL 2023, IN BASE ALLE SEGNALAZIONI DELL'ECDC. L'ULTIMO REPORT DELL'ECDC PARLA DI UN "ALLARMANTE" NUMERO DI CASI, PER TUTTO IL 2023, PARI A 43, DI CUI LA META' IMPORTATI [\[L\] \[2-A95\]](#) E CON UNA ETA' MEDIA DI 35 ANNI, DUNQUE BEN LONTANI DALL'Età SCOLARE.

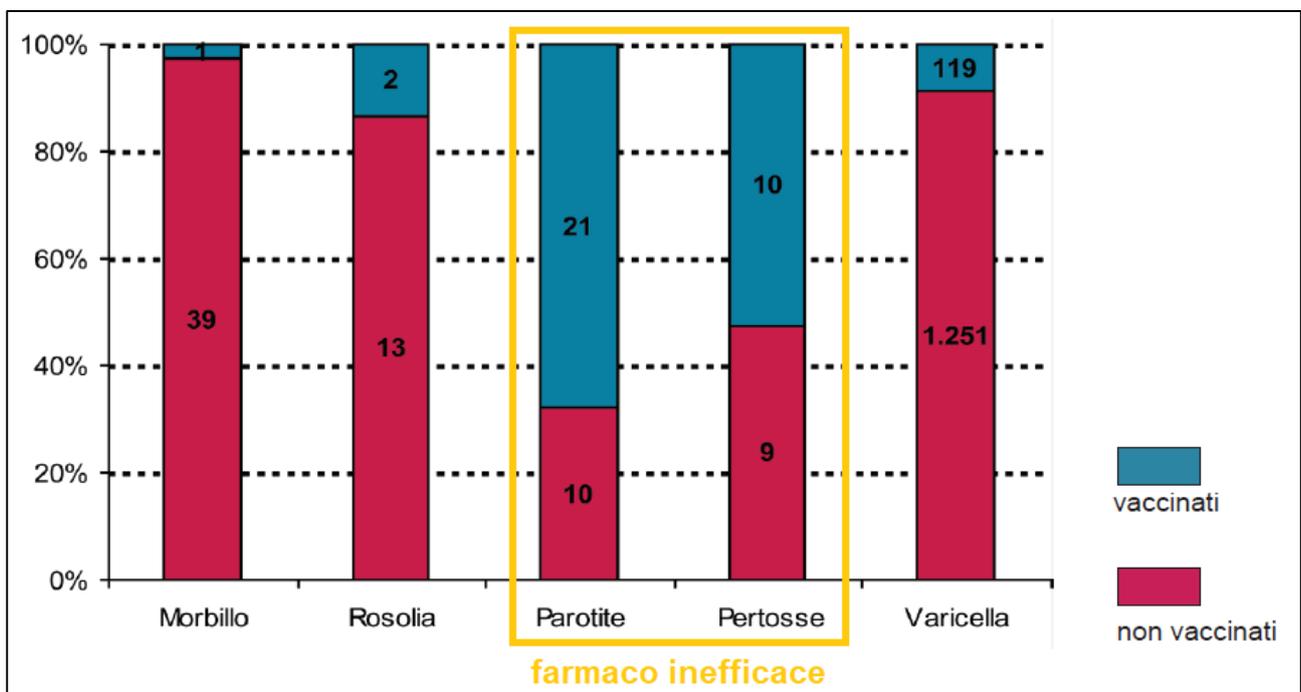
Italy: reported 43 cases in 2023, most of which – 32 cases were reported between September and December 2023, according to the national report published on 8 February 2024. Of the total cases, 42% were imported cases, 93% were unvaccinated individuals, and 26% of the measles cases developed complications. In 2024, 27 cases (median age 35 years) have been reported from seven regions in Italy, over a half of which were from three regions Lombardy, Tuscany and Lazio. Nine of 27 cases (27%) were imported cases.

2-R38 - Per il periodo compreso tra il 01/09/2022 al 28/02/2024, chiedo cortesemente al Ministero della Salute l'estrazione dei casi di morbillo, prontamente segnalati entro le 12 ore secondo normativa e confluiti all'interno del registro PREMAL, comprensivi dello stato vaccinale ed epurati secondo normativa sulla privacy, nonché la documentazione comprovante il successivo invio all'ECDC tramite piattaforma Tessy.

2-R39 - Chiedo cortesemente al Ministero della Salute, le motivazioni dell'assenza di segnalazioni da parte dell'Italia, nella nuova dash-board elaborata dall'ECDC [\[L\]](#).

Come accadeva per l'Olanda nel 2015, non sembrano destare preoccupazione i **4.679** casi registri in Romania.

Tutti i rapporti regionali di monitoraggio delle malattie trasmissibili confermano una maggiore diffusione tra gli stranieri, come nel report della regione Toscana (figura sotto) relativo al 2012 [\[2-A61\]](#). Così come in ogni rapporto è confermata una quota di elusione vaccinale che, per alcune malattie, dovrebbe portare alla **revoca dell'AIC** a causa della scarsa efficacia. Tuttavia, essendo ormai assenti medicinali monovalenti, questo non è attuabile.



2-R40 - Chiedo cortesemente l'analisi dei dati del registro *Sorveglianza Sindromica e Profilassi Immunitaria* nelle strutture di accoglienza degli immigrati della regione Puglia, in base alla Circolare del Ministero della Salute n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011 [\[L\]](#) e del DGR 2 aprile 2014 n. 565 [\[L\]](#) (C.46 DPCM e marzo 2017) e della circolare 0012942-09/05/2014-DGPRES-COD_UO-P "Aggiornamento delle raccomandazioni di

immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall’Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia” [\[L\]](#), relativi ad almeno gli ultimi 3 anni.

Negli ultimi anni della sua vita, forse per cercare di evitare il girone dell’inferno più profondo, Henry Kissinger [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[2-V72\]](#) [\[2-V74\]](#) confessò: “È stato un grave errore far entrare così tante persone con culture, religioni e opinioni completamente diverse” [\[2-V71\]](#).

2.3 GLI OBBLIGHI TERAPEUTICI NEL NOSTRO PAESE

Da decenni, ogni ambito della nostra vita è stato indirizzato da piani e progetti demenziali di facoltosi soggetti stranieri [\[L\]](#), condizionanti le scelte politiche di ogni stato membro. Tali visioni necessitano di molto tempo per concretizzarsi e pervadere il modo di vita di interi popoli. Potremmo far risalire la **tecnocrazia**, ovvero il controllo della popolazione con la tecnologia [\[2-V37\]](#) (in ogni ambito, come quello genetico) alla imbarazzante Trilaterale degli anni '70 (ormai se ne trovano poche tracce [\[2-V38\]](#) [\[2-V77\]](#)). Organizzazione fondata il 23 giugno 1973 per iniziativa di **David Rockefeller**, presidente della **Chase Manhattan Bank**, e di altri dirigenti e notabili, tra cui Henry Kissinger e Zbigniew Brzezinski. Organizzazione ancora attiva ed annoverante nomi illustri del nostro imbarazzante panorama politico [\[L\]](#).

Un controllo occultato alla popolazione dalla corrotta informazione ma deciso (ed accettato da tutti gli stati membri) in ogni incontro dei soliti psicopatici [\[2-V39\]](#) [\[2-V39a\]](#). Nel 2013 andava in onda questo servizio sulla rete televisiva La7, citato solo per meglio **contestualizzare** gli obblighi sanitari nel nostro paese [\[2-V81\]](#). All’interno della “tecnocrazia” si inserisce anche il controllo dell’essere umano, iniziato in maniera rozza e brutale con la sterilizzazione forzata ancor prima delle grandi guerre [\[L\]](#), per poi passare all’obiettivo del controllo del genoma per la tutela della razza [\[L\]](#), arrivando oggi ad avere nella società un po’ tutti gli aspetti che credevamo superati: **controllo forzoso attraverso la somministrazione sotto ricatto**.

In molti hanno provato ad avvertire, come ad esempio lo scomparso magistrato Paolo Ferraro [\[2-V39b\]](#), il magistrato Ferdinando Imposimato [\[2-V39c\]](#), il magistrato Carlo Palermo [\[2-V39d\]](#) o il magistrato Roberto Scarpinato [\[2-V88\]](#).

L’introduzione di nuove tecnologie, la modifica della normativa, la stesura della propaganda ed il tempo necessario per la sua assimilazione, sono progetti capillari, complessi e multidisciplinari. Per estorcere oggi l’accesso alla prigione dell’identità digitale [\[2-V61\]](#), occorrevano anni di propaganda ed infinite risorse per condizionare generazioni ad

accendere prestiti per l'acquisto dell'ultimo modello di smartphone, senza il quale si vedono oggi negati diritti primari, nonostante **nessuna legge ne imponga il possesso** [\[L\]](#).

PREFETTURA - UFFICIO TERRITORIALE DEL GOVERNO DI TERNI

È fondamentale sapere che all'arrivo del messaggio occorrerà necessariamente leggerlo e cliccarci sopra. Nel caso in cui tale azione non venga svolta il **dispositivo rimarrà bloccato non potendo ricevere/effettuare chiamate od eseguire altre operazioni**.

Inoltre, è vivamente raccomandato collegarsi al sito [web it-alert.it](http://web.it-alert.it) presente nel messaggio, per compilare un questionario che consentirà il perfezionamento del sistema in futuro.

Ormai al cittadino viene negata l'erogazione di un servizio in mancanza di un appuntamento prenotato esclusivamente tramite SPID o CIE o altre illegali richieste, soprattutto a persone anziane le quali sono obbligate e a chiedere aiuto ad estranei in mancanza di parenti.

Ricordo al Ministero della Salute il **Regolamento Ufficio Relazioni Con Il Pubblico** [\[2-A86\]](#), nonché la Legge 7 agosto 1990, n. 241 [\[L\]](#), la Legge 7 giugno 2000, n. 150 [\[L\]](#) e art 328 codice PENALE [\[L\]](#).

Una volta che la maggioranza della popolazione cede un pezzo di libertà, lo stato **usucapisce** quella della restante parte. Con le ormai lacere bandiere inneggianti libertà, equità, inclusione e lotta alla povertà, mostrando visi gioiosi di popolazioni svantaggiate, [\[L\]](#) [\[L\]](#), i soliti devianti che danneggiano il mondo con veleni, continuano il piano di controllo su tutti i fronti [\[L\]](#), **partendo sempre dall'amata Africa** [\[L\]](#).

50in5

HOME
STAY UP TO DATE
CONTACT US
50-in-5 © 2023

PARTNERS:

BILL & MELINDA GATES foundation

Centre for Digital Public Infrastructure

CO-DEVELOP

Digital Public Goods Alliance

UNDP

Con l'approvazione fraudolenta e sanguinosa della piattaforma modRNA [\[2-V390\]](#), parte oggi la **terza era** nel campo medico.

La seconda era, quella che ha visto gli obblighi passati di profilassi utilizzante DNA ricombinante, adiuvanti e varie combinazioni, vede gli albori nel Direttiva del Consiglio del 22 dicembre 1986, "per il ravvicinamento delle disposizioni nazionali concernenti l'immissione in commercio dei medicinali di alta tecnologia, in particolare di quelli derivati dalla biotecnologia", tecnologie che avevano bisogno di nuove regole per poter essere remunerative.

considerando nondimeno che dette procedure non sono sufficienti per assicurare ai medicinali di alta tecnologia quel vasto mercato comunitario loro necessario ;

Nell' '86 partiva il solito **mercimonio** della nostra salute ma, non potendo ripercorrere tutti gli scandali sino ad oggi, citiamo brevemente il danno sociale causato dall'ex sottosegretario alla sanità De Lorenzo per il raddoppio dei prezzi dei farmaci, grazie a **15 mila miliardi di lire** elargiti a politici e medici dalle case farmaceutiche, tra gli anni dal 1986 al 1992. Lo stesso De Lorenzo, presidente dell'Associazione Nazionale Lotta all'AIDS "ANLAIDS, che veniva coinvolto nell'inchiesta per omicidio per la **morte di centinaia di persone ed il danneggiamento di migliaia**, a causa della commercializzazione di sangue infetto da **HIV ed Epatite C**, all'epoca tramite la **Immunocor inc**, oggi ancora florida azienda. **Accuse da cui è stato assolto nel 2019.**

Lo stesso De Lorenzo che nel 1991, assieme al direttore generale del servizio farmaceutico Duilio Poggiolini, intascava **tangenti per 600 milioni di lire** dalla Glaxo-SmithKline, per favorire l'introduzione obbligatoria della vaccinazione contro **l'epatite B**, una imposizione malvista anche dallo stesso **Dottor Sabin** (che però non sapeva delle tangenti).

Si deve riconoscere anche a De Lorenzo, o meglio ai danni arrecati alla salute della popolazione, l'emanazione della **legge 210/92**, dopo una dura lotta condotta da poche persone coraggiose [LJ](#).

Nonostante la condanna, e quindi la conferma dell'introduzione fraudolenta, la profilassi per l'epatite B rimase obbligatoria, perchè in attesa dell'imminente emanazione del regolamento (CEE) N. **2309/93**.

Nel 1993, con il Regolamento CEE **2309/93**, si stabilivano le procedure comunitarie per l'autorizzazione e la vigilanza dei medicinali per uso umano e veterinario per l'esigenza (delle case farmaceutiche) di istituire una procedura comunitaria centralizzata di autorizzazione per i **medicinali di tecnologia avanzata**, in particolare quelli derivati dalla **biotecnologia**. Veniva istituita la prima forma dell'organizzazione criminale chiamata Agenzia europea di valutazione dei medicinali, la quale **si arrogava** il diritto di legiferare in caso di disaccordo tra Stati membri in merito alla qualità, alla sicurezza o all'efficacia di un medicinale soggetto alla procedura di autorizzazione comunitaria decentrata, ed **il compito principale di fornire alle istituzioni comunitarie e agli Stati membri** una consulenza

scientifica al massimo livello, per **l'esercizio dei poteri loro conferiti dalla legislazione comunitaria**.

Dunque, sino ad oggi, nonostante lo scudo del parere dell'Agencia, **LA RESPONSABILITÀ DELLA SALUTE PUBBLICA RIMANE IN CAPO ALLE AUTORITÀ NAZIONALI**.

Il regolamento veniva dunque utilizzato per immettere nel mercato **nuove tecnologie e medicinale biotecnologici in genere, ma MAI si menzionava il sostantivo VACCINI**.

considerando che la direttiva 87/22/CEE del Consiglio, del 22 dicembre 1986, per il ravvicinamento delle disposizioni nazionali concernenti l'immissione in commercio dei medicinali di alta tecnologia, in particolare di quelli derivati dalla biotecnologia (4), ha istituito un meccanismo comunitario di concertazione preliminare a tutte le decisioni nazionali relative ai medicinali di alta tecnologia, in modo da pervenire a decisioni uniformi in tutta la Comunità; che occorre proseguire per questa strada, in particolare allo scopo di assicurare il buon funzionamento del mercato interno nel settore farmaceutico;

Nuove tecnologie che dovevano essere indagate attentamente, **con sistemi di farmacovigilanza efficienti a causa dello sconosciuto impatto**, mentre in Italia l'anagrafe nazionale vaccini veniva istituita nel 2018.

considerando altresì che occorre prevedere un sistema di vigilanza dei medicinali autorizzati dalla Comunità, in particolare per un controllo intensivo degli effetti collaterali negativi di tali specialità mediante iniziative comunitarie di farmacovigilanza che garantiscano un rapido ritiro dal mercato di un medicinale che presenti un livello inaccettabile di rischio in normali condizioni d'uso;

Si lasciava comunque ai singoli stati la **valutazione MORALE** dell'introduzione di qualunque prodotto. Molti personaggi, consapevoli ed a conoscenza della normativa emanata, iniziavano ad avvertire il mondo. DAVID ICKE, nel 1996, descriveva nei dettagli quanto accade oggi, dopo le fasi preparatorie ventennali [\[2-V133\]](#).

considerando che nell'interesse della sanità pubblica le decisioni di autorizzazione di tali medicinali devono basarsi su oggettivi criteri scientifici di qualità, sicurezza ed efficacia del medicinale in questione, prescindendo da considerazioni economiche o di altro genere; che tuttavia a titolo eccezionale gli Stati membri dovrebbero avere la facoltà di vietare l'uso sul loro territorio di medicinali per uso umano contrari a principi di ordine pubblico o di pubblica moralità oggettivamente definiti; che inoltre un medicinale veterinario non può essere autorizzato dalla Comunità qualora contravvenga alle disposizioni

Così, il nostro Stato, avviando la menzoniera scusa della protezione della salute collettiva e stipulando accordi sui prezzi per tali medicinali (**non vaccini** ai sensi l'art. 1, comma 41, della legge n. 662 del 23 dicembre 1996), acconsentiva alla sperimentazione di massa di

tale biotecnologia sui nostri bambini, immettendo sul mercato italiano, ad esempio, **l'Infanrix Hexa**, approvato nel 2000 ai sensi del Regolamento (CEE) N. **2309/93** e **chiamato illegalmente "vaccino"** nonostante la **modificata della stessa definizione di vaccino da parte di varie autorità sanitarie**, per consentire la somministrazione di tali prodotti senza la minima cognizione del loro impatto. Medicinale sperimentato essenzialmente in Italia e testimoniato dagli stessi studi pubblicati e descrittivi l'andamento della sperimentazione post marketing [\[L\]](#), di cui si chederà evidenza nel capitolo 8.

Concentrando la discussione sui medicinali inoculati a mia figlia, stessa procedura era adottata per l'introduzione del **Prevenar** della allora **Wyeth Lederle Vaccines SA** ossia l'odierna **Pfizer** [\[L\]](#), la casa farmaceutica avente il primato di condanne di indennizzo.

Non erano vaccini, tanto che, **dopo 15 anni di sperimentazione obbligata**, nell'"*INDAGINE CONOSCITIVA RELATIVA AI VACCINI PER USO UMANO (ICE 50)*" avviata dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) **nel 2015** [\[L\]](#) [\[2-A69\]](#), si dichiarava la netta distinzione (ancora oggi presente nella normativa) tra vaccini classici e prodotti geneticamente modificati, ma soprattutto, **si minimizzava ancora l'utilizzo di tali tecnologie**, come fossero prodotti marginali!

18. I progressi compiuti negli ultimi decenni del Novecento dalla biologia molecolare e l'ingegneria genetica, in particolare nelle tecniche di ricombinazione del DNA, hanno avuto un forte impatto anche in ambito vaccinale: ai preparati sin qui richiamati e da considerarsi come classici (infra, § 27), si sta infatti affiancando una serie di nuovi vaccini costituiti da proteine geneticamente modificate, tali da far guadagnare loro specifiche attività antigeniche e conseguenti poteri immunogeni¹¹.

Nel regolamento CEE **2309/93** era inoltre puntualizzato come l'introduzione di nuovi medicinali dovesse **prescindere considerazioni economiche** ed essere **fondata innanzitutto su efficacia e sicurezza**. Al contrario, non avendo la minima conoscenza di efficacia e sicurezza di tali prodotti e non potendo monitorarne l'impatto sulla popolazione, si giustificherà ogni introduzione ed obbligo sulla base **di ipotetici ritorni economici nel SSN**. Ipotetici ritorni, al netto dei ladrocinii, presi ancora a fondamento delle prossime imposizioni [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) **dai soliti rappresentanti della popolazione**.

Ancora oggi si indagano principi attivi in commercio da venti anni **ma introdotti per sperimentare quando nessuna evidenza era nota** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Introdotti con studi finanziati

dalle case farmaceutiche (Wyeth = Pfizer) [L] introdotti 20 anni fa con il nauseante intento del contrasto all'atibiotico resistenza [L]. Medicinali (come il Prevenar) introdotti perché, secondo una fantomatica sorveglianza post-marketing dei primi anni 2000, apportavano una riduzione di patologie come l'otite media (curabile) del **6-8%**.

Era iniziato il percorso, macchiato da continui scandali [L], che ha visto oggi violare ogni norma etica, morale e legale. Percorso descritto nelle varie decisioni europee accettate per conto dell'ignaro popolo italiano e riassunte nella gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 49° anno del 30 dicembre 2006 [2-A66]. Infatti, dopo aver emanato il regolamento 507/2006, (utilizzato per l'autorizzazione condizionata del veleno anti-covid), pochi mesi dopo si decideva del settimo programma quadro della Comunità europea per le attività di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione (2007-2013), in cui era anche evidenziato.

Epidemie potenzialmente nuove e riemergenti: la ricerca si incentrerà sulla lotta contro gli agenti patogeni emergenti che comportano rischi di pandemie, zoonosi comprese (ad esempio la SARS e l'influenza ad alta patogenicità). Se del caso, saranno adottate disposizioni per avviare rapidamente ricerche in collaborazione destinate ad accelerare lo sviluppo di strumenti diagnostici, farmaci e vaccini ai fini della prevenzione, del trattamento e della lotta efficaci contro le nuove epidemie.

Per trenta denari venivamo usati per fare avanzare la ricerca ed attuare i piani di controllo, falliti con l'HIV, la SARS, L'H1N1!...

Strategie ed interventi terapeutici innovativi: ricerca, consolidamento e ulteriore sviluppo di terapie e tecnologie avanzate che presentano un notevole potenziale di applicazione. L'accento sarà posto sulla terapia genica e cellulare, la medicina rigenerativa, i trapianti, l'immunoterapia e i vaccini, e altre terapie. Le tecnologie connesse, come i sistemi avanzati di somministrazione mirata, gli impianti e le protesi avanzate, nonché gli interventi non invasivi o poco invasivi saranno anch'esse oggetto di ricerche.

Oggi abbiamo raggiunto uno dei tanti traguardi discussi nel 2006 da psicopatici ubriachi, magari durante orge pedofile (denuciaot dall'eurodeputato olandese [2-V189]), pieni di alcool e droghe (Negli Stati Uniti sono stati disvelati i nomi di centinaia di illustri personalità presenti nella lista [L] [2-A85] del pedofilo Jeffrey Epstein, "suicidato" in carcere nel 2019 [2-V120] [L]. Pare che nell'inchiesta compaiano nomi eccellenti italiani [2-V128] e naturalmente non poteva mancare il re dei devianti, Bill Gates [2-V130]).

L'approvazione della piattaforma mRNA e l'istituzione della paura e del controllo, costituiscono, secondo i piani, il primo passo verso la nuova era.

Rilevazione di dati su larga scala: si tratta di utilizzare tecnologie high-throughput per generare dati utili per lo studio e la comprensione della funzione genica e dei prodotti genici e delle loro interazioni in reti complesse nell'ambito di importanti processi biologici. La ricerca si incentrerà sulla genomica, la proteomica, le scienze omiche basate sull'RNA, la genetica delle popolazioni, la genetica comparativa, strutturale e funzionale.

Piattaforma usata in concomitanza della famosa intelligenza artificiale.

Biologia dei sistemi: si porrà l'accento su attività di ricerca pluridisciplinare che integreranno un'ampia varietà di dati biologici e svilupperanno e applicheranno approcci sistemici per comprendere e modellizzare i processi biologici in tutti gli organismi competenti e a ogni livello organizzativo.

e basata sui nostri dati biometrici e genomici, raccolti con l'inutile tamponificio [L](#) [L](#).

Ricerca high-throughput (ad elevate prestazioni): catalizzazione dei progressi nell'elaborazione di nuovi strumenti di ricerca nella biologia moderna, compresa la genomica fondamentale, che rafforzeranno notevolmente la produzione di dati e miglioreranno la standardizzazione, l'acquisizione e l'analisi di dati e di campioni (biobanche). Le ricerche si incentreranno sulle nuove tecnologie per il sequenziamento, l'espressione genica, la genotipizzazione e la fenotipizzazione, la genomica strutturale e funzionale, la bioinformatica e la biologia dei sistemi, e altre tecnologie "-omiche".

Non pulendo argini e fiumi, non mettendo riparo al grave dissesto idrologico ed irrorando i nostri cieli, si prevedevano facilmente gli scenari apocalittici da controllare, con allarmismi continui ed app (IT alert) che non avvertono di una possibile alluvione o scossa tellurica.

Si avverte la necessità di una ricerca integrata sul funzionamento del clima e del sistema terrestre e marittimo, comprese le regioni polari, per osservare e analizzare come essi si siano evoluti in passato e per **predirne** l'evoluzione futura, inclusi osservazioni, studi sperimentali e modellizzazione avanzata, e tenendo conto del forcing antropogenico. Ciò permetterà di dar vita a misure efficaci di adattamento e attenuazione per quanto riguarda i cambiamenti climatici e i relativi impatti. Saranno preparati e convalidati modelli avanzati sui cambiamenti climatici riguardanti varie scale (da quella planetaria a quella locale). Tali modelli saranno utilizzati per

Ormai siamo il laboratorio dell'Europa, primi ad aver sperimentato la cosiddetta schedula "2 + 1", con due dosi di priming e una dose di richiamo durante il primo anno di vita. Una sperimentazione spacciata come nostra intuizione scientifica [L] e perpetrata per anni sino al primo DRAFT di linee guida a supporto di tale struttura vaccinale, risalente solo al 2018 [L] ed adottato poi l'altro ieri (agosto 2023).

Un esempio dell'insensato ragionamento scientifico su cui è stato basato ogni piano di inoculazioni è desunto nelle "RACCOMANDAZIONI GENERALI SULLA PRATICA VACCINALE" della Regione Veneto nel 2002 [2-A67].

Circa il 90-95% dei riceventi una singola dose di vaccino vivo parenterale all'età raccomandata (morbillo, parotite, rosolia, varicella e febbre gialla), sviluppano anticorpi protettivi entro due settimane dalla somministrazione della dose. Tuttavia, poiché una piccola percentuale di riceventi vaccino MPR (< 5%) non risponde ad una dose, è raccomandata una seconda dose per offrire un'altra opportunità di sviluppare l'immunità. La maggior parte delle persone che non rispondono alla prima dose, rispondono alla seconda. Similmente, circa il 20% dei soggetti con età ≥ 13 anni non risponde alla prima dose del vaccino della varicella; il 99% presenta la sierconversione dopo la seconda dose.

Si espone la maggior parte dei bambini ad una seconda dose di antigeni, adiuvanti e residui tossici del processo di fabbricazione perché non è conveniente eseguire test sierologici, garantendo però sicurezza, quando le solite banali linee guida su "Dose finding" e "Determination of the primary vaccination schedule" venivano pubblicate nel 2005 [L] [2-A82].

Tutte le sperimentazioni consigliate all'interno della guida, sono state implementate sulla popolazione pediatrica a partire dalle co-somministrazioni che, già nel 2005, avevano portato a problemi di immunointerferenza e per questo se ne richiedeva lo studio almeno con un vaccino utilizzato nella schedula già adottata (par. 5.1).

Si ammetteva (grazie al reg. 726/2004) l'immissione in commercio di medicinali (chiamati vaccini), aventi scarsi dati pre-autorizzativi, solo in caso di attacco terroristico, deducendo poi l'effettivo profilo di efficacia e sicurezza dall'analisi post-marketing di ciascuna autorità sanitaria. Senza nessun attacco terroristico (classico), si sperimentavano medicinali, sfornati come in un panificio, con studi criminali e sorveglianza omessa.

L'Europa cita il nostro “Board di società scientifiche” che continua a promuovere veleni combinati e co-somministrazioni, quando tutti sapevano (nel 2002) che i calendari proposti non avessero nessun fondamento scientifico [2-A61a].

2-R41 - Come si indentifica l'atto della somministrazione e co-somministrazione obbligata di medicinali con un profilo di sicuerzza sconosciuto a bambini sani senza valutarne l'impatto?

brevi tra le dosi rispetto a quelli consigliati di routine. Sebbene l'efficacia del calendario ravvicinato non sia stata ben valutata negli studi clinici, l'ACIP ritiene che quando venga utilizzato un intervallo ravvicinato la risposta immune sia accettabile e determini una protezione sufficiente.

Nella pratica clinica i vaccini vengono somministrati occasionalmente ad intervalli minori rispetto agli intervalli minimi raccomandati o ad età inferiori rispetto a quelle minime. Le dosi troppo ravvicinate o somministrate prima dell'età minima possono determinare una risposta immunitaria non ottimale. Comunque, somministrare una dose qualche giorno prima dell'intervallo o dell'età minima non sembra avere un effetto negativo sulla risposta immunitaria a quella dose. Perciò, l'ACIP consiglia di ritenere valide le dosi di vaccino somministrate entro 4 giorni prima dell'intervallo o dell'età minima. Le dosi somministrate 5 giorni, o più, prima dell'intervallo o dell'età minima non devo-

Sempre la Regione Veneto, nel 2002, ammetteva la presunta impossibilità della definizione del nesso causale di un evento avverso in relazione alla somministrazione, da valutare solo dopo, col tempo, inoculando sempre più bambini ed effettuando poi demenziali studi epidemiologici.

I vaccini moderni sono sicuri ed efficaci, tuttavia sono state riportate reazioni avverse dopo la somministrazione di tutti i vaccini. Gli eventi avversi variano da reazioni frequenti, lievi, locali a reazioni estremamente rare, severe, sistemiche (es. encefalite). Stabilire la relazione causa-effetto sulla base delle notifiche dei casi e della successione dei casi è impossibile perché l'associazione temporale da sola non indica necessariamente una causalità. A meno che la sindrome che si verifica dopo la vaccinazione non sia clinicamente o patologicamente ben definita, ulteriori e approfonditi studi epidemiologici sono spesso necessari per confrontare l'incidenza dell'evento tra i vaccinati rispetto all'incidenza tra le persone non vaccinate. Riportare gli eventi avversi alle autorità sanitarie è il principale stimolo per avviare studi che confermino o confutino una associazione causale con la vaccinazione.

Si giocava con la vita della popolazione, iniettando farmaci senza tener conto di eventuali infezioni pregresse che potessero portare a fenomei ADE e trascurando la

maggior potenza dell'immunità naturale, da sempre ritenuta per molte malattie una immunità a VITA [L] [2-V48]. Anche le banali linee guida dell'EMA (*Guideline on clinical evaluation of vaccines*), il cui primo DRAFT veniva redatto nel 2018 [2-A67] (ed attuata nel 2023!), dopo 10 anni DI NULLA dall'edizione del 2005, sosteneva la necessaria caratterizzazione della risposta immunitaria.

Exploration of immunological factors that could affect the humoral immune response (e.g. pre-vaccination antibody levels resulting from prior vaccination and/or natural exposure);

Sempre nel DRAFT del 2018 si riscontrava che le risposte immunitarie ad antigeni uguali o assomiglianti molto alla proteina trasportatrice nel coniugato, potevano essere potenziate.

Oggi, è stata ricondotta la morte del militare Paternò proprio al fenomeno ADE [L], ma non è stato individuato un colpevole, nonostante le raccomandazioni ed obblighi di inoculazione senza alcun ritegno.

Le società scientifiche proponevano co-somministrazioni e schedule ravvicinate e, nonostante le dichiarate perplessità dalle poche regioni che disponevano di qualche dato, si è proseguito indiscriminatamente. Nel 2006, la Regione Emilia-Romagna scriveva [2-A61b]:

Non è stato possibile calcolare il tasso di reazione dei vaccini co-somministrati, poiché attualmente non si dispone del denominatore (quante co-somministrazioni e di quale tipo, sono state effettuate a livello regionale). Si ritiene necessario che questa informazione venga raccolta nei prossimi anni, insieme ai dati di copertura vaccinale.

E' confortante però constatare che non si evidenziano differenze statisticamente significative nella distribuzione dei sintomi segnalati per entrambe le associazioni (PCV7-esavalente ed MPR-MenC) rispetto a quelle riscontrate dopo la somministrazione separata degli stessi vaccini (non esistono ad esempio eccessi nella segnalazione di febbri, sintomi neurologici o ipersensibilità).

Va però tenuto presente che le frequenze analizzate sono basse e quindi sarà necessario proseguire l'osservazione nel tempo per disporre di una casistica più consistente (e di un denominatore) che permetta valutazioni più adeguate del fenomeno in studio.

Dopo anni di menzogne, adducendo la sconfitta del morbillo grazie alla Lorenzin, nel 2023 si pensa al nostro paese come ulteriore sito dove sperimentare diverse schedule vaccinali, utilizzando i nuovi preparati orali [L].

Sin dal 1998, il nostro Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie (presidente prof. Leonardo Santi) definiva le **“linee guida inerenti l'uso di prodotti di terapia genica: guida ai produttori e agli utilizzatori”**, mentre oggi, **TUTTI I RAPPRESENTANTI DELLE ISTITUZIONI** hanno classificato tale tecnologia come **“complottista”**, **ingannando la popolazione [L].**

Lo stesso atteggiamento è stato tenuto da **tutte le istituzioni** riguardo le nanotecnologie e ad una possibile integrazione nella medicina [\[L\]](#) [\[L\]](#), previste dall'HMA (Heads of Medicines Agencies) [\[2-A61c\]](#) nel 2010, normate dal **regolamento UE 745/2017**, ma sperimentate da tempo, come ad esempio l'utilizzo di nano-adiuvanti che, come accade in ogni svolta, **ammettendo** l'inutilità della pratica precedente propagandata, costituiranno l'innovazione [\[L\]](#). Ad un tratto, dopo aver saturato i bambini di alluminio, garantendo sicurezza e soprattutto efficacia, pare che l'**idrossido di alluminio** possa indurre solo risposte anticorpali antigene-specifiche **da deboli a moderate**, considerando anche un profilo di sicurezza "**relativamente**" elevato [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), e per questo oggi si propone apertamente e sempre per la nostra sicurezza, l'utilizzo dei **nano-adiuvanti**.

Nanoadjuvants: Promising Bioinspired and Biomimetic Approaches in Vaccine Innovation

Dhruv N. Desai*, Ahmed Mahal, Rajat Varshney, Ahmad J. Obaidullah, Bhawna Gupta, Pratikhya Mohanty, Priyabrata Pattnaik, Nrusingha Ch Snehasish Mishra*, Venkataramana Kandi, Ali A. Rabaan, and Ranjan K. Mohapatra*

Cite this: *ACS Omega* 2023, 8, 31, 27953–27968
Publication Date: July 24, 2023
<https://doi.org/10.1021/acsomega.3c02030>
Copyright © 2023 The Authors. Published by American Chemical Society. This publication is licensed under [CC-BY-NC-ND 4.0](#).
[Open Access](#)

Article Views	Altmetric	Citations
1264	6	-

LEARN ABOUT THESE METRICS

Le **stesse naotecnologie** complottiste che l'ISS studia da oltre un decennio per l'introduzione furtiva, e naturalmente obbligata dai filantropi per il tramite della Commissione, nel **comparto alimentare** [\[L\]](#) [\[2-A65\]](#). Studi iniziati almeno sin dalla costituzione del EFSA (*Network for Risk Assessment of Nanotechnologies in Food and Feed*) nel 2011. Come per i medicinali, nessuna catastrofe colpisce il nostro paese ma, perseguendo i piani dei nostri padroni, si assoggetta la popolazione al rischio imposto, la cui (omessa) gestione verrà poi utilizzata come sinonimo di tutela della salute.

Da decenni si discute della rivoluzione genomica e dell'enorme potenziale di applicazione nel campo della sanità pubblica, ma anche degli interrogativi di tipo etico, tanto che l'Italia (primo laboratorio dell'Europa) è stato il primo Paese europeo a essersi dotato di una *policy di public health genomics* (PHG) [\[L\]](#) [\[2-A61a\]](#), come esposto negli Atti del 47° Congresso Nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) attraverso il Piano nazionale della prevenzione 2010-12 e successivamente, nel 2013, con linee guida dedicate. Naturalmente per fini di copertura legale.

Per gettare ancora ombre, confusione e menzogna, oggi si **conferisce un Nobel** a due ricercatori considerati i salvatori dell'umanità. Un premio che alimenta il disgusto della vostra scienza [\[L\]](#). Un abisso senza fondo di scempio dei principi per cui tantissimi hanno perso la

vita. **Un susseguirsi di nefandezze che mi fanno temere per il futuro di mia figlia, la cui salute e vita sarà gestita da criminali senza scrupoli** [L] [2-V39f] [2-V39g] [2-V39h] [2-V39i] [2-V39l] [2-V39m] [2-V39n].

I filantropi devianti si preparavano a questo momento da decenni, finanziando continuamente le case farmaceutiche e l'OMS (per sperimentare [2-V39e]).

Nel 2019, Moderna TX inc. sperimentava (brevetto US 2019/0240317 A1) la terapia genica mRNA contro il virus parainfluenzale tipo3 [L], utilizzando le stesse nanoparticelle lipidiche.

Nel febbraio del 2020 Moderna TX inc [L], presentava il brevetto US10702600 [2-A62].

(12) United States Patent Ciaramella et al.	(10) Patent No.: US 10,702,600 B1
	(45) Date of Patent: <u>Jul. 7, 2020</u>
(54) <u>BETACORONAVIRUS MRNA VACCINE</u>	(58) Field of Classification Search None See application file for complete search history.
(71) Applicant: ModernaTX, Inc. , Cambridge, MA (US)	

Leggendo l'enorme bibliografia del brevetto si deduce che **da decenni tutta l'industria farmaceutica sperimenta la terapia genica oggi inoculata illegalmente a forza.**

Hoerr, More than a messenger: A new class of drugs-mRNA-based therapeutics. Genetic Engineering & Biotechnology News. Jun. 18, 2013. <http://www.genengnews.com/gen-articles/more-than-a-messenger-a-new-class-of-drugs-mrna-based-therapeutics/4916/> [last accessed Mar. 25, 2016].

Sullenger, BA et al., Emerging clinical applications of RNA. Nature. Jul. 11, 2002;418(6894):252-8.
Tavernier, G., et al., mRNA as gene therapeutic: How to control protein expression. J. of Controlled Release. Mar. 2011; 150(3): 238-247.

È accaduto per i vaccini vivi, attenuati, combinati ecc poi è accaduto per la tecnologia rDNA e adesso accade ancora. Mentre si immette un medicinale sul mercato per essere sperimentato, sono già in essere numerosi studi per i successivi.

Sullenger, BA et al., Emerging clinical applications of RNA. Nature. Jul. 11, 2002;418(6894):252-8.
Tavernier, G., et al., mRNA as gene therapeutic: How to control protein expression. J. of Controlled Release. Mar. 2011; 150(3): 238-247.
Teufel, R. et al., Human peripheral blood mononuclear cells transfected with messenger RNA stimulate antigen-specific cytotoxic T-lymphocytes in vitro. Cell Mol Life Sci. Aug. 2005;62(15):1755-62.
Thess et al., Sequence-engineered mRNA Without Chemical Nucleoside Modifications Enables an Effective Protein Therapy in Large Animals. Mol Ther. Sep. 2015;23(9):1456-64. doi: 10.1038/mt.2015.103. Epub Jun. 8, 2015.

Il vaccino anti-influenzale mRNA già propagandato, sarà di sicura introduzione il prossimo anno per eliminare la contraddizione all'interno del regolamento UE 1234/2008 relativamente alla necessità di un MASTER FILE dell'antigene, camuffate impropriamente dall'introduzione del **master file delle piattaforme tecnologiche**.

Wang et al., Systemic delivery of modified mRNA encoding herpes simplex virus 1 thymidine kinase for targeted cancer gene therapy. Mol Ther. Feb. 2013;21(2):358-67. doi: 10.1038/mt.2012.250. Epub Dec. 11, 2012.
Wong et al., An mRNA vaccine for influenza. Nat Biotechnol. Dec. 2012;30(12):1202-4. doi: 10.1038/nbt.2439.
Yamamoto et al., Current prospects for mRNA gene delivery, European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics 71 (2009) 484-489.
Zhou, W.Z. et al., RNA melanoma vaccine: induction of antitumor immunity by human glycoprotein 100 mRNA immunization. Hum Gene Ther. Nov. 1, 1999;10(16):2719-24.

Anche gli eccipienti utilizzati nel veleno anti-covid (ALC-035, ALC-0159), **mai approvati e sperimentati sulla popolazione** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), erano in studio da anni, come si evince dal seguente brevetto [\[2-A63\]](#):

(12) United States Patent De Fougerolles et al.	(10) Patent No.: US 10,703,789 B2 (45) Date of Patent: *Jul. 7, 2020
(54) <u>MODIFIED POLYNUCLEOTIDES FOR THE PRODUCTION OF SECRETED PROTEINS</u>	(2013.01); <i>A61K 38/36</i> (2013.01); <i>A61K 38/363</i> (2013.01); <i>A61K 38/44</i> (2013.01); <i>A61K 38/4833</i> (2013.01); <i>A61K 38/4846</i>

In ogni brevetto è possibile trovare riferimenti ad una sterminata bibliografia, confermando il progresso tecnologico e la sopraggiunta necessità dell'approvazione della nuova

piattaforma, anche in vista della scadenza dei piani in essere e dei piani inclusi nel PNRR riguardo la ricerca, che sarà effettuata nei biolaboratori già costruiti ed in costruzione nel nostro Paese.

I primi 320 milioni sono stati assegnati al nuovo partenariato costituito dal **Centro nazionale di ricerca “Sviluppo di terapia genica e farmaci con tecnologia a RNA”**, e avrebbero dovuto essere gestiti dal **marito della Von der Leyen (oggi dimissionario)** attraverso ORGENESIS INC [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Weiss et al., “Prophylactic mRNA vaccination against allergy,” *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 10(6):567-74 (2010) (8 pages).
Wilusz et al., “Molecular Biology. A circuitous route to noncoding RNA,” *Science.* 340(6131):440-1 (2013).
Yamamoto et al., “Current prospects for mRNA gene delivery,” *Eur J Pharm Biopharm.* 71(3):484-9 (2009).
Pascolo, Chapter 3: Vaccination With Messenger RNA. *Methods in Molecular Medicine, vol. 127: DNA Vaccines: Methods and Protocols: Second Edition.* Saltzman et al., Humana Press Inc., 23-40 (2006).



Parallelamente alla “cura”, si sperimentava naturalmente la malattia [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

(12) United States Patent Bickerton et al.	(10) Patent No.: US 10,130,701 B2 (45) Date of Patent: <u>Nov. 20, 2018</u>
(54) <u>CORONAVIRUS</u>	OTHER PUBLICATIONS

Nel 2005 si sperimentava nei topi il vaccino a DNA contro la Dengue, utilizzando plasmidi di DNA come vettore [\[L\]](#) incuranti delle preoccupazioni relative a ricombinazioni genetiche dei virus [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Tecnologie in sperimentazione da 20 anni [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), (ma vecchie mezzo secolo [\[L\]](#)) fino ad oggi mai menzionate dalle Istituzioni e paragonate all'aspirina per indurre falsa sicuezza nella popolazione, **approfittando della credulità popolare**, oggi vengono addirittura premiate per la morte causata. Al contrario, le nostre Autorità Sanitarie, nella persona di Sileri (oggi scomparso dalle scene) deridevano premi Nobel che avvisavano del pericolo [\[2-V159\]](#) [\[2-V174\]](#).

Extended European Search Report for European Application No. 18203666.5, dated May 22, 2019 (25 pages).
Farrow et al., “Combinatorial recombination of gene fragments to construct a library of chimeras,” Curr Protoc Protein Sci. Chapter 26, Unit 26.2 (2010) (20 pages).
Gaj et al., “ZEN, TALEN, and CRISPR/CAS-based methods for genome engineering,” Trends Biotechnol. 31(7):397-405 (2013).
Gilbert et al., “CRISPR-mediated modular RNA-guided regulation of transcription in eukaryotes,” Cell 154(2):442-51 (2013) (15

La tecnologia CRISPR-CAS9 (la cui **pericolosità** è spiegata bene dalla dott.ssa Jessica Rose [\[L\]](#)), menzionata nella bibliografia dei brevetti e risalente ad un decennio fa, suscitava preoccupazione nella “stigmatissima” Fondazione Veronesi [\[L\]](#).

Il sistema CRISPR/Cas consente di modificare in modo rapido ed economico una precisa regione del DNA e ha catturato l'attenzione di tutta la comunità biotecnologica per la sua versatilità e le sue innumerevoli applicazioni. L'avvento di CRISPR/Cas apre però molti nuovi interrogativi di natura bioetica. Questo articolo vuole fornire un'introduzione generale al sistema e fare chiarezza sul suo utilizzo, sulle potenziali applicazioni in diversi campi e sulle relative controversie etiche.

Mentre il nostro Ministero della Salute propinava tachipirina, la tecnologia CRISPR, collegata alla tecnologia mRNA, era sperimentata dal DARPA [\[2-V111\]](#), con lo stupefacente scopo del controllo delle onde cerebrali, oggi confermato dagli psicopatici che ci uccidono [\[2-V112\]](#).

Tutte le controversie di carattere etico e legale sono state superate brillantemente, perché **senza fondi, non esiste la ricerca e la Vostra scienza.**

Nel seguente video del 2015, le parole di CARLA PORTULANO, in cui spiega molto chiaramente la pericolosa possibilità di alterazione del genoma umano attraverso la tecnologia CRISPR [\[2-V40\]](#).

Tornando alla panoramica sul percorso che ci ha condotto nel labirinto dei topi, alla fine degli anni '90 era già in atto il “**commitment to Universal Childhood Immunization**” per la vaccinazione DTP delle cui tragedie è inutile parlarne oggi [\[L\]](#). Era anche fallito il progetto della **Childre's Vaccine Initiative (CVI)**, fondata da OMS e Fondazione Rockefeller con l'obiettivo di stimolare gli investimenti per lo sviluppo di nuovi vaccini ma sotto accusa, già

all'epoca, di essere solo una "farraginoso burocrazia" [L]. In assenza di nuovi approcci alla questione dell'immunizzazione, la Fondazione Bill & Melinda Gates offrì ai maggiori attori internazionali un impegno per 750 milioni di dollari statunitensi, a condizione che si unissero in un'iniziativa globale basata sul modello del **partenariato pubblico-privato**. **Dobbiamo, quindi, ringraziare Bill se ancora oggi si emanano regolamenti (IMI, IMI2..) atti a fomentare la corruzione di interi governi [L] [2-A100].**

Nel meeting del 1999, a Seattle, iniziava la nostra avventura con la costituzione della **Proto-Board** della **Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)** [L] [2-A64], i cui componenti, esempio di altruismo [L], sono elencati di seguito:

Composition of the Board	
•	UNICEF
•	WHO
•	<u>World Bank</u>
•	UNDP (to be invited)
•	Gates Foundation/CVP
•	<u>Rockefeller Foundation</u>
•	<u>Industry representative, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association (IFPMA)</u>
•	Bilateral representative (elected by bilateral agencies)
•	<u>Research</u> and development representative
•	Developing country representatives (two representatives to be recommended by the Secretariat in collaboration with the Working Group)
•	Technical agency representative
•	Honorary Chair

Per iniziare, almeno per le spese di rappresentanza e qualche buffet in Africa, il budget fu:

The Secretariat's budget (US\$) for 1 July 1999 to 31 December 2000		
Item	1999	2000
Professional staff (4)	353 682	750 372
Support staff (2)	48 022	99 915
Equipment and maintenance	71 368	27 184
Travel	50 000	100 000
Task Forces	300 000	750 000
Meetings and contractual work	200 000	400 000
Total	1 023072	2 127 372

The grand total for the full period is US\$ 3 150 444.00. (The possibility of carry-over between calendar years should be considered.)

The Secretariat would be funded by contributions from members of the Alliance Board. Initial approaches will be made to: UNICEF, WHO, the World Bank, the Gates Children's Vaccine Programme, the Rockefeller Foundation, IFPMA, and bilateral development agencies. The annual contribution is \$300 000.

Gli obiettivi espressi chiaramente sin dall'inizio, erano quelli di **influenzare**, attraverso il denaro, le politiche di Stati e dell'intero mondo, garantendo una vita lunga, prospera ed in salute, al pari dei venditori di pentole alle sagre di paese.

Objectives of the Task Force

To facilitate and provide communication support to GAVI partners in:

- (1) building and disseminating a common vision for global immunization among the partner agencies and the world immunization community;
- (2) raising the awareness of decision-makers, donors, programme managers, the medical community and the public regarding the crucial importance of effective routine immunization activities;
- (3) increasing public commitment to support stronger global immunization programmes, including increased use of underutilized and new vaccines;
- (4) increasing financial support for immunization at the national and international levels.

Gli attori proposti come core management sono ancora quelli attuali, tra cui l'USAID, Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale, dedita da sempre alla lotta alla povertà ed al benessere del mondo [\[L\]](#).

Proposed core membership (further suggestions/expressions of interest are welcome):

UNICEF: Liza Barrie, Erma Manoncourt, PhD, new staff member

WHO: Charlotte Danielsen

Gates CVP: Scott Wittet, Carol Hooks

Bilateral agencies: USAID: Elizabeth Fox, PhD, Dana Faulkner (Change Project).

European bilateral agency: (to be decided)

Industry: Pasteur Merieux Connaught: Louis Baretto, MD, Colin Holbrow.
Second industry representative: (to be decided)

World Bank: Caby Verzosa

Rockefeller Foundation: George Soule

CSO/NGO: (to be decided).

All'atto dell'istituzione dell'Alleanza **GAVI** (2000), pochi Paesi ammissibili disponevano di Comitati Consultivi Indipendenti e le decisioni erano spesso basate (come oggi) sul fatto che i vaccini venivano resi **disponibili gratuitamente** [\[L\]](#). Le decisioni nei paesi a basso reddito potevano essere facilmente influenzate (come oggi) grazie al sostegno dei donatori

[\[L\]](#), così, per l'introduzione di nuovi vaccini sarebbe bastata la fiducia negli esperti della GAVI [\[L\]](#) (come oggi). Oggi la Pfizer insegna persino nelle nostre scuole [\[2-V43\]](#).

L'anno dopo la costituzione della GAVI fu emanata la **direttiva CE 83/2001** per l'autorizzazione dei medicinali per uso umano, **attuata 5 anni dopo** dal D. Lgs. 24.4.2006 n. 219, il cui Titolo VIII **legalizzava la "pubblicità"** delle campagne di vaccinazione promosse dalle case farmaceutiche.

I danni causati da tali criminali cominciavano ad accumularsi e nel 2000 si teneva "*Simpsonwood CDC conference*" [\[L\]](#) [\[2-V73\]](#) [\[L\]](#), conferenza convocata a seguito di una risoluzione del Congresso degli Stati Uniti nel 1997, che richiedeva alla Food and Drug Administration (FDA) di rivedere il contenuto di thimerosal dei farmaci e dei prodotti biologici approvati. In particolare erano sotto accusa tre vaccini di primario interesse: il vaccino contro l'epatite B, il vaccino DPT e il vaccino Hib. Il CDC iniziava l'opera di occultamento sull'esplosione dei casi di autismo la cui incidenza era aumentata già drammaticamente [\[2-V100\]](#).

Mentre si discuteva di medicinali pericolosi, somministrati a bambini sani, LA PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E LE RELATIVE VACCINAZIONI VENIVANO INCLUSE NELL'AMBITO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) con il Decreto del Presidente del consiglio 29 novembre 2001. Inserire un vaccino in programmi nazionali contribuiva a portare **miliardi** ogni anno nelle casse delle aziende farmaceutiche [\[2-V54\]](#) oltre che trovare altre cavie [\[L\]](#) [\[L\]](#) ed abituare alle inoculazioni. Nel 2001 la dottoressa Gwen Olsen aveva già abbandonato l'industria del farmaco dopo aver capito quanto marcio vi fosse in quel mondo [\[2-V131\]](#). Oggi la sola Sanofi fattura decine miliardi e non di certo con le popolazioni svataggiate tanto a cuore [\[2-A103\]](#) [\[L\]](#), usate solo come scimmie per la fase I.

Il nostro paese entrava dunque nel contesto del controllo degli attori odierni, già associati nell'utilizzo della medicina **come strumento di politica estera** [\[L\]](#). Strumenti che trovavano finanziamenti anche ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 18 febbraio 1997, n. 44.

L'introduzione della vaccinazione nei LEA, **necessitante** di una robusta ed efficiente struttura di farmacovigilanza, era inserita, al contrario, in un contesto di degrado, inefficienza ed assoluta assenza [\[L\]](#) [\[2-A102\]](#). Anche il neonato, sottostimato e sempre citato VAERS, evidenziava problematiche [\[L\]](#), sempre maggiori [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Intanto i repository scientifici erano già colmi di spazzatura [L] [L] [L], accumulata anno dopo anno ed usata per produrne sempre di nuova sino a creare montagna maleodorante soffocante le poche evidenze [L]. Non vi era nessuna certezza ma solo gli ordini del progresso nel campo della ricerca. Solo ad esempio, nel 2009 [L], dopo 10 anni di inoculazioni, l'ECDC discuteva delle possibili schedule vaccinali, dei contrasti tra preparati acellulari ed a cellule intere, aventi grande pericolosità i primi (perchè adiuvati) ed inutilità secondi [L] [2-A98] [L], dilemma dibattuto per secoli [L]. mentre si buonavano i bambini. L'ECDC ammetteva di utilizzare la profilassi della pertosse, e l'assenza di vaccini monovalenti, per introdurre il trivalente nella profilassi infantile [L] [L], nonostante le perduranti dichiarazioni di assenza di letalità della malattia [L].

L'introduzione dei vaccini nei LEA era però necessaria per avviare concretamente la visione distopica di soggetti disturbati, che compravano gli elogi di varie autorità sanitarie. Nel 2006, l'ISS traduceva un articolo pubblicato su "Science" incentrato sul noto filantropo Bill Gates [L] [2-A91]. Una farmacovigilanza avviata solo fittiziamente nel 2001, aggiornata nel 2017 per gli ulteriori aggravii di inoculi [L], ed ancora oggi inefficace [2-A98] mentre ci si dirige nell'era dell'epigenetica.

2-R42 – Essendo all'epoca demandata alla Direzione generale per la valutazione dei medicinali e per la farmacovigilanza del Ministero, chiedo al Ministero della Salute (magari interpellando all'occorrenza l'ex Ministro Sirchia [L], indagato per corruzione nel 2005 ed anch'esso dotato di dono della preveggenza quando contrattava privatamente con la Novartis l'acquisto di dosi per la successiva pandemia H1N1) una qualunque relazione di valutazione (anche una paginetta), da cui si evinca, nel 2001 e senza l'attuazione della direttiva CE 83/2001, il positivo apporto per la salute pubblica derivato dall'introduzione di medicinali per profilassi ancora non noti ed il cui sviluppo era previsto negli anni, valutazione necessaria per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in un contesto ancor più disastroso di quello presentato nelle diapositive del dott. Walter Ricciardi relative al PNV 2008-2010 [L] [2-A79].

L'unica motivazione possibile dell'introduzione dei vaccini nei LEA erano le solite pressioni e donazioni da parte dei soliti psicopatici, che tra l'altro, hanno sempre dichiarato i loro scopi. Nel "Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme - 2014" [2-A27d], l'OMS annovera tra i possibili fattori, oltre ad una vera

epidemia con alta incidenza di mortalità (unica ragione valida), la sperimentazione di un nuovo medicinale, la raccomandazione della stessa OMS, **le pressioni dei donatori (GAVI)** e le **conseguenti pressioni politiche**:

encephalitis, cholera). A new or improved vaccine coming onto the market or a new WHO recommendation may also spur countries to consider introducing a vaccine into their programme. Other “triggers” of vaccine introductions in recent years have included the availability of donor support (including funding through the GAVI Alliance), offers of vaccine donations from pharmaceutical companies⁷ and political pressures. Regardless of the circumstances and sources of funding, it is important that countries undertake a systematic decision-making process based on a review of the evidence and consideration of the appropriateness and long-term financial and other consequences of introducing the vaccine.

Lo psicopatico Gates è solo il braccio, armato di siringa, di varie menti criminali [\[L\]](#), costituenti **WEF** [\[2-V56\]](#). La dottoressa Tess Laurie illustra bene le caratteristiche di questa organizzazione [\[2-V145\]](#). Organizzazione che oggi vuole depenalizzare il reato di pedofilia [\[2-V40c\]](#) [\[2-V129\]](#), avviare il mercato dei feti, **introdurre propaganda gender negli asili per confondere i bambini** [\[2-V93\]](#), a cui vorrebbero insegnare la masturbazione, come da mozioni dei **5stelle** riguardanti il diritto all’istruzione [\[L\]](#) [\[2-V98\]](#).

Anche in questo contesto, da buoni schiavi, si preparavano le direttive atte ad integrare **le oscenità proposte**, come nella ipotesi di *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Istruzione e Ricerca per il periodo 2019-2021* [\[L\]](#) [\[2-A79\]](#).

Il Dr Mark Trozzi legge alcuni punti del vademecum dell’educazione sessuale dell’OMS per i bambini europei in età scolare [\[2-V40\]](#), da ascoltare in concomitanza alle parole dell’avv. Edgar Siemund [\[2-V79\]](#). Spero che tale scempio della fragilità adolescenziale non sia inclusa nel progetto EduForIST dell’ISS [\[L\]](#).



La stessa FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) dichiarava l'influenza della futura **GAVI** [\[2-A27\]](#) [\[L\]](#), a cui ancora oggi regaliamo, da contratto, ingenti somme ogni anno (DL n.115 del 9 agosto 2022 art 24).

Queste ed altre menti deviate e pericolosamente facoltose, iniziarono a condizionare il mondo con le loro follie, tra cui, una delle prime: **La Global Immunization Vision and Strategy, 2005-2015** [\[L\]](#) [\[L\]](#). Strategia che voleva estendere la vaccinazione ad ogni persona del pianeta, verso l'immunizzazione globale prevista per il 2015 (rimandata poi al 2020 col GVAP) con l'introduzione di nuove **tecnologie già in sperimentazione**.

A tale scopo la GAVI istituirà uno dei primi strumenti finanziari, la *International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)*, a cui il Nostro paese ha devoluto circa 820 milioni di dollari in 20 anni. Registrata come non profit nel Regno Unito, la IFFIm utilizza impegni pluriennali di donatori governativi come garanzie (es. Titoli di Stato - Vaccine Bonds) per piazzare le sue obbligazioni finanziarie sul mercato globale dei capitali.

Dai primi anni del 2000 sino agli ultimi piani vaccinali, l'unica "paura" dello Stato nell'attaccare persino la patria potestà dei genitori che rifiutavano la vaccinazione, è stata la grande esposizione mediatica che tali procedimenti coercitivi potevano suscitare nell'opinione pubblica, innescando dubbi e ricerca di informazioni sulle nuove tecnologie che stavano per essere sperimentate nel nostro Paese. [\[2-A88\]](#) [\[L\]](#),

In caso di motivi non legati a problemi di salute, la prassi prevista fino ad ora consiste nella segnalazione al Sindaco del Comune di residenza e al Tribunale dei Minori esprimendo, di fatto, un giudizio di "concreto pregiudizio". In pratica, questa procedura non si concretizza mai nella vaccinazione dei bambini ma, al contrario, dà voce a tutti coloro che sono contrari alle vaccinazioni per motivi personali. A questo proposito si ricorda che l'Organizzazione Mondiale di Sanità ritiene che interventi di forte contrasto verso questi movimenti di opinione possano portare ad una riduzione della adesione alle vaccinazioni.

La criminale OMS non poteva permettere il generarsi di un pensiero critico che avrebbe compromesso il prossimo ventennio di buchi.

Si emanava il regolamento CE 726/2004, che rivedeva il regolamento 2309/93, introducendo **per la prima volta il termine "vaccino" ma contenuto solo nell'articolo 57 e menzionato come bisogno a seguito di attacco terroristico utilizzando agenti patogeni**, inserendo quindi il costante allarme per minacce "trasfontaliere".

In Cina nuovo allarme dopo il covid, bambini colpiti da polmonite misteriosa

22 novembre 2023 | 19.39

Redazione Adnkronos

LETTURA: 2 minuti

Per agevolare la sperimentazione attraverso il regolamento 726, con la direttiva CE 27/2004 si modificava la direttiva CE 83/2001, inserendo il fondamentale rapporto **rischio/beneficio**, utilizzato poi sempre come **parametro ingannatore**, obbligando e raccomandando somministrazioni i **cui rischio erano sconosciuti ed i cui benefici erano nulli**.

La GAVI nel 2006, prometteva lo sviluppo di nuovi "sicuri ed efficaci" vaccini, soprattutto a vantaggio delle popolazioni povere che, dopo 20 anni, continuano a morire per manca di banali antibiotici, tranne quelli sperimentati in loco, come il **Trovan [L]**. Ricordiamo poi che l'85% delle malattie nei Paesi poveri sono malattie croniche, non prevenibili con la profilassi.

Nel 2007 viene emanato il regolamento (CE) n. 1394/2007 sui medicinali per **terapie avanzate, istituendo il relativo comitato, classe di medicinali a cui appartiene o a cui maggiormente si avvicina la tecnologia mRNA.**

È idea comune che i benefattori si arrovelino per produrre farmaci innovativi solo per fini di lucro, essendo la produzione di semplici antibiotici non remunerativa. **Le risorse finanziarie**

non sono mai state un problema. Il vero intento, spero oggi compreso, è stato essenzialmente **lo sviluppo tecnologico in genere per costruire nuovi modelli di società** [2-V40a] [2-V40b]. L'ambito sanitario è stato sempre un aspetto trasversale a molti obiettivi, dal passaporto vaccinale per la futura medicina predittiva, all'utilizzo delle piattaforme tecnologiche (DNA e RNA) nell'ambito del programma ON-HEALTH, per la modifica genetica ed epigenetica di ogni essere vivente.

Nonostante l'assenza conclamata di qualunque strumento di controllo, trasporto, stoccaggio, conoscenza dei principi attivi (e parlo del nostro paese non dell'Africa), utilizzando il vile denaro, offerto ai governanti come incentivo alle inoculazioni [L], iniziò il piano che ha condotto sino ad oggi, antepoendo ad ogni idiozia gli stessi identici e stupidi proclami.

> [MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006 May 12;55\(18\):511-5.](#)

Vaccine preventable deaths and the Global Immunization Vision and Strategy, 2006–2015

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Abstract

Immunization is among the most successful and cost-effective public health interventions. Immunization programs have led to eradication of smallpox, elimination of measles and poliomyelitis in regions of the world, and substantial reductions in the morbidity and mortality attributed to diphtheria, tetanus, and pertussis. The World Health Organization (WHO) estimates that 2 million child deaths were prevented by vaccinations in 2003. Nonetheless, more deaths can be prevented through optimal use of currently existing vaccines. This report summarizes estimates of deaths attributed to vaccine-preventable diseases (VPDs) and vaccination coverage by WHO region and outlines the Global Immunization Vision and Strategy developed by WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF) and partners for implementation during 2006–2015.

Proclamate dagli stessi portatori di interesse di oggi [L].

surveillance system for planned new vaccine introductions. Immunization contacts are used to deliver other health interventions, especially in the countries in the World Health Organization (WHO) Africa Region. The cost for the planned immunization activities will double to U\$27 per infant, of which U\$5 per infant is the expected shortfall. Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) funding is becoming the largest contributor to immunization programmes.

Presentando ed ingannando con gli stessi sorrisi:



GIVS : Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015

CANADA 2006

La vaccinazione: cos'è e a cosa serve

Cosa sono le vaccinazioni, perchè vaccinarsi, come comportarsi dopo la vaccinazione?

La vaccinazione: cos'è e a cosa serve

LOMBARDIA 2023

Mentre usavano il denaro per imporre i loro scopi, **certi delle linee politiche future**, le menti deviate accrescevano il loro potere. Così, ad esempio, la Bill&Melinda Gates, nel 2019, opzionava l'acquisto di **3.038.674** azioni per un valore di **49.8 milioni** di euro, come espresso nel FORM F-1 Registration Statement Under The Securities Act Of 1933, depositato nel settembre 2019 presso la "Securities and Exchange Commission" (SEC). Come da sue stesse parole, **il patrimonio di MISTER VACCINO è aumentato di 32,5 miliardi di dollari tra il 2019 e il 2022 [2-V158]**.

> Vaccine. 2005 Aug 31;23(37):4610-8. doi: 10.1016/j.vaccine.2005.04.044.

Financial requirements of immunisation programmes in developing countries: a 2004-2014 perspective

Abstract

Vaccines are a key contributor to public health, especially in developing countries. Despite numerous demonstrations of the cost-effectiveness of immunisation, vaccines spending accounted for only 1.7% of the total pharmaceutical market in 2002, when UNICEF estimated that 34 million children were not reached by routine immunisation, most of them in developing countries. Several international organizations or initiatives, like the Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI), have defined a long-term goal of universal immunisation in developing countries. There is an urgent need to estimate the financial resources required to meet this goal. The objective of this study was to anticipate the funding needs for childhood immunisation in developing countries over the 2004-2014

Solo per curiosità, lo zio Bill sta acquistando terreni agricoli in tutto il mondo [L1](#). Oggi possiede 268.000 acri di terreno agricolo ed insieme al proprietario di facebook, che possiede grandi allevamenti moderni, garantiranno buon cibo alla cosiddetta **casta**, mentre

riserveranno gli insetti al resto del mondo. Con la lotta alla produzione agricola nei vari stati, controlleranno anche l'approvvigionamento del cibo [\[2-V151\]](#), proibendo persino l'autoproduzione per limitare l'autosufficienza [\[L\]](#). Pare che non berremo più neanche il caffè [\[2-V152\]](#) per colpa della CO2. Di certo, oggi mangiamo più o meno questo [\[2-V153\]](#), forse gli insetti saranno più salutari.

<h2>Lollobrigida autorizza 4 nuovi insetti nei prodotti alimentari</h2>	
<p>Dalla fine di dicembre, anche in Italia possono essere in commercio prodotti alimentari che contengono quattro tipi di insetti: larva gialla, locusta migratoria, grillo domestico e verme della farina minore. I prodotti possono contenere insetti congelati, essiccati o in polvere come già avviene negli altri Paesi Ue</p>	<p>farina minore. Per la locusta migratoria (regolamento Ue 1975/2021) il nome scientifico - che è in latino - corrisponde al nome italiano e non serve traduzione. Il governo italiano non poteva fare altrimenti, l'obbligo deriva dai regolamenti, gerarchicamente superiori ai decreti di Lollobrigida, Urso e Schillaci. Per via di quanto ha precisato, il ministro Lollobrigida è stato quantomeno impreciso". Lollobrigida ha poi sottolineato quanto è ormai riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale e</p>

2-R43 - Come per i vaccini, Bill intenderà sfamare l'Africa oppure esiste qualche collegamento con la modifica genetica delle piante, animali ed in genere sul controllo del cibo [\[2-V148\]](#) [\[2-V85\]](#), possibile mezzo per la somministrazione occulta di farmaci chiamati vaccini [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#)? Molti alimenti sono oggi marchiati dal simbolo della Rainforest Alliance, a cui il generoso Bill elargisce fondi per una agricoltura sostenibile [\[L\]](#) [\[2-V167\]](#) [\[2-V168\]](#).

L'OMS non esisterebbe senza i facoltosi donatori da sempre decantati [\[2-A27a\]](#) [\[L\]](#). La generosità della Bill&Melinda Gates foundation, GAVI e poi CEPI, insieme ad UNICEF, World Bank ecc, intrecciati da complicati meccanismi finanziari, avviavano con l'OMS l'odierno business vaccinale ed opzionavano il controllo della nostra salute.

<h3>Strengthening national regulatory authorities</h3> <p>The ultimate objective of WHO's initiative to strengthen the regulatory capacity of <u>countries is for all countries to have a reliable, properly functioning national regulatory authority.</u> To achieve its objectives, the initiative undertakes a five-step capacity-development process tailor-made to the requirements of each individual country.</p> <ol style="list-style-type: none">4. <u>Implementing the institutional development plan,</u> which may involve technical support or staff training to perform regulatory functions.5. <u>Re-assessing the national regulatory authority</u> within two years to evaluate progress.

Le nostre autorità sanitarie promuovevano ed obbligavano medicinali di dubbia sicurezza ed appena approvati che, dopo un anno, ritiravano dal mercato perché letali, adducendo solo una manciata di casi gravi e grande responsabilità precauzionale [L].

Oggi, il fruttuoso e distopico connubio tra i vari enti dispensatori di amore e prosperità si accresce con la nomina a direttrice dell'UNICEF di Catherine Russell, vicina al presidente Joe Biden e moglie di Tom Donilon [L], ex consigliere per la sicurezza nazionale di Obama e **presidente del BlackRock Investment Institute**.

La visione degli **enti umanitari** ebbe, come sempre, il benessere dalle autorità degli stati membri. Ad esempio, nel report EMEA/H/34163/03/Final del 2005 [2-A28], il terreno veniva preparato con la modifica della normativa, a partire dal regolamento farmaceutico del 2005, per le future autorizzazioni riguardanti il cambiamento radicale del mondo scientifico attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e terapie emergenti, come la **terapia genica, ancora da definire legalmente** [L] ma inoculata a forza oggi nella popolazione, la farmacogenomica (oggi molto propagandata), proteomica e xenotrapianti (Reg. UE 726/2004).



Nel report, l'Agenzia sigla il futuro impegno ad agevolare il mercato e l'accesso ai medicinali, rimarcando **la necessità di informazione del paziente, oggi tenuto all'oscuro sul monitoraggio addizionale e sugli obblighi specifici dell'autorizzazione**, introdotti 12 anni fa. Inoltre, si delineava il percorso per i futuri **partenariati** con le case farmaceutiche, per il tramite della fondazioni umanitarie come GAVI, Bill&Melinda Gates foundation, CEPI, UNTAID.. ecc, nonché l'OMS (spiegata oggi dal prof Tritto [2-V41]). Si delineava anche l'infrastruttura IT necessaria a supporto dei piani.

Nel 2006, con la Decisione n. 1982/2006/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006 relativa al **Settimo programma quadro della Comunità europea** per le attività di ricerca (FP7) [L], si stanziavano più di **50 miliardi di euro** per il programma di sviluppo tecnologico 2007-2013.

- (i) Cooperation: supporting the whole range of research actions carried out in trans-national cooperation in the following thematic areas:
- (a) Health;
 - (b) Food, Agriculture and Fisheries, and Biotechnology;
 - (c) Information and Communication Technologies;
 - (d) Nano-sciences, Nano-technologies, Materials and New Production Technologies;
 - (e) Energy;
 - (f) Environment (including Climate Change);
 - (g) Transport (including Aeronautics);
 - (h) Socio-economic Sciences and Humanities;
 - (i) Space;
 - (j) Security.

Tralasciando le idiozie sul clima, la conferma dello sviluppo di nano-tecnologie ecc, gli investimenti in ambito sanitario, erano rivolti nei seguenti due sottogruppi di ricerche, descritti al alto livello:

Ricerca translazionale

- Integrazione di dati e processi biologici — raccolta di dati su larga scala, biologia dei sistemi (compresa la modellizzazione di sistemi complessi): generare e analizzare l'enorme quantità di dati necessari per comprendere meglio le complesse reti regolatrici di migliaia di geni e prodotti genetici che controllano importanti fattori biologici processi in tutti gli organismi rilevanti e a tutti i livelli dell'organizzazione.
- Ricerca traslazionale sulle malattie infettive: per affrontare la resistenza ai farmaci, le minacce globali rappresentate dall'HIV/AIDS, la **malaria** e la tubercolosi, nonché l'epatite e **le epidemie potenzialmente nuove e riemergenti, ad esempio la SARS e l'influenza ad alta patogenicità, per le quali i medicinali testati avevano fallito miseramente [L]**.

Bioteologie, strumenti generici e tecnologie mediche

- Ricerca ad alto rendimento: catalizzare il progresso nella **genomica fondamentale** (genoma e post-genoma) e nella ricerca biomedica migliorando la generazione, la standardizzazione, l'acquisizione e l'analisi dei dati.

Oggi si utilizza la pandemia per introdurre definitivamente la tecnologia nella pratica farmacologica [\[L\]](#).

Nel 2006, cioè **17 anni fa**, si decideva ciò che accade oggi (Decisione CE 973/2006), riprese poi dalla direttiva COM(2018) 233 del 2018, a cui ci siamo adeguati.

- **Bioteologie, tecnologie mediche e strumenti generici per la salute umana**
medicinali immunologici a DNA ricombinante
usati come vaccini

Questa attività mira a sviluppare e convalidare gli strumenti e le tecnologie necessarie per la produzione di nuove conoscenze e la loro traduzione in applicazioni pratiche nel settore della sanità e della medicina.

Previsione dell'adeguatezza, della sicurezza e dell'efficacia delle terapie: si mira a sviluppare e convalidare i parametri, gli strumenti, i metodi e le norme necessarie per fare in modo che i pazienti possano beneficiare di nuovi o migliori biofarmaci sicuri ed efficaci¹. L'accento sarà posto su strategie quali la farmacogenomica, lo sviluppo e la convalida di marcatori biologici, le strategie selettive e di fornitura e i metodi e i modelli in silico, in vitro (ivi comprese le alternative alla sperimentazione animale) e in vivo².

modellizzazione matematica
vedi covid

vita, dalla ricerca biomedica. Queste attività di ricerca consentiranno all'Europa di contribuire più efficacemente alle attività internazionali di lotta contro le malattie diffuse a livello mondiale, come dimostra il programma in corso EDCTP "Partenariato per le sperimentazioni cliniche Europa-paesi in via di sviluppo" per combattere l'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi (articolo 169)¹. Dette attività rafforzeranno la ricerca orientata sulla politica sanitaria su scala europea e in particolare i confronti tra modelli, sistemi e dati contenuti nelle base di dati nazionali. In questo ambito, il collegamento in rete delle pertinenti basi di dati riveste un'importanza particolare.

NOTA

Il **programma EDCTP** già in corso nel 2006, ha continuato a rastrellare finanziamenti sino ad oggi, in quanto programma ancora attivo e florido [\[1\]](#) [\[2\]](#).



Strategie ed interventi terapeutici innovativi: ricerca, consolidamento e ulteriore sviluppo di terapie e tecnologie avanzate che presentano un notevole potenziale di applicazione.

L'accento sarà posto sulla terapia genica e cellulare, la medicina rigenerativa, i trapianti, l'immunoterapia e i vaccini, e altre terapie. Le tecnologie connesse, come i sistemi avanzati di somministrazione mirata, gli impianti e le protesi avanzate, nonché gli interventi non invasivi o poco invasivi saranno anch'esse oggetto di ricerche.

Sin dal 2006 **si distingueva tra VACCINI ed IMMUNOTERAPIA**. Ancora oggi la normativa distingue tra vaccini, nel senso tradizionale del termine, e medicinali immunologici come quelli a DNA ricombinante che iniettiamo ai nostri bambini. Prodotti di **ingegneria genetica** che, dopo decenni di inoculazioni prive di informazioni, oggi vengono elogiate in manuali orientati a trasferire l'inoculazione agli studi pediatrici, come nell'ultimo capolavoro della **FIMP** [\[L\] \[2-A28a\]](#).

Infine, la moderna vaccinologia utilizza ampiamente l'ingegneria genetica. Esempi di questo tipo sono quelli relativi al vaccino contro l'epatite B, costruito inserendo le sequenze genetiche del virus che codificano per l'antigene S in cellule di lieviti ottenendo così larghi quantitativi del fattore utile per la produzione di un vaccino efficace e sicuro. Lo stesso vale per la proteina L1 dei papillomavirus, fatta produrre da lieviti e poi utilizzata come base per la

Sempre nel **2006**, risolte alcune epidemie (che non sarebbero scoppiate senza i biolaboratori) su cui ci furono varie inchieste, ed avendo fallito miseramente, come oggi, nella produzione di medicinali immunologici, ci si preparava alle prossime (Patent No. : US 10,702,600 B1 - Jul. 7, 2020).

Epidemie potenzialmente nuove e riemergenti: la ricerca si incentrerà sulla lotta contro gli agenti patogeni emergenti che comportano rischi di pandemie, zoonosi comprese (ad esempio la SARS e l'influenza ad alta patogenicità). Se del caso, saranno adottate disposizioni per avviare rapidamente ricerche in collaborazione destinate ad accelerare lo sviluppo di strumenti diagnostici, farmaci e vaccini ai fini della prevenzione, del trattamento e della lotta efficaci contro le nuove epidemie.

Nel 2009 la dott.ssa Laibow sul finire degli anni '90 prese a parlare di un progetto di riduzione della popolazione che sarebbe stato posto in essere attraverso **pandemie** e vaccinazioni di massa che avrebbero causato morti ed infertilità. Nel video del 2009, l'ex Governatore del Minnesota (nonchè attore) Jesse Ventura, calcando la mano con una tremenda

spettacolarizzazione televisiva, permise comunque alla Laibow di avvertire il mondo di quanto sarebbe accaduto [2-V132]. Naturalmente fu derisa e bollata come complottista. Oggi, il **Johns Hopkins Center**, commisto con i famosi devianti, pubblica studi intitolati [L]:



Benchè la “*Global Vaccination Vision*” di **cotanto dementi devianti** fosse già in corso dal 2006, identifichiamo il vero accanimento terapeutico, avallato dalle istituzioni, a partire dal 2010, con l’emanazione del **GLOBAL VACCINE ACTION PLAN 2011-2020** [L] [2-A22], approvato dalla 65a Assemblea Mondiale della sanità con la risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l’implementazione della visione, espressa dal «Decalogo delle vaccinazioni», **con la ormai acclarata menzoniera promessa** di un mondo in cui ogni individuo indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, **possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione**, grazie alla disponibilità dei vaccini, che deve essere garantita dalle autorità sanitarie.

Development of GVAP

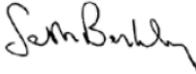
The Decade of Vaccines Collaboration was launched in 2010 to develop a shared plan to realize this vision. The Collaboration was led by WHO, UNICEF, Gavi, the US National Institute of Allergy and Infectious Diseases, and the Bill & Melinda Gates Foundation, coordinated by the Instituto de Salud Global Barcelona, Spain, and funded by the Bill & Melinda Gates Foundation. A Leadership Council, comprising executives of the lead organizations and a representative of the African Leaders Malaria Alliance,

The catalyst for GVAP was the call by Bill and Melinda Gates at the 2010 World Economic Forum for the next decade to be the ‘Decade of Vaccines’. Following the launch of the Expanded Programme on Immunization in 1974 and the commitment to Universal Childhood Immunization in 1984, global immunization coverage with the three-dose series of DTP (diphtheria–tetanus–pertussis) vaccine quadrupled, climbing to 84% by 2010. Smallpox had been eradicated and use of vaccines was making

L’OMS non può decidere sulla salute mondiale ed attuare direttive proposte dai suoi finanziatori [L]. Per le piccole spese, nel 2010 il magnanimo Bill donava 10 milioni di dollari per vaccini destinati alla solita Africa [L].

Secondo Bill e Melinda Gates, una più ampia diffusione dei vaccini potrà salvare oltre 8 milioni di bambini da qui al 2020 ma “i finanziamenti non sono ancora abbastanza, altri partner devono partecipare a questo sforzo”.

Il GVAP veniva firmato dai seguenti soggetti del tutto estranei nella gestione dei vari Stati, aventi copiosi conflitti di interessi in quanto connessi, con intricati legami, alle case farmaceutiche.

 Dr. Seth Berkley Chief Executive Officer <u>GAVI Alliance</u>	 Dr. Margaret Chan Director General <u>World Health Organization</u>	 Mr. Anthony Lake Executive Director United Nations Children's Fund (<u>UNICEF</u>)
 Dr. Christopher Elias President Global Development Program <u>Bill & Melinda Gates Foundation</u>	 <u>Dr. Anthony Fauci</u> Director US National Institute of Allergies and Infectious Diseases	 Ms. Joy Phumaphi Executive Secretary African Leaders Malaria Alliance

II GVAP ERA SOLO UNA VISIONE, appunto, senza **nessun fondamento scientifico**, non avendo ancora **nessun farmaco sicuro ed efficace** contro nessuna malattia trasmissibile, ma costituito solo l'intento di favorire le case farmaceutiche nella sperimentazione. Uno sforzo che richiedeva grandi risorse, reperite grazie ai continui finanziamenti degli stati membri e dall'acquisto dei **futuri medicinali** obbligati alla somministrazione.

Visione che ha reso necessaria la modifica normativa, restando sempre **nell'ambito astratto** della **cura del paziente** e di **bisogni insoddisfatti, non menzionando MAI la parola vaccino** se non in contesti emergenziali a seguito di attacco terroristico.

Senza nessun attacco terroristico, almeno esterno, gli stessi "**bisogni insoddisfatti**" usati per autorizzare la terapia **genica mRNA** per il COVID-10 erano già previsti, nel 2019, nella sperimentazione della terapia genica HPIV3 condotta da Moderna TX inc [\[L\] \[0-A12\]](#).

(19) United States	
(12) Patent Application Publication Ciaramella et al.	(10) Pub. No.: US 2019/0240317 A1 (43) Pub. Date: Aug. 8, 2019
(54) HPIV3 RNA VACCINES	provisional application No. 62/244,802, filed on Oct. 22, 2015, provisional application No. 62/244,946, filed on Oct. 22, 2015, provisional application No. 62/244,813, filed on Oct. 22, 2015, provisional ap-
(71) Applicant: ModernaTX, Inc. , Cambridge, MA (US)	

[0014] The RNA (e.g., mRNA) vaccines may be utilized in various settings depending on the prevalence of the infection or the degree or level of unmet medical need. The RNA (e.g. mRNA) vaccines may be utilized to treat and/or prevent a hMPV, PIV, RSV, MeV, a BetaCoV (e.g., MERS-CoV, SARS-CoV, HCoV-OC43, HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-NL, HCoV-NH, HCoV-HKU1), or any combination of two or more of the foregoing viruses, of various genotypes, strains, and isolates. The RNA (e.g., mRNA) vaccines

Nelle linee guida del documento “*A Strategy for the Heads of Medicines Agencies, 2011-15*”, adottate nel meeting del 25 ottobre 2010 [\[0-A3\]](#), tutti gli stati membri concordavano con l’attuazione della visione dei devianti, basata sul concetto di un sempre indefinito e mendace **rapporto rischio/beneficio** [\[2-V44\]](#), sul rischio derivante dalla somministrazione di farmaci appena approvati e quindi sconosciuti (costituenti tecnologia sanitaria emergente), sull’accettazione obbligata di tale rischio da parte della popolazione, sotto le mentite spoglie della corretta gestione a mezzo di efficienti e tempestivi sistemi di sorveglianza.

5.43 Proportionate regulation needs high levels of understanding about risk on the part of the public, or at least high levels of confidence in the system that oversees medicines. Is there a faster and more efficient system for medicines regulation that can both get useful pharmaceuticals to patients quicker and maintain confidence in the products? This is a complex area where there are very strong public health and economic reasons to ensure that regulation is proportionate, but there are real challenges in getting the balance right.

Tale prospettiva era rivolta all’introduzione di medicinali per la **CURA** di pazienti, non considerando **mai** la possibilità di applicazione a terapie di profilassi. Tuttavia, lo sviluppo tecnologico sarebbe stato molto lento se la sperimentazione post-marketing avesse coinvolto solo l’esiguo numero di pazienti. Così, ingannando e senza informazione, **tale rischio sarà poi imposto soprattutto alla popolazione pediatrica.**

to ensure that the pharmaceutical industry can have efficient, effective and appropriate interactions with a regulatory system which safeguards consumer and animal health, and that the industry has confidence that concerns it raises will be dealt with expeditiously
to ensure that other regulators recognise the European regulatory system as a key player on the international stage, and exchange information with that system.

La difesa della salute pubblica è stata sempre lo **scudo etico e legale** per lo sviluppo tecnologico.

In order to have effective relationships with industry and other regulators, the HMA needs to build regular two-way communication with them. Although this has been done on a periodic basis in the past, it has tended to be somewhat ad-hoc. Moving forward, this needs to be done on a sustained and sustainable basis to build trust, genuine dialogue, and a shared commitment to working together on protecting and promoting public and animal health in Europe.

Non vi è mai stata bidirezionalità e trasparenza, sino all'ultimo inesistente **segreto militare**.

Trascurando quello che accadeva prima del 2010, come la somministrazione di medicinali a DNA ricombinanti, approvati con il regolamento CEE 2309/93 che non contemplava la profilassi ma solo l'introduzione di nuove tecnologie, somministrate prima del recepimento della direttiva 83/2001 e senza sorveglianza e controllo, dal 2010 inizia il cambio di normativa per la caratterizzazione europea del **GVAP**, **l'EVAP**, per avallare le "*Conclusioni del Consiglio sulla vaccinazione infantile: successi, sfide e prospettive della vaccinazione infantile in Europa*" [\[2-A23\]](#) (riprese nel 2014 [\[2-A24\]](#)),

- **LA DIRETTIVA 2010/84/UE del 15 dicembre 2010**

modificava la Direttiva CE 83/2001 relativamente alla farmacovigilanza, introducendo il sistema ed il piano di **gestione del rischio**, nonché il **fascicolo di farmacovigilanza**, imponendo alle autorità nazionali (NAC) la **redazione di una relazione di valutazione** dove formulare osservazioni sul fascicolo per quanto riguarda i risultati dei test farmacologici e preclinici, degli studi clinici, il sistema di gestione dei rischi e il sistema di farmacovigilanza per il medicinale interessato. La relazione di valutazione è **aggiornata** ogni qualvolta siano disponibili **nuove informazioni rilevanti ai fini della valutazione della qualità, sicurezza o efficacia** del medicinale di cui trattasi.

- **Regolamento UE 1235/2010 del 15 dicembre 2010**

Modificava, relativamente alla farmacovigilanza, il regolamento CE 726/2004 ed il Regolamento UE 1394/2007, istituendo il **Comitato di Valutazione dei Rischi (PRAC)** quale responsabile della valutazione del rischio, dell'analisi dei sistemi di farmacovigilanza e dell'esamina dei rapporti periodici di sicurezza. Queste analisi richiederanno una armonizzazione delle nomenclature, formati e standard per lo svolgimento delle attività di farmacovigilanza ed i requisiti minimi per il monitoraggio dei dati contenuti nella banca dati Eudravigilance al fine determinare la presenza di rischi nuovi o il cambiamento degli stessi.

Con il regolamento 1235 si introduce il concetto di **monitoraggio addizionale**, richiesto a seguito di una autorizzazione concessa in circostanze eccezionali e **carente** di informazioni importanti su efficacia e sicurezza. Si introduce il repository centrale Eudravigilance, **forse ancora oggi inefficiente**. Un monitoraggio che richiedeva **l'obbligatoria effettuazione di studi sulla sicurezza post-autorizzazione (PASS)** [\[L\]](#).

- **Regolamento UE 520/2012**

Relativo alle procedure per lo svolgimento delle attività di farmacovigilanza previste dal regolamento (CE) n. 726/2004 e dalla direttiva CE 83/2001, che definiva i requisiti minimi del sistema di farmacovigilanza, introduceva il fascicolo di farmacovigilanza e la gestione delle segnalazioni.

- **Direttiva UE 62/2012 del 25 ottobre 2012**

Che modificava la direttiva CE 83/2001 relativamente alla farmacovigilanza **“a causa di avvenimenti intercorsi”**, rivendendo le procedure di emergenza.

— prendere in considerazione il ricorso, <u>se del caso, a vaccini innovativi la cui efficacia, anche sotto il profilo dei costi, sia stata dimostrata per far fronte ad esigenze insoddisfatte in materia di sanità pubblica,</u>	— assicurare sinergie tra la promozione della vaccinazione infantile e l'attuazione della <u>legislazione e delle politiche pertinenti dell'UE</u> , nel pieno rispetto delle competenze nazionali,
— prendere in considerazione l'introduzione o l'ulteriore sviluppo di <u>sistemi d'informazione in materia di vaccinazione</u> , tra cui una migliore registrazione, ove possibile, nonché sistemi di farmacovigilanza,	— esaminare, in stretta cooperazione con l'ECDC e l'EMA e <u>tenendo conto dei lavori sinora compiuti dall'OMS</u> , le opzioni volte a:

Si predispondeva la normativa che consentiva la somministrazione di sostanze sconosciute, e dunque rischiose, garantendo la meticolosa gestione di tale rischio. Puntualizzo che la normativa e la stessa AIFA definisce 4 (quattro) fasi della sperimentazione [\[L\]](#). **Dopo l'immissione in commercio, inizia la fase 4, detta post-marketing, che rimane a tutti gli effetti una fase sperimentale, necessitante di almeno ulteriori 5 anni di indagini, prima di condere al Titolare l'autorizzazione definitiva, o procedendo con il ritiro dal commercio.**

La **fase 4 della sperimentazione** non deve essere confusa con la somministrazione incontrollata di farmaci e con la **lunga ed inerme attesa** affinché qualcuno, a seguito della consapevolezza di ciò che gli accade, segnali un possibile evento avverso, valutato solo dopo molti mesi [\[L\]](#). Questa non è definibile neanche sperimentazione umana, in quanto non porta alcun beneficio, se non quello di abituare all'inoculazione. La fase 4 deve al contrario includere studi post-marketing di tipo **interventistico e PASS, oltre studi osservazionali**,

studi da associare alla tempestiva analisi delle segnalazioni spontanee (DM 17 dicembre 2004) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Tali linee guida, implementate solo col **DM 30 aprile 2015, NON disponevano infatti la ricerca attiva di bambini da inoculare ma la ricerca attiva, da parte di ogni RLFV, di informazioni a supporto della sicurezza.**

A seguito delle responsabilità discendenti dalla normativa sopra evidenziata, il nostro Paese abrogava il Titolo IX del Dlgd 219/2006 sulla farmacovigilanza e dunque, la possibilità di verifica dell'impatto derivato dalla somministrazione di preparati biotecnologici sotto indagine.

2-R44 - Durante la fase **post-marketing** si somministra un farmaco il cui profilo di sicurezza ed efficacia non è ancora definito e, come accade sempre, necessita di successive **variazioni di tipo II** a seguito di approfondimenti e reazioni avverse. Dunque, **in caso di obbligatorietà durante il periodo di sorveglianza**, non si forza, a tutt'oggi gli effetti, l'inoculo di un farmaco **potenzialmente difettoso** (direttiva 85/374/CEE) [\[L\]](#) **in netta violazione del dispositivo dell'art. 443 cp?**

Dopo decenni di inoculazioni senza alcun ritegno, con medicinali continuamente aggiornati, con nuove formulazioni e associazioni, oggi ci si dimena nell'analisi della mole di dati ottenuta a beneficio delle case farmaceutiche, riuscendo solo a congetturare, confondere i dati compromettenti e continuare ad inoculare [\[L\]](#) [\[L\]](#). Ancora oggi la popolazione è ingannata (come lo sono stato io all'epoca), considerando "vaccini" medicinali immunologici costruiti con tecnologia rDNA, mai menzionando il vero processo produttivo che prevede l'utilizzo delle linee di feto abortito **MRC-5** (Medical Research Council 5) (con fibroblasti di polmone umano embrionale) (numero ATCC CCL-171), **WI-38** (Winstar Institute 38), con fibroblasti diploidi di polmone umano, o proteine umane **GM**, albumina umana o geneticamente modificata dal lievito.

Nel 2018, in risposta a richieste effettuate dall'associazione Corvelva [\[L\]](#), EMA rispondeva affermando la possibilità di contaminazione dei vaccini con DNA umano derivante dal processo di fabbricazione. Dopo due anni, veniva pubblicata l'indagine effettuata dallo staff di CORVELVA, confermando la presenza di DNA umano in eccesso del **300%** rispetto ai limiti stabiliti da EMA [\[L\]](#). Identico problema si è riscontrato con il velno anti-covid.

A seguito del Global Vaccination Action Plan (GVAP 2010- 2020), ogni Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (**compreso il nuovo 2023-2025**) ha condiviso gli stessi "slogan"

(sempre rimandati), espressi nell'EVAP (European Vaccination Action Plan – “la decade dei vaccini”) unica vera contestualizzazione del GVAP.

Definito il programma sperimentale delle case farmaceutiche, nel 2012 veniva pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 [\[L\]](#) e, a Roma, veniva presentata la 1° edizione del **Calendario Vaccinale per la Vita**.

Dovendo obbligare i medici alle inoculazioni, si emanava la Legge 8 novembre 2012 n. 189, il cui articolo 3 disponeva che, seguendo le indicazioni del Calendario, in caso di accertata responsabilità professionale, si risponderà esclusivamente per colpa grave. Ovvero non responsabile se applicante direttive autorizzate dal Ministero ma emesse dalle stesse società scientifiche.

Accanto al **calendario vita** analizzato precedentemente [\[L\]](#) [\[L\]](#) e prodotto dal **board**, era istituito ed è ancora attivo, il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita congenita (**PNEMoRc**) 2010-2015 [\[2-A25\]](#), copia del precedente PNEMoRc 2009, con cui si aderisce ancora alle raccomandazioni dell'OMS sulla eradicazione del morbillo a livello MONDIALE entro il 2015. Leggendo il PNEMoRc 2010-2015 (ed il precedente), la parola **sicurezza** viene usata solo come “sentimento” da infondere al pubblico mentre la direttiva principale può essere riassunta dai seguenti punti, che mi astengo dal commentare.

l'OMS ci ordinava questo:

4. tenuto conto della possibile co-somministrazione, dal 13° mese di vita, del vaccino MPR e di altri vaccini quali antipneumococco e anti meningococco con la terza dose del vaccino esavalente, nel caso in cui i genitori o il tutore rifiutino di effettuare più di due vaccinazioni nella stessa seduta, si raccomanda di dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR suggerendo di posticipare le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica.

5. utilizzare tutte le occasioni opportune (visita al centro vaccinale o dal pediatra) per verificare lo stato vaccinale del bambino e vaccinarlo se necessario.

4. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (es. richiamo anti difterite-tetano-pertosse, vaccinazioni per i viaggiatori), certificazioni (iscrizione a campi estivi, iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, altre visite mediche dal pediatra/medico di base, per vaccinare con la seconda dose di MPR. Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (es. vaccino HPV), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la seconda dose.

2. Identificare la strategia vaccinale più idonea per tali coorti offrendo attivamente due dosi a coloro che non sono mai stati vaccinati e una dose a chi ne ha già effettuata una (per esempio, chiamata attiva dei diciottenni suscettibili legalmente idonei ad una decisione autonoma).

4. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica affinché tutte le negatività al rubeo test (IgG) effettuato per qualunque motivo in donne in età fertile venga comunicato ai servizi di vaccinazione in modo da chiamare attivamente le donne negative.

7. Predisporre in ogni ASL protocolli per la vaccinazione delle donne suscettibili nel post-partum e post-interruzione volontaria di gravidanza o aborto, da diffondere a tutti i punti nascita del territorio. Possibili strategie:

- Vaccinazione somministrata in corso di ricovero prima della dimissione (strategia da preferire)
- Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale con chiamata *ad hoc*
- Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale in occasione della somministrazione della 1° dose di vaccini al neonato.

15. Informare i servizi vaccinali della necessità di segnalare i seguenti eventi avversi:

- insorgenza entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: anafilassi, shock, episodio di ipotonia iporesponsività
- insorgenza entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: encefalopatia, convulsioni, meningite asettica, trombocitopenia, paralisi flaccida acuta, decesso, e ogni altro evento grave, inclusi i ricoveri

si conoscevano eccome gli eventi avversi, tra cui la trombocitopenia, trattata in seguito

Come evidenziato dall'ultimo stralcio, già 10 anni fa **erano evidenti molti eventi avversi ancora oggi in analisi**. Ad esempio, per il segnale di trombocitopenia insorto nell'utilizzo del Triaxis-Polio (quello che dovrebbe essere inoculato a mia figlia) è stato escluso il nesso causale per l'ennesima volta nell'anno corrente (EMA/PRAC/135553/2023), **dopo le solite ed attente analisi**.

Nonostante la mancanza dei mezzi necessari, le evidenze allarmanti sempre noscoste [\[L\]](#), si è proseguito (e si prosegue oggi) alla forzosa attuazione di piani proposti dai soliti portatori di interesse (influenza poi legalizzata dalle norme sul partenariato pubblico-privato reg. UE 557/2014), con cui si sigalvano accordi per il nostro ruolo come oggetto di esperimenti [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), [\[L\]](#), prendendo il morbillo come portabandiera, malattia trasmissibile conosciuta a tutti e di semplice comprensione, come lo è oggi la CO2 per il cambiamento climatico.

Gentiloni riceve Gates e twitta: accordo globale sui vaccini

Con un tweet e una foto, il ministro degli Esteri, Paolo Gentiloni, ha svelato una visita lampo di Bill Gates alla Farnesina. All'incontro con il fondatore della Microsoft presente anche il vice ministro, Lapo Pistelli. Nel pomeriggio, Gates è stato per alcune ore al Centro Enea, dove ha visitato i laboratori e ascoltato i ricercatori.

12 NOVEMBRE 2014



Proprio nel 2014, quando l'Italia esercitava la presidenza di turno del consiglio dell'Unione [L](#), iniziavano gli ancora più stringenti accordi con le case farmaceutiche per il tramite di organizzazioni umanitarie, tutte annoverati la presenza di **uno degli esseri più devianti e letali al mondo**.

Del tutto ignari, accettavamo di portare avanti, sulla nostra pelle, le decisioni imposte [L](#) a seguito di accordi quali quelli menzionati nell'articolo 1 comma 1 lettera e, del DL 29 marzo 2004, come modificato dalla Legge di conversione n.138 del 26 maggio 2004 (*interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*) e dettagliati meglio nel PRN 2005-2007:

L'Italia capofila per le strategie vaccinali a livello mondiale

Nell'ambito del Global Health Security Agenda, lo scorso venerdì l'Italia è stata designata quale capofila per i prossimi cinque anni delle strategie e campagne vaccinali nel mondo. A ricevere questo prestigioso incarico alla Casa Bianca a Washington, alla presenza di Barack Obama, il Ministro Lorenzin e il Presidente dell'AIFA Pecorelli che commentano: "Un importante riconoscimento scientifico e culturale internazionale per il nostro Paese".

2-R45 - Quale riconoscimento scientifico era quello di avallare campagne vaccinali con farmaci di sconosciuto profilo di sicurezza ed efficacia, promosse dalle case farmaceutiche (Titolo VIII D. Lgs. 24.4.2006 n. 219) senza controllo, esposizione e segnalazione?

"In ragione di questa expertise abbiamo proposto il tema dei vaccini in tutti gli incontri del Semestre Europeo" ha aggiunto il Ministro Lorenzin "e lo riproporremo con forza anche nel corso del Consiglio UE di dicembre. All'interno dell'Unione Europea i tassi di vaccinazione stanno diminuendo pericolosamente, in Italia assistiamo, ad esempio, a un calo delle vaccinazioni influenzali fra gli anziani e all'aumento dei casi di morbillo, tutto ciò è frutto di un senso di falsa sicurezza rispetto a determinate malattie e alla diffusione di dubbi tra i genitori, alimentati dalla pseudoscienza. Proprio per questo è importante tenere alta la guardia sulle vaccinazioni nel mondo e in particolare in Europa, combattendo contro l'abbassamento della percezione del rischio".

Il ruolo dell'Italia in questo nuovo ed ambito compito era meglio descritto nel comunicato di AIFA del 3 November 2014 [\[L\]](#).

"La vaccinazione è anche un sistema intricato" ha sostenuto il Direttore Generale AIFA "che vive di una dialettica essenziale tra la complessità del sistema regolatorio e la singolarità dell'atto individuale in cui tutto si risolve. Immunizzazione significa anche ricerca, una grande rivoluzione sta per arrivare nel campo dei vaccini grazie ai vaccini immunoterapici per i tumori, contro l'Alzheimer e per l'abuso di sostanze stupefacenti. Stiamo per aprire la cassaforte genomica del sistema immunitario e ciò ci dovrebbe portare in pochi anni a strumenti sempre più precisi ed efficaci".

Nel 2014 la Lorenzin partecipava all'incontro a Palazzo Chigi con i Ceo mondiali di Big pharma (Bayer, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Glaxosmithkline, Johnson & Johnson, Merck Serono, Novartis e Roche) assieme all'allora "premier" **Matteo Renzi** che li invitava a puntare e a investire sull'Italia [\[L\]](#).

Renzi apre ai big del farmaco. Appello per la crescita: «Investire in Italia è un'opportunità, il Paese sta cambiando»

RASSEGNA STAMPA 07/10/2014 - 75 VISUALIZZAZIONI -

Il vertice. È la prima volta che un primo ministro incontra un gruppo così qualificato di Ceo; al tavolo anche Bayer, Eli Lilly, GlaxoSmithKline

Metti dieci Ceo mondiali di Big Pharma a Palazzo Chigi e un premier che li invita a puntare (e a investire) sull'Italia. E metti che Big Pharma risponda: lo stiamo già facendo, anche oltre le promesse fatte, «siamo pronti a dare ancora una mano». Prove tecniche di sintonia tra il Governo e le industrie farmaceutiche ieri a Roma. Con un incontro a sorpresa tra Matteo Renzi e le imprese del farmaco internazionali, comprese alcune italiane come Menarini e Chiesi, che già hanno base e forza in Italia. Un incontro che fa seguito a quello avvenuto nei mesi scorsi a Bari, quando il premier per la prima volta fece un esplicito endorsement pro industria farmaceutica, definendola strategica per lo sviluppo e invitandola a consolidare e ad allargare la propria presenza nel nostro Paese.

Non esisteva nessuna emergenza, come non c'è stata emergenza oggi, ma solo mistificazione e distorsione della realtà propinata dalla corrotta informazione pubblica, accompagnata da violazione di leggi costituzionali ed etiche.

Come dettagliato meglio in Procura, **l'epidemiologia non può essere unico strumento per le decisioni in merito alla salute pubblica** perchè **non costituisce scienza**, ma solo raccolta di dati facilmente manipolabili e completamente inutili senza l'ausilio dei mezzi necessari alla sorveglianza. Classico esempio avuto con i report per i pro-farmaci covid:



Dunque, adducendo come scusa qualche caso di morbillo, senza avere i mezzi per il tracciamento, senza conoscere il profilo di sicurezza dei farmaci che venivano iniettati, **in quanto non venivano utilizzati i fondi per progetti di farmacovigilanza attiva** [\[2-A26\]](#) [\[2-A26a\]](#).

Quello che oggi è accaduto nel nostro Paese, **unico a ricattare i dodicenni per l'inoculazione**, non è altro che il proseguimento di tali piani e di successivi accordi sulla nostra salute, sotto le mentite spoglie della salvaguardia della salute delle popolazioni più svantaggiate [\[L\]](#) e di ingannevoli proclami [\[L\]](#).

Bill Gates, grazie Renzi per sostegno Global Fund

27 giugno 2016, 16:23

Il fondatore di Microsoft parla all'Istituto Superiore di Sanità, "ci vorranno 8-10 anni per un vaccino contro l'Aids"

2-R46 - È stato trovato un vaccino contro l'Aids??

I vecchi proclami sono identici agli attuali, con facile presa sulla sofferenza, sulla speranza, ed oggi anche sulla paura [\[L\]](#).

Una nuova era di vaccini mRNA per cancro e altre malattie? Moderna ne è convinta e si espone: “Ce la faremo entro il 2030”

A scommetterci è il capo dello staff medico dell'azienda americana Paul Burton che ha anticipato al Guardian le prossime mosse dell'azienda all'avanguardia per la ricerca sui vaccini mRNA. “Penso che quello che abbiamo imparato negli ultimi mesi è che se prima si poteva pensare che l'mRNA fosse solo per le malattie infettive, o solo per il Covid, l'evidenza ora è che non è assolutamente così”.

La piattaforma mRNA non è stata creata per il Covid, ma è esattamente il contrario.

Le continue inoculazioni pediatriche fanno parte di un più ampio progetto ed obblighi, mai presentati e discussi con la popolazione, obblighi che si palesano anno dopo anno, in Comunicazioni, Direttive e Regolamenti, approvati dai nostri rappresentanti senza nessuna condivisione delle implicazioni di tali scelte, fatte poi passare per catastrofismo.

Anche se gli obiettivi concordati e le relative ricadute in ogni aspetto della nostra vita sono strettamente interconnessi e facenti parte dell'unica strategia chiamata “agenda 2030” (che racchiude o interseca numerose altre programmazioni del nostro futuro, come Orizzonte 2020, oggi Next Europe), l'oggetto di questa comunicazione è **l'ambito sanitario**.

Gli obblighi in tale ambito sono accennati ad esempio nella Comunicazione della Commissione COM(2018) 233 final del 5.4.2018 [\[L\]](#).

La Commissione intende intensificare il coordinamento tra le autorità dell'UE per attuare lo scambio sicuro di dati genomici e altri dati sanitari al fine di far progredire la ricerca e la medicina personalizzata. Combinando dati genomici sequenziati e altri dati medici, i medici e i ricercatori possono avere un quadro più completo della malattia in un particolare individuo e determinare il trattamento più adatto a lui. Ciò dovrebbe basarsi su un sistema di amministrazione trasparente, con l'obiettivo di collegare le banche nazionali e regionali di dati “-omici”⁴⁴, le biobanche e altri registri nell'UE. L'obiettivo iniziale di tale coordinamento è quello di fornire accesso ad almeno 1 milione di genomi sequenziati nell'UE entro il 2022⁴⁵, e successivamente ad una potenziale coorte più vasta basata sulla popolazione (oltre ai genomi sequenziati) di almeno 10 milioni di persone entro il 2025. Ciò integrerà la definizione del profilo molecolare, la diagnostica per immagini, lo stile di vita (in particolare i fattori di rischio), la genomica microbiologica e i dati ambientali nonché collegamenti a cartelle cliniche elettroniche e svilupperà ulteriormente gli approcci predittivi del “paziente digitale” basati su modelli informatici, simulazioni e intelligenza artificiale. In ultima analisi ciò contribuirà a gettare le basi per sviluppare una mappa di riferimento (atlante) di tutte le cellule umane allo scopo di analizzare i tessuti umani e gli organi con metodologie all'avanguardia, nonché di confrontare e comprendere i cambiamenti durante il decorso della malattia.

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

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

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

La piattaforma mRNA, secondo gli attuali spot propagandistici, sarà utilizzata per l'implementazione delle scelte unilaterali riguardanti la nostra salute, come "la vaccinazione durante tutto l'arco della vita", decisa decenni fa e legalizzata ad esempio con il Regolamento UE 557/2014, richiamante le parti II e III dell'allegato I della decisione 2013/743/UE. Il PNPV 2010-2012 ne dava già un accenno (pag. 14) [\[L\] \[2-A28\]](#).

Siamo arrivati al punto che, dopo mezzo secolo di aiuti umanitari alle popolazioni povere, mentre continuano a morire per malnutrizione milioni di bambini ogni anno, si vuole oggi risolvere l'emergenza con continue inoculazioni [\[L\]](#).

A maggio 2022 si è tenuto il "Ph. Eur. Commission kicks off elaboration of three general texts on mRNA vaccines and components" [\[L\]](#) e ci si prepara ai soliti partenariati in cui chi porta i soldi decide la nostra salute.

Servizio | Salute T

Tecnologie mRna, Moderna approda in Italia e guarda alle partnership istituzionali

Con 800 milioni di dosi prodotte nel periodo clou della pandemia ha spiccato il volo grazie ai vaccini contro il Covid

di Barbara Gobbi
21 giugno 2023

Si invoca il presunto risparmio da anni e si suppone che tale risparmio si ottenga con i vaccini, **mentre si sottraggono ulteriori 500 milioni alla sanità.**



Lo scopo delle inoculazioni non è il risparmio, anzi, proprio la necessità delle inoculazioni imposte ha richiesto anche lo smantellamento del nostro SSN, creando le strutture informatiche ed organizzative per il **paziente digitale**, curato dalla medicina predittiva [\[L\]](#).

La Philips indagata per la morte di centinaia di persone a causa dei suoi ventilatori **CORRIERE DELLA SERA**
CONTENUTO SPONSORIZZATO DA PHILIPS E REALIZZATO DA CAIRORCS STUDIO ?

La cura sostenibile: il peso (da ridurre) della Sanità sull'ambiente

I sistemi sanitari sono responsabili del 4,4% di emissioni globali di CO₂.
Con ripercussioni sul pianeta, ma anche sulla nostra salute

Sulla base del concetto dell'**age scaling**, si parte sempre a sperimentare sugli anziani, propinando ancora oggi inoculazioni inutili e dannose, per l'**invecchiamento in salute** proposto dai nostri benefattori e descritto nella Comunicazione Della Commissione "relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana Bruxelles, 25.4.2018 COM(2018) 233 final".

Sono anche state sviluppate strutture di cooperazione, ad esempio il partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute¹⁸, il programma comune a sostegno di una vita attiva e autonoma (*Active and Assisted Living*)¹⁹ e partenariati pubblico-privato come l'iniziativa in materia di medicinali innovativi²⁰ e Componenti e sistemi elettronici per la leadership europea²¹. Anche le strategie di specializzazione intelligente regionali e nazionali svolgono un ruolo centrale nello sviluppo di ecosistemi regionali più forti nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Dal 2004, due piani di azione relativi all'eHealth²² hanno fornito un contesto per l'azione politica degli Stati membri e della Commissione, e il gruppo di soggetti interessati nell'ambito della sanità elettronica (*eHealth Stakeholders Group*)²³ ha svolto un ruolo importante.

L'Italia è dotata persino di un comitato tecnico scientifico di **HappyAgeing, alleanza italiana per l'invecchiamento attivo** [L](#), ennesima **scatola mangia PNRR**, ricolama di associazioni, federazioni, organizzazioni e società di vario tipo che ha come unico e vero obiettivo l'agenda dei finanziatori, tra cui la continua sperimentazione di nuove terapie.

HappyAgeing ha scelto di aderire convintamente all'Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile-ASviS. Organizzazione che ha il compito di promuovere la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i relativi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile da raggiungere entro il 2030. L'invecchiamento attivo è ricompreso tra le priorità.

Dalla solita propaganda sembrava chiaro che in autunno si sarebbe ricominciato nonostante quello che accade alla popolazione.

Il ministero alla Salute: “Vaccinazione anti Covid per tutti gli over 60”

di Michele Bocci



Annunciato l'avvio della campagna che ad autunno proteggerà gratuitamente anziani e fragili dal virus pandemico. Si svolgerà in contemporanea con quella contro l'influenza

Si continua così in modo equo e solidale, ossia danneggiando tutti allo stesso modo, a perseguire gli obiettivi dei nostri carnefici.



Ministero della Salute · 22 set

Il Ministro Schillaci è intervenuto in occasione dell'Assemblea ONU #UNGA all'evento sulla copertura sanitaria universale in ottica di equità, sostenibilità e resilienza promosso dal Giappone nell'ambito della presidenza G7.

[@WHO](#) [@DrTedros](#) [@BillGates](#) 
[@melindagates](#) [@EU_Health](#)



2.3.1. LA CONOSCENZA DEL NOSTRO ESSERE

La medicina predittiva e personalizzata, basata sulla piattaforma mRNA e sull'epigenetica, necessita della conoscenza profonda del nostro essere per poter essere applicata. Oltre alla suddivisione in target di popolazioni in base a stili di vita in generale, occorre una caratterizzazione genomica dell'essere da curare preventivamente e soprattutto individualmente.

Possiamo citare la Decisione CE 973/2006, che riportava fedelmente **17 anni fa**, i piani sconosciuti oggi pubblicamente dalle istituzioni ma ripresi nello stralcio della direttiva COM(2018) 233 del 2018, sotto riportato.

Ricerca high-throughput (ad elevate prestazioni): catalizzazione dei progressi nell'elaborazione di nuovi strumenti di ricerca nella biologia moderna, compresa la genomica fondamentale, che rafforzeranno notevolmente la produzione di dati e miglioreranno la standardizzazione, l'acquisizione e l'analisi di dati e di campioni (biobanche). Le ricerche si incentreranno sulle nuove tecnologie per il sequenziamento, l'espressione genica, la genotipizzazione e la fenotipizzazione, la genomica strutturale e funzionale, la bioinformatica e la biologia dei sistemi, e altre tecnologie "-omiche".

Tutta la normativa degli ultimi 15 anni tratta lo stesso argomento e le linee guida che ci hanno condotto ad oggi. Un altro esempio è il Piano di Prevenzione Nazionale PNV 2010-2012 [\[L\] \[2-A28a\]](#):

Tutti questi elementi si ritrovano, persino ad un maggior grado di coerenza e problematicità, quando ci si rivolge all'ambito dell'indagine genetica (nonché alla proteomica).
 La genetica predittiva riguarda specificamente lo studio di quei caratteri o geni correlati a determinate malattie/condizioni e, dunque, mette in grado di individuare le persone per le quali il rischio di ammalarsi è, su base genetica, significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.
L'uso delle informazioni della genomica per prevenire malattie e per promuovere la salute è già diffuso e, secondo il CDC, riguarda tutte le fasce di età.

Già nel 2010, erano in discussione i rapporti tra medicina predittiva genetica e sanità pubblica, e delle implicazioni etiche, oggi superate brillantemente.

All'interno della cornice generale sull'uso dei test genetici, un rilievo particolare assumono alcune *regole di utilizzo* che ad ogni buon fine vanno rammentate.

Secondo l'articolo 12 della Convenzione di Oviedo "non si potrà procedere a dei tests predittivi di malattie genetiche o che permettano sia di identificare il soggetto come portatore di un gene responsabile di una malattia sia di rivelare una predisposizione o una suscettibilità genetica a una malattia se non a fini medici o di ricerca medica, e sotto riserva di una consulenza genetica appropriata". Anche secondo la World Medical Association, che nel 1995 ha proposto una regolamentazione per i test genetici, è giustificato ricorrere ai test solo nei casi in cui sia possibile una terapia o un intervento profilattico per correggere la condizione genetica individuata, oppure quando dalla informazione genetica raccolta derivino decisioni che l'individuo deve prendere se ha intenzione di procreare¹⁷.

La Conferenza Stato Regioni del 2013 "Linee di indirizzo su la genomica in sanità pubblica" [\[L\]](#) identificava la medicina predittiva, nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, come una delle quattro macroaree rispetto alle quali, il Ministero della salute e le Regioni si erano impegnate ad intervenire. Definiva inoltre la necessaria predisposizione di un Protocollo di utilizzo della **Public health genomics** col **significato strategico** di "garantire la realizzazione delle politiche, fornendo strumenti per realizzare la programmazione".

La tracciatura genomica è laboriosa e complessa, tuttavia, il nostro Paese è stato sempre in prima linea nell'attuazione delle direttive europee e nel 2018, ad esempio, con l'accordo "EU countries will cooperate in linking genomic databases across borders" [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) insieme ad altri 13 paesi, decideva la condivisione di più dati genomici, con l'obiettivo di migliorare la comprensione e la prevenzione delle malattie, consentendo **trattamenti più personalizzati**.

Sempre nel 2018, il nostro paese, insieme ad altri 13, firmava l'*agreement* "DECLARATION OF COOPERATION Towards access to at least 1 million sequenced genomes in the European Union by 2022" [\[L\]](#), per l'attuazione graduale dell'approccio genomico della salute pubblica sia a livello Unione Europea e livello nazionale, sulla base delle passate iniziative dell'Unione Europea.

Arriva il covid, e nel rapporto n.13/2020 [\[2-A29\]](#), si leggeva della necessità del **biobancaggio**, anche dei soggetti non contagiati e non ricoverati, fattibile solo attraverso il tamponificio.

2-R47 - PERCHÉ PRELEVARE IL MATERIALE BIOLOGICO DI SOGGETTI SANI, SENZA DARE ALCUNA INFORMAZIONE DELL'ATTO?

L'emergenza COVID-19 mette fortemente in evidenza l'importanza e la delicatezza di questo processo e ci impegna ad agire con responsabilità aumentata affinché sia possibile e condiviso un processo informato di raccolta dei preziosi campioni, un processo rispettoso dei diritti e delle circostanze, ma con i requisiti etico-legali che permettano poi di conservare nel tempo i campioni raccolti e di sviluppare tutte le azioni di ricerca collaborativa necessarie per dare risposte di salute alla cittadinanza.

La previsione e il rispetto di questi requisiti permetteranno di biobancare i campioni raccolti anche in emergenza, di poterli collegare ai dati personali (es. clinici, genetici, stile di vita) della persona cui appartengono, e di evitare la loro anonimizzazione a fine emergenza per l'impossibilità di recuperare il consenso informato.

Inoltre, per la ricerca COVID-19 è sin da ora essenziale coinvolgere nel biobancaggio anche i cittadini non contagiati e non ricoverati, con un'azione di informazione pubblica e un modello di consenso informato dedicato, configurato per agevolare la comprensione dell'importanza del biobancaggio COVID-19 (disponibile al seguente link <https://www.bbmri.it/nodo-nazionale/elsi-covid-19/>) (Appendice A).

Il link riportato nello stralcio del rapporto dell'ISS rimanda al [BBMRI.it](https://www.bbmri.it) [\[L\]](#), una infrastruttura distribuita in tutto il territorio nazionale che include Biobanche, Centri di risorse Biologiche e Collezioni collocati in diverse regioni italiane e tre Common Services.

La Biobanking and BioMolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI) è una delle più grandi infrastrutture di ricerca per la ricerca sanitaria in Europa.

Con la Decisione di Esecuzione dell'Commissione (2013/701/UE) del 22 novembre 2013, BBMRI è diventato un *European Research Infrastructure Consortium* (ERIC). L'accordo tra 19 paesi - 17 membri e 3 osservatori e un'organizzazione internazionale (OMS/IARC) - ha consentito di creare un'infrastruttura di ricerca distribuita paneuropea per diventare poi uno degli strumenti più importanti nella scoperta biomedica e clinica.

Il nostro Paese ha contribuito alla fondazione dell'IARC (International Agency for Reserch on Cancer) nel 1965. Oggi però la popolazione ha liste di attesa di anni per gli esami nella pervenzione di tali malattie, mentre aziende italiane sono leader nella biobancaggio, come la DANTE LABS [\[L\]](#), partecipante addirittura alla J.P MORGAN CONFERENCE e che già da qualche anno raccoglieva campioni biologici per dei test ad ampio spettro, dal metabolismo alla discendenza.

Nel novembre 2021, mentre iniziava la segregazione e la discriminazione delle persone più coscienti e consapevoli delle menzogne oggi dichiarate, forti dei dati raccolti e quindi degli sviluppi futuri degli studi, si teneva la Giornata Nazionale delle Biobanche [\[2-A30\]](#).



BBMRI.it
Biobanking and
BioMolecular
Resources Research
Infrastructure
of Italy

GIORNATA NAZIONALE BBMRI.IT

Marialuisa Lavitrano
Coordinatore Nazionale
Direttore BBMRI.it

25 Novembre 2021



BBMRI-ERIC®

I PROGETTI EUROPEI DELLE INFRASTRUTTURE, IL RUOLO DI BBMRI-ERIC E DEI NODI NAZIONALI

Ingolosi dal budget di circa **100 MILIARDI di euro del programma di finanziamento dell'UE per la ricerca e l'innovazione**, il nodo italiano delle biobanche risponde alla richiesta di interesse nel partecipare alle prime 4 call Horizon Europe:

- HORIZON INFRA 2021-EOSC-01-06: FAIR and OPEN DATA sharing in support to European preparedness for COVID19 and other infectious diseases.
- HORIZON-I NFRA-2021-SERV-01-01: Research Infrastructure services for rapid research responses to infectious disease epidemics
- HORIZON-INFRA-2021-SERV-01-02: Research Infrastructures services to support research addressing cancer
- HORIZON-INFRA-2021-EOSC-01-06: FAIR and open data sharing in support of cancer research

Si giunge al **Programma Nazionale per la Ricerca PNR 2021-2027**, pubblicato dal Ministero dell'Università e della Ricerca [\[L\]](#) ed al **Piano Nazionale Infrastrutture di Ricerca PNIR 2021-2027** [\[L\]](#), prevedendo due azioni a valenza nazionale: l'una rivolta al potenziamento della rete di centri di sperimentazione clinica (vedi biolaboratori) e l'altra al potenziamento della rete di biobanche italiane (vedi medicina predittiva).

Articolazione 2. Messa a punto di modalità rapide e innovative per monitorare la presenza di agenti infettivi nei campioni biologici, al fine di avviare terapie precoci, campagne di screening e studi di dinamica epidemiologica

Nella prospettiva di successive onde pandemiche e nella necessità di non interrompere le connessioni nazionali e internazionali è necessario mettere a punto test diagnostici molecolari, rapidi e innovativi ad alta sensibilità e specificità per il monitoraggio istantaneo della presenza del patogeno in campioni di saliva e/o tamponi nasali e/o faringei, e/o in campioni biologici da distretti corporei facilmente accessibili. Queste nuove metodologie, associate a tecnologie di Intelligenza artificiale per il monitoraggio delle cure, permetteranno di comprendere estensione e durata dell'immunità acquisita verso l'agente infettivo nei pazienti e nei soggetti asintomatici e paucisintomatici, consentendo di tracciare la diffusione del patogeno e di intraprendere precocemente strategie terapeutiche o profilattiche; contribuiranno a contenere e prevenire future pandemie, anche a supporto della medicina dei viaggi e delle migrazioni rilevanti per l'Africa subsahariana.

Dal 2006, si “temono” nuove pandemie, si programmano vaccini, per i quali però si ritorna **(almeno in teoria)** ad una valutazione decennale della loro bontà.

Articolazione 3. Ricerca di nuove molecole attive su agenti infettivi e sviluppo di anticorpi monoclonali e vaccini

Un'efficace terapia anti-infettiva deve prevedere l'uso contemporaneo di più farmaci mirati a bersagli diversi. Benché, in linea di principio, sia difficile mettere a punto una terapia farmacologica unica per agenti patogeni futuri, è importante rivitalizzare la ricerca antivirale con particolare attenzione al riposizionamento di farmaci già in uso, in base alla loro efficacia su patogeni noti (si veda anche *infra*, articolazione 6). In parallelo, vanno incentivati gli studi di *antigen profiling* ed *epitope mapping* delle proteine microbiche, seguiti da clonaggio, sovra-espressione e purificazione di antigeni sui quali testare i sieri dei pazienti, per sviluppare rapidamente anticorpi monoclonali e vaccini (oltre che kit diagnostici, cfr. *supra*, articolazione 2). Verso i vaccini 2.0 nei programmi di prevenzione, i vaccini devono restare una priorità alla luce del fatto che la copertura vaccinale dura spesso per tutta la vita, rendendo il ritorno economico a loro legato molto maggiore dell'investimento iniziale. Tuttavia, essendo lo sviluppo di un vaccino lungo e complesso, dovranno essere previsti importanti investimenti pubblici e/o partenariati pubblico-privato *ad hoc*. Inoltre, è indispensabile potenziare la ricerca sull'antibiotico-resistenza, in ottemperanza alle politiche di *One Health*, attraverso il controllo dell'uso di antibiotici nella popolazione e della loro permanenza nell'ambiente.

E si continua la ricerca nelle biotecnologie, abbracciando il distopico mondo offerto dalla epigenetica, ormai autorizzata grazie al covid.

Articolazione 1. Prima infanzia, malattie rare e medicina della riproduzione

Priorità di ricerca: identificazione di marcatori e target molecolari per la cura delle malattie di origine sconosciuta della prima infanzia, delle malattie rare, delle neoplasie anche attraverso lo sviluppo di modelli non clinici rappresentativi e di potenziale applicazione su larga scala. Introduzione di tecnologie genomiche per screening su larga scala per geni malattia nei neonati. Formazione di reti, registri, biobanche coordinati e omogenei a livello nazionale e implementazione di una strategia nazionale per le scienze omiche. Migliore comprensione dei fattori di rischio e strategie di prevenzione e sviluppo di metodologie diagnostiche e nuovi approcci terapeutici per ridurre l'infertilità e l'onco-infertilità. Identificazione e applicazione di approcci sanitari ed educazionali innovativi per favorire accesso alle cure e per l'educazione sulle nuove tecnologie degli operatori medici. Studi sull'impatto delle nuove tecnologie digitali sullo sviluppo neurocognitivo nell'infanzia e nell'adolescenza per identificare i fattori di rischio e sviluppare possibili strategie di intervento/prevenzione.

La morte e la sofferenza causata per l'approvazione della nuova piattaforma di sviluppo e per l'ancora **MISTERIOSA NECESSITÀ DI INOCULARE TUTTI GLI INDIVIDUI** con medicinali inutili e dannosi, dovrebbero dare un'idea della grande rivoluzione in atto. Decine e decine di progetti di ricerca avanzata sono ormai in essere, contemporaneamente alla realizzazione di biolaboratori. Gli intrecci tra case farmaceutiche, Organizzazioni Umanitarie e Autorità nazionali, gestite centralmente dall'EMA e sotto il controllo, insieme agli Stati Uniti, dei pazzoidi del WEF, si sono ulteriormente infittiti in una trama ormai indistricabile.

I dati genomici recuperati furtivamente, i dati sugli stili di vita recuperati man mano, i dati sanitari di ogni cittadino a disposizione nei fascicoli elettronici, abbinati alla possibilità di inviare messaggi alle nostre cellule ed interferire col nostro DNA, danno vita a progetti interdisciplinari gestiti a livello centrale dalla **European Vaccine Initiative (EVI)** [\[L\]](#), finanziata dal partenariato **IMI2**, dall'Unione Europea e dalla **EFPIA** [\[L\]](#), e localizzati nel nostro Paese. Ad esempio, mentre alla popolazione veniva propinata una **SUPPOSTA DI**

TACHIPIRINA NEL DERETANO, la **Sclavo Vaccine Association** (SVA), uno degli istituti più importanti al mondo e confluita nel 2015 nel gruppo GSK [\[L\]](#), da **100 anni** effettua ricerche nel campo dei vaccini di nuova generazione. La SCLAVO è oggi partner nel progetto **Inno4Vac (2021-2027)** assieme all'Università di Siena, alla **Vismederi SRL** [\[L\]](#) oltre ad altre Università e case farmaceutiche. Il progetto **Inno4Vac** [\[L\]](#) si struttura nei sei seguenti quattro (4) punti fondamentali:

- **Utilizzo dell'intelligenza artificiale per la valutazione della risposta immunitaria e previsione di efficacia di un vaccino in silico;**
- **Sviluppo di una piattaforma computazionale modulare per la modellazione in silico della bioproduzione dei vaccini e per i test di stabilità;**
- **Creazione di nuovi e migliorati modelli di infezione umana controllata (CHIM) dell'influenza, del virus respiratorio sinciziale (RSV) e del Clostridium difficile per consentire una valutazione precoce dell'efficacia del vaccino**
- **Sviluppo di nuovi modelli 3D umani in vitro basati su cellule, per prevedere in modo affidabile la protezione immunitaria**

La conoscenza del nostro essere ed il successivo uso, sono descritti con più dettagli e sono ripartiti tra varie linee guida discusse ancor prima del covid, e grazie al covid approvate: l'“*European Medicines Regulatory Network (EMRN) strategy to 2025*”, la “*Regulatory Science Strategy to 2025*” [\[L\]](#) e la “*Network Strategy to 2025*” [\[L\]](#), includente, quest'ultima, il “*Big Data Workplan 2023-2025*” [\[L\]](#).

Ogni scelta odierna non deriva dalla necessità per eventi imprevedibili ma dalla necessità dell'implementazione, attraverso le direttive e regolamenti, delle continue e distorte VISIONI (GVAP, IA2030, PTMF, ONE-HEALTH ecc) da parte di psicopatici ed a cui occorre aderire perché approvate dai nostri rappresentanti. Da qui l'accanimento mediatico per un veloce “**metabolismo**” nella popolazione [\[2-V123\]](#).

Un accanimento così profondo [\[2-V53\]](#) ed infiltrato in ogni PA, Università, Media e società in generale, in larga parte dovuto all'ignoranza che ci contraddistingue nel mondo e che ci pone al solito bivio:

- a. Mentre la gente muore essendo al centesimo posto nelle liste di attesa (nonostante gli ultimi ingenti fondi percepiti grazie alla pandemia [\[2-A96\]](#)) per esami diagnostici, la nuova tecnologia sarà usata per curare il cancro di uno tra i tanti umili padri (madri) di famiglia o di un immigrato irregolare, per il quale saranno predisposti **esami**

- genomici** per consentire la **strutturazione personalizzata** della terapia? O, dalla semplice medicina predittiva, che consentirà realmente una vita lunga e prospera a tutti gli 8 miliardi di abitanti il nostro pianeta, che già 2 miliardi orsono costituivano, per tutti i devianti psicopatici, un problema per la sopravvivenza dell'umanità [\[1-V78\]](#)?
- b. Sarà sperimentata sulla popolazione, insieme ad ulteriore tecnologia dedita al controllo ed al depopolamento, presumibilmente utilizzata poi come arma, come accade dalla scoperta del fuoco (progetto ADEPT). Sulla base dell'esposizione e delle mie conoscenze, propendo verso la tesi esposta da un deputato del comitato di intelligence della Camera degli Stati Uniti durante *l'Aspen Security Forum* ed in cui afferma l'avvio della ricerca per la creazione di un'arma biologica utilizzante il DNA, per uccidere persone specifiche [\[2-V47\]](#).

Il dott. PETER MAYER mette in guardia dalla strada decisa per i popoli dalla Commissione del Parlamento europeo, i quali, sotto la propaganda della preparazione a nuove emergenze, hanno votato per creare uno "*spazio europeo dei dati sanitari*" (EHDS) che riunirà le informazioni su tutti i trattamenti medici di un cittadino. Il Parlamento europeo ha recentemente adottato una risoluzione che chiede il depotenziamento degli stati nazionali a favore di un superstato centrale. Il portafoglio digitale dell'UE, la moneta digitale della banca centrale e questa raccolta di dati sanitari di tutti i cittadini, consentirà una sorveglianza e un controllo totali [\[2-V96\]](#)! Le cartelle cliniche elettroniche obbligatorie previste dall'UE con accesso a livello europeo, comporteranno inoltre rischi irresponsabili e minacciano di privare i pazienti di qualsiasi controllo sulla raccolta delle loro stato di salute [\[2-V94\]](#).

Il CDC ha annunciato (marzo 2024) di voler ampliare il suo programma di "**Sorveglianza genomica**". L'obiettivo è continuare a **effettuare tamponi ai viaggiatori** per individuare precocemente eventuali nuove varianti del fantavirus SARS-CoV-2 [\[L\]](#), ovvero, **continuare furtivamente e ingannevolmente il tracciamento genomico della popolazione.**

NOTA – Decisione 2006/973/CE

Solo al fine di contestualizzare le scelte e gli obblighi in ambito sanitario, come parte di piani più generali ed omnicomprensivi ma non legati alla tutela della salute pubblica, riporto alcuni aspetti degli attuali cambiamenti nella nostra vita decisi ormai da almeno 15 anni e fatti passare oggi come necessari per la salvezza del mondo. Tali aspetti sono descritti sempre nella decisione Decisione **2006/973/CE**.

Leggendo tali direttive nel lontano 2006 difficilmente si poteva immaginare la visione del mondo odierno ma, con il provvidenziale senno del poi, risultano oggi abbastanza chiare.

AMBIENTE

Rafforzare lo sviluppo sostenibile e la competitività, salvaguardando nel contempo la salute dei consumatori, riducendo gli impatti ambientali e tenendo conto dei cambiamenti climatici nei settori dell'agricoltura, dell'orticoltura, della silvicoltura, della pesca e dell'acquacoltura, grazie allo sviluppo di tecnologie, apparecchiature, sistemi di monitoraggio, impianti e sistemi di produzione nuovi, alla gestione delle colture tramite la riproduzione di varietà vegetali selezionate, sistemi ottimizzati per quanto concerne la loro produzione e salute, al perfezionamento della base scientifica e tecnica della gestione della pesca, e a una migliore conoscenza delle interazioni tra sistemi diversi (agricoltura e silvicoltura; pesca e acquacoltura) nell'ambito di un approccio che consideri l'intero ecosistema. Sarà intrapresa la ricerca sul mantenimento degli ecosistemi autoctoni, sullo sviluppo di agenti per il controllo biologico e sulla dimensione microbiologica della biodiversità e della metagenomica.

Ottimizzazione dell'innovazione nel settore alimentare europeo, grazie all'integrazione di tecnologie avanzate nella produzione alimentare tradizionale, compresi gli alimenti fermentati, l'adozione di tecnologie di trattamento realizzate su misura per migliorare la funzionalità, la qualità e il valore nutrizionale degli alimenti e gli aspetti organolettici della produzione alimentare, anche di prodotti nuovi. Sviluppo e dimostrazione di sistemi di

mRNA

Nonostante le alluvioni e le precipitazioni in buona parte del paese, non si pensa alla sistemazione della rete idrica che ancora disperde il 40% delle risorse, non si pensa alla raccolta dell'acqua piovana nei mesi invernali per l'agricoltura, non si valorizza la biodiversità del nostro Paese ma, con il solito catastrofismo, si usa la cosiddetta siccità per promuovere quanto scritto nel 2006. Attraverso l'emendamento al "decreto siccità" si vogliono liberalizzare le cosiddette **Tecniche di Evoluzione Assistita (TEA)** per introdurre organismi geneticamente modificati nella nostra alimentazione ed eliminare la nostra vera agricoltura. Il senatore australiano Malcom Roberts denuncia che la campagna del WEF contro l'agricoltura sia volta esclusivamente al controllo del cibo [\[2-V190\]](#). La regione Emilia Romagna cede per prima alle richieste

dell'Unione Europea, con la promessa **di elargire denaro agli agricoltori** per FERMARE la produzione a partire dal 2024 [\[2-V122\]](#).

Con la Delibera di Giunta regionale n. 2133 del 4 dicembre 2023 [\[L\]](#), l'Emilia-Romagna approva 3 interventi SRA (socially responsible agriculture). Il terzo intervento è quello mirato al ritiro dei seminativi dalla produzione. Chi decide di aderire al bando deve impegnarsi per **20 anni** a non coltivare i propri terreni, che dovranno essere popolati da specie arboree selvatiche. Gli agricoltori non solo dovranno astenersi dal piantare semi per la produzione agricola, ma dovranno gestire e provvedere alla manutenzione del terreno per favorire la crescita delle piante e degli alberi selvatici indicati nella delibera. Sarà vietato anche il pascolo di animali, salvo in alcune condizioni, come l'utilizzo dell'attività di pascolo per sostituire il controllo della vegetazione tramite sfalcio o trinciatura, ed in ogni caso è vietata dal 20 febbraio al 10 agosto.

Gli aiuti finanziari vanno dai 1500 euro all'anno per ogni ettaro di terreno per i prati umidi fino a 500 euro annui per ettaro per le superfici di montagna e collina.

In realtà, oggi si espropriano terreni agricoli per l'installazione di campi fotovoltaici e pale eoliche, la cui produzione viene poi ceduta all'estero.

I criminali continuano a comprare la nostra salute ed il nostro futuro. Il bando, come tutti, è finanziato dal fondo europeo FEASR, fondo destinato al monitoraggio delle risorse agricole ed alla valutazione del progresso verso il raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030. Agenda che prevede il controllo del cibo, sotto le mentite spoglie dell'emergenza del cambiamento climatico a cui, lo psicopatico e dittatore Tedros, imputa milioni di morti all'anno [\[2-V136\]](#), al netto degli **assassini perpetrati con le inoculazioni**.

Il bando dell'Emilia-Romagna, pur essendo su base volontaria, prevede tanti controlli, e quella miseria che danno ai proprietari terrieri per non far coltivare le terre andrà spesa tutta nella manutenzione e nelle operazioni da dover fare per rimanere in regola col bando, altrimenti si diverrà passibili sanzioni. Come per il bonus 110%, che ha ricoperto molti edifici con materiali infiammabili e ridotto all'astrico famiglie ed aziende, dopo qualche anno i cittadini saranno inghiottiti dall'Europa.

sottoprodotti, dei rifiuti, dell'acqua e dell'energia. Nuovi lavori di ricerca si incentreranno anche sullo sviluppo di tecnologie nuove e sostenibili per l'alimentazione animale, finalizzate in particolare alla sicurezza del trattamento e della formulazione dei mangimi, e per il controllo della qualità di questi ultimi.

Ottimizzazione della salute, della produzione e del benessere animali, nei settori dell'allevamento, della pesca e dell'acquacoltura, in particolare mediante:

- la valorizzazione delle conoscenze genetiche, nuovi metodi di allevamento, una conoscenza più approfondita della fisiologia e del comportamento animale;
- una maggiore conoscenza e un miglior controllo degli organismi nocivi, dei parassiti e delle malattie degli animali, come pure di altre minacce per la sostenibilità e la sicurezza delle produzioni alimentari, comprese le zoonosi.

In quest'ultimo settore si svilupperanno strumenti di sorveglianza, prevenzione e controllo, si sosterrà la ricerca applicata su vaccini e metodi diagnostici, lo studio dell'ecologia di agenti infettivi conosciuti o nuovi e di altre minacce, in particolare gli atti dolosi, e lo studio degli impatti dei vari sistemi di produzione agricola e delle condizioni climatiche.

all'alimentazione, tra cui l'obesità e le allergie. La ricerca comporterà lo studio di nuove strategie alimentari, lo sviluppo e l'applicazione della nutrigenomica e della biologia sistemica, nonché lo studio delle interazioni tra nutrizione e funzioni fisiologiche e psicologiche. Essa potrebbe inoltre portare alla riformulazione di alimenti preparati e all'elaborazione di alimenti e ingredienti innovativi, alimenti dietetici e alimenti con particolari proprietà nutrizionali e sanitarie. Lo studio di prodotti e regimi alimentari tradizionali, locali e stagionali rivestirà una notevole importanza per individuare l'impatto di alcuni alimenti e regimi alimentari sulla salute ed elaborare un orientamento integrato in materia di alimentazione.

Ottimizzazione del valore economico dei rifiuti e dei sottoprodotti mediante il ricorso a bioprocessi nuovi e potenzialmente capaci di economie di energia, da soli o associati a sistemi vegetali e/o catalizzatori chimici. **"..Processi circolari e non lineari.."**

Elly Schlein

TECNOLOGIA

Nanoelettronica, fotonica e micro/nanosistemi integrati: tecnologie e metodologie per processi, progetti, dispositivi e prove, destinate a migliorare le caratteristiche di dimensione, densità, prestazione, efficienza energetica, fabbricazione ed economicamente vantaggiosi dei componenti, sistemi su chip (SOC), soluzioni SIP (systems-in-a-package) e sistemi integrati; componenti fotonici di base per un'ampia gamma di applicazioni, compresi i componenti ultraveloci; sistemi a radiofrequenza (RF); sistemi di stoccaggio di dati ad elevate prestazioni/ad alta densità; soluzioni di visualizzazione per grandi superfici/altamente integrate; sensori, dispositivi di attuazione; visione e trattamento di immagine, sistemi a potenza ridotta, componenti di potenza, fonti di energia alternative/stoccaggio; integrazione di tecnologie/sistemi eterogenei; sistemi intelligenti; sistemi "micro-nano-bio-info" integrati multifunzionali; macroelettronica; integrazione in vari materiali/oggetti; interfaccia con organismi viventi; (auto)assemblaggio di molecole o di atomi in strutture stabili.

AI

controllo

Grafene

INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Conoscenza, sistemi cognitivi e di apprendimento: metodi e tecniche miranti all'acquisizione, creazione, interpretazione, rappresentazione e personalizzazione delle conoscenze, alla navigazione e al recupero, alla condivisione e restituzione delle stesse, che riconoscono le relazioni semantiche nel contenuto destinato ad essere utilizzato da esseri umani o macchine; sistemi artificiali che percepiscono, interpretano e valutano le informazioni e sono in grado di cooperare, agire in modo autonomo ed imparare; teorie ed esperimenti che vanno al di là di progressi incrementali, avvalendosi di elementi di cognizione naturale, in particolare l'apprendimento e la memoria, anche per far progredire i sistemi di apprendimento degli esseri umani.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

NOTA

Prima di addentrarci nella cronologia degli illeciti, si riportano le evidenze contenute nel documento “La mortalità dei bambini ieri e oggi”, documento nato dalla collaborazione tra il Comitato Italiano per l'UNICEF e l'ISTAT. La tabella seguente racchiude i tassi di mortalità, per alcune malattie, di bambini italiani sotto i 5 anni e per gli anni **dal 1895 al 2008** [3-A0].

Tabella 1. Tasso di mortalità sotto i 5 anni per mille nati vivi in Italia

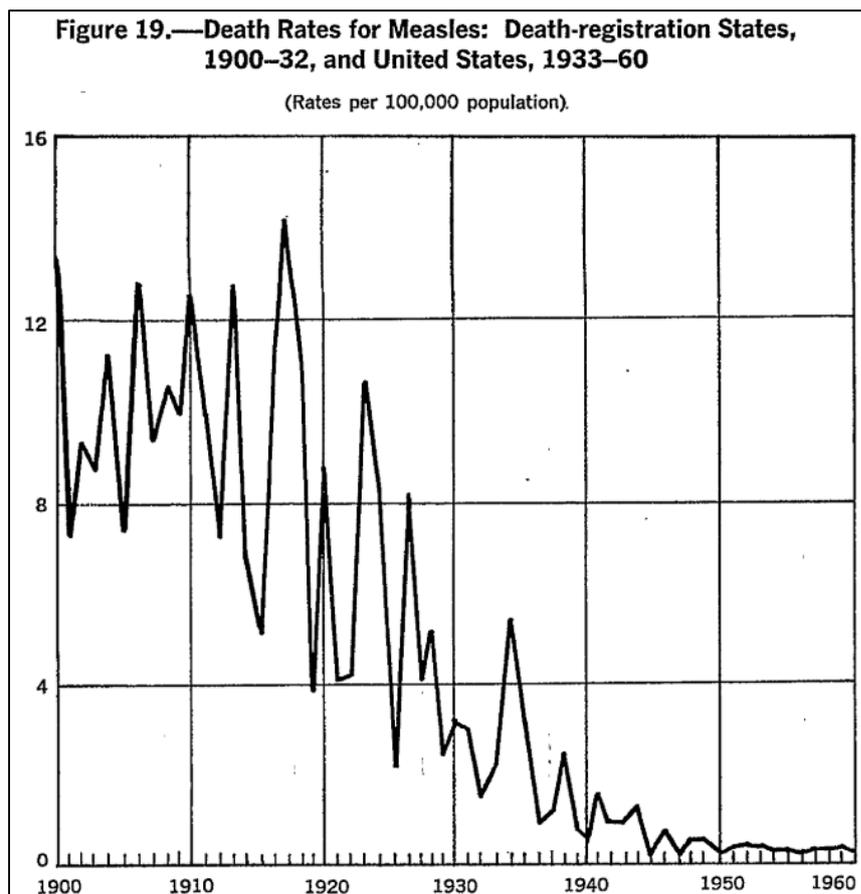
Cause di morte	1895	1911	1918	1931	1943	1961	1971	1981	1991	2008
Tubercolosi	13,5	9,9	12,2	3,9	2,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Influenza, bronchite e polmonite	74,2	69,9	180,9	43,7	43,7	10,9	5,5	1,2	0,2	0,0
Altre infettive e apparato respiratorio	49,8	30,8	30,3	14,6	7,9	1,6	0,5	0,1	0,1	0,0
Pertosse	8,4	6,5	5,2	3,0	1,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Morbillo	10,2	7,8	7,4	3,3	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Malaria	7,4	2,2	4,3	1,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gastroenterite, colite, appendicite, febbri tifoidi e paratifoidi	91,7	61,5	115,0	60,7	51,1	7,1	1,8	0,1	0,0	0,0
Violente	2,4	2,9	2,9	2,7	2,5	1,3	1,1	0,7	0,4	0,2
Cause di morte mal definite	6,5	1,6	5,4	0,5	4,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,1
Altre cause di morte	88,0	84,7	116,8	44,2	53,1	26,0	22,9	13,7	8,2	3,6
Malfomazioni congenite*	-	-	-	2,2	3,1	3,6	3,9	3,6	2,2	1,0
MORTALITÀ TOTALE	326,0	261,4	463,4	170,4	165,3	47,3	32,1	16,1	9,3	3,9

* Per gli anni 1895, 1911 e 1918 la classificazione non prevede le malfomazioni congenite.
 Fonti: Istat ed elaborazioni Istat su dati dello Human Mortality Data Base.

Prendendo a riferimento la Regione Lombardia, una delle poche a registrare qualche dato, ed analizzando i documenti **SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE** per il **2013** [L] [3-A100] e per gli anni 2017-2018 [L] [3-A101], oltre al pericolo introdotto con i flussi migratori dell'epoca, non paragonabile all'emergenza attuale, il temuto morbillo **non interessava la classe di età sottoposta al ricatto**. I casi di morbillo segnalati si riferivano alla classe di età 25-44 anni nel 2017 e, **essendo passata la farsa pandemica, il morbillo scompare dalle segnalazioni nel 2018**.

Il declino della mortalità del morbillo, dovuto solo alle migliorate condizioni di vita e cure, è appurato da un secolo. Nel documento **VITAL STATISTICS RATES IN THE UNITED STATES 1940-1960** del 1967 [L] [3-A105] è contenuto il seguente grafico.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



L'inutilità delle continue inoculazioni ed i continui e casuali focolai, è stata sempre nota a tutti ed evidenziata in articoli datati [\[L\]](#), tuttavia, si continua nell'infondere paura [\[L\]](#).

Trascurando tutte le altre cause di morte che mietono migliaia di vittime ogni anno, ed impegnandosi solo nella **strenua lotta al morbillo**, per decenni si sono danneggiati ed uccisi i nostri bambini, somministrando veleni malfatti e necessitanti di sperimentazione da parte delle case farmaceutiche.

Allego una bozza di esposto che richiama alcuni punti analizzati, presentati all'epoca in varie Procure e che **accusavano l'ex Ministro Lorenzin di procurato allarme e abuso della credulità popolare** [\[3-A1\]](#), denunce che non hanno prodotto alcun effetto, essendo l'attuale senatore Lorenzin ancora al governo, **copartecipe dei crimini odierni** [\[L\]](#).

Una **diplomata al liceo classico** ed un laureato in **scienze politiche non possono svolgere incarichi riguardanti la salute dell'intero Paese**, perché, quando soggetti a forti pressioni esterne, **non hanno le capacità di comprendere il pericolo ed il male che le loro azioni procurano.**

La Lorenzin piazzava in Aifa i suoi protetti

Da ministro della Salute, pensando di dover mollare la poltrona dopo le dimissioni di Renzi, sistemò il suo portavoce nell'agenzia del farmaco. Poi Gentiloni la confermò. E in poco tempo il giornalista vide aumentare il suo stipendio a 345.000 euro all'anno

di PATRIZIA FLÖDER REITTER



L'ex ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, la cui posizione nel trionfo dell'inchiesta sulla gestione dell'emergenza Covid è stata archiviata dal tribunale dei ministri, e che aveva raccontato al pm di Bergamo di non essere stata «notiziata» dagli uffici ministeriali sulla necessità di aggiornare il piano pandemico risalente al 2006, all'epoca sapeva bene come sistemare i suoi fedelissimi. Una vicenda, che la dice lunga su contratti *ad personam*, con tanto di aumento di sti-

l'importo. Sarà sempre della durata di 36 mesi, ma il compenso risulta aumentato di 105.000 euro. Diventa di 345.000 euro. A firmare la determina è sempre il dg di Aifa, **Melazzini**, che un mese prima aveva costituito la commissione di valutazione del candidato. Presidente era lo stesso direttore generale dell'ente su cui vigila il ministero della Salute (da dove proveniva il portavoce della Lorenzin), e ne faceva parte **Anna Rosa Marra**, attuale sostituto del dg Aifa. Tutto a posto? Niente affatto, rimane quella determina del dicembre 2016, per

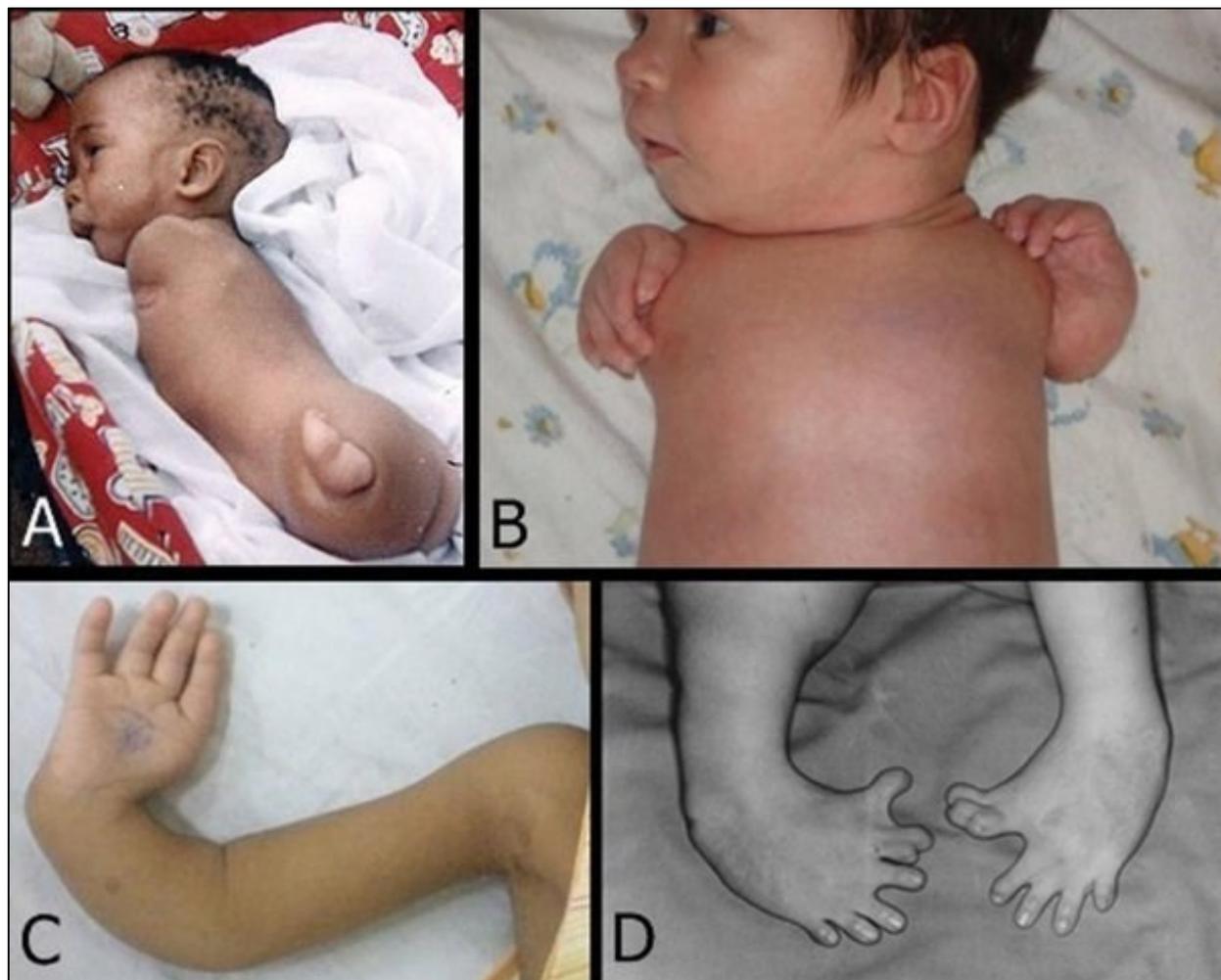
Dopo aver verificato l'assenza di emergenza epidemiologica, o quanto meno, l'assenza dei mezzi di tracciamento per decretarla, analizziamo più in dettaglio i vari step legislativi e le basi di partenza che hanno portato l'ex Ministro Lorenzin a decretare, **in emergenza**, un aggravio di inoculazioni per i nostri bambini **del tutto estranee all'epidemia di morbillo dichiarata**, per giungere, menzogna dopo menzogna, alle ultime circolari del Ministro della Salute Schillaci.

A seguito dell'approvazione del **GVAP**, partiva la stesura ed il "copia e incolla" ventennale delle solite **idiozie** scritte nei vari piani vaccinali, occultando e censurando la vera storia della vaccinazione [\[3-A99\]](#) [\[3-V19\]](#) [\[3-A102\]](#) [\[3-A103\]](#) [\[L\]](#).



Tralasciamo altri scandali di cui si è macchiato il mondo scientifico alla mercè dell'industria, in cui l'Italia ha rivestito importanti ruoli nella sperimentazione umana. L'Italia fu l'ultimo paese a sospendere l'uso della Talidomite [\[L\]](#)!

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



Sin dal 2010 si introduceva l'attuale piano vaccinale denominato ironicamente "VITA" (D.A. n° 01819/10).

Dal 2010 ad oggi, ogni piano, ogni circolare e decreto esordirà con l'introduzione: [\[L\] \[3-A2\]](#):

Premessa

I vaccini hanno cambiato la storia della medicina e si sono affermati come strumento fondamentale per la riduzione della mortalità e della morbosità, modificando profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive. Grazie al loro impiego estensivo è stato possibile eradicare il vaiolo (uno dei flagelli che per secoli ha decimato la popolazione mondiale) e ridurre del 99% l'incidenza della Poliomielite (*Durante il XXV incontro annuale della European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication (Rcc), svoltosi a Copenaghen nel mese di agosto 2011, è stato deciso che la Regione europea dell'Oms manterrà lo status polio free. La decisione della Commissione arriva in seguito alla valutazione delle misure di controllo messe in atto per l'epidemia di poliomielite che nel 2010 ha colpito quattro Paesi della Regione - Kazakistan, Russia, Tagikistan e*

Mai menzionando i danni e la morte causata [\[L\] \[L\]](#), o i disastri derivati dalla sperimentazione sull'uomo [\[3-A2a\]](#), ogni anno venivano propinate le solite promesse:

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Mantenere e sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione (anche tramite il potenziamento e collegamento con le anagrafi vaccinali) al fine di determinare l'epidemiologia delle malattie prevenibili e di valutare l'impatto degli interventi in corso.
- Raggiungere standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale.

Dal 2010 si forniscono **false** garanzie, non riguardanti però benessere, qualità di vita, posti di lavoro di lavoro, riduzione delle tasse ecc.. ma **la salute dei nostri figli:**

- si è garantito che le co-somministrazioni, quando proposte, non aumentino significativamente la frequenza o severità degli effetti collaterali e che non venga compromessa l'immunogenicità dei singoli vaccini. A questo riguardo si è tenuto conto delle evidenze disponibili nella letteratura scientifica e delle indicazioni fornite dal produttore nello RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) specifico di ciascun vaccino;

Nel paragrafo 5.1 si verificheranno le garanzie offerte riguardo la co-somministrazione.

I nostri bambini venivano usati dalle case farmaceutiche per la continua verifica di veleni. I genitori, ingannati, permettevano studi di confronto tra medicinali appena approvati come il confronto tra il GARDASIL ed il CERVARIX per la profilassi HPV ed autorizzati nel 2007/2008. Nella fase post-marketing e nelle condizioni di assoluta mancanza di mezzi, nelle varie ASL si inoculavano migliaia di ragazze (12.900) in totale caos, a seconda della disponibilità o del bando più proficuo per l'acquisto, alcune iniziando lo studio mesi dopo. Alcune Regioni, come la Puglia, avevano schede fantasiose e personalizzate, offrendo già la vaccinazione gratuita alle 18enni. L'1,2 % delle ragazze (173) si ritirarono dallo studio, il quale fu completato in misura eterogenea rispetto alle tre dosi previste.

Il rapporto sorveglianza post-marketing vaccini per l'anno 2011, ma redatto naturalmente nel 2012, quando lo studio era concluso, riportava un esempio della Vostra attuale e vergognosa scienza.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

L'analisi degli eventi osservati dopo la seconda e la terza dose è in corso e i risultati non sono ancora disponibili.

Il monitoraggio attivo della vaccinazione anti-HPV ha presentato alcune criticità: l'adesione delle regioni e dei centri vaccinali non è stata quella inizialmente prevista (9 regioni invece delle 16 che inizialmente avevano aderito); alcune regioni e Asl hanno partecipato alla sorveglianza con pochi centri vaccinali o solo per un periodo di tempo limitato; non è stato possibile verificare la copertura della sorveglianza, cioè se i centri vaccinali abbiano incluso tutte le ragazze vaccinate; non era previsto il follow-up delle ragazze che non concludevano il ciclo vaccinale. In conseguenza di ciò il numero dei cicli vaccinali monitorati non è stato quello previsto e la ridotta potenza dello studio potrebbe aver portato ad una parziale valutazione degli eventi avversi meno comuni.

Nonostante la scienza limitata, nel rapporto del 2011 si riscontrava una segnalazione nel 76% dei soggetti e nelle due settimane seguenti la somministrazione, mentre il successivo rapporto di sorveglianza, come accaduto nelle rare occasioni di una farmaco vigilanza attiva, si festeggiava la ritornata sottostima [L] che, tuttavia, era allarmante!

una crescita dei casi segnalati in valore percentuale. La forte diminuzione rilevata negli adolescenti va ascritta quasi esclusivamente alla conclusione del progetto di sorveglianza sulla vaccinazione HPV (Tabella 3).

Fascia di età	Segnalazioni	
	N.	%
meno di 1 mese	4	0,1
da 1 mese a meno di 2 anni	1.175	34,2
da 2 a 11 anni	627	18,3
da 12 a 17 anni	208	6,1
da 18 a 64 anni	342	10,0
da 65 anni	199	5,8
Totale	<u>2.555</u>	74,4

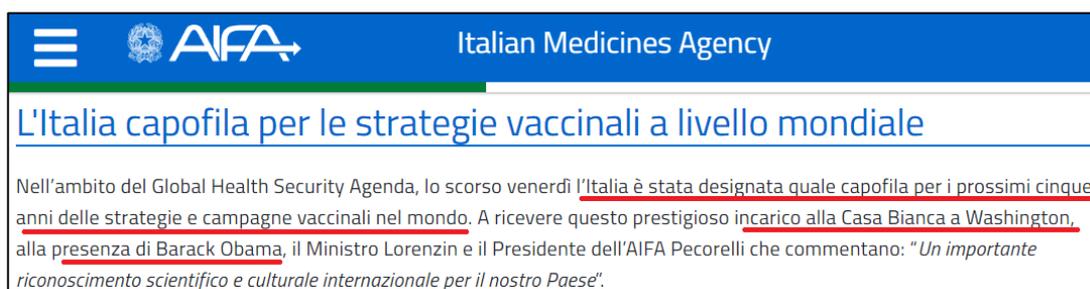
Descriviamo di seguito il percorso che ha visto il nostro Paese succube della volontà di soggetti stranieri in ogni campo, dall'economia alle politiche sociali, per arrivare alla sanità. Un percorso lungo, brevemente descritto in precedenza, che ha iniziato oggi una svolta importante, ma realizzata nel peggiore dei modi.

- Nel 2014
 - Mentre si inoculavano i nostri bambini senza avere idea del danno causato (anche a seguito dell'abrogazione del Titolo IX del Dlgs 219/2006), per perseguire le solite linee guida [L], veniva emanato il Regolamento (UE) N. 557/2014 che istituiva l'impresa comune per l'iniziativa in materia di medicinali

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

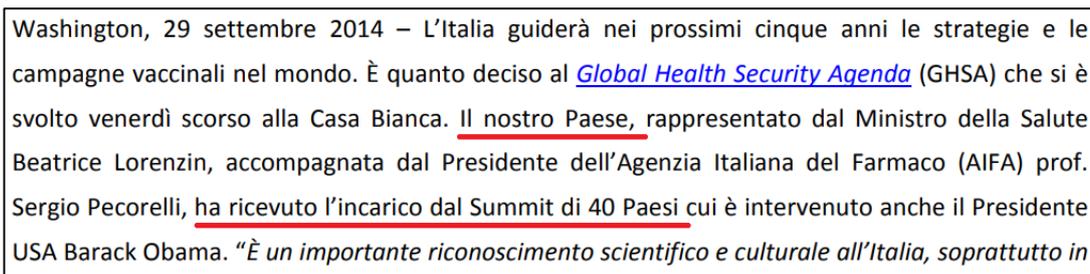
innovativi 2 (IMI2), rafforzando il partenariato pubblico-privato già istituito dal regolamento regolamento (CE) n. 73/2008, associando case farmaceutiche, PMI e autorità di regolamentazione per la transizione verso un **modello di innovazione aperta nella ricerca biofarmaceutica**.

- nel frattempo, avvenivano beghe legali per la guida esecutiva di EMA ed il dott. Guido Rasi, colui che consigliava strazeneca ai giovani, era spodestato dalla funzione di direttore esecutivo di EMA [\[L\]](#), poi ritornato vittorioso l'anno successivo [\[L\]](#), sino al 2020.
- Il 29 settembre 2014 a Washington, l'allora Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ed il Presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) prof. Sergio Pecorelli [\[L\]](#) (poi dimissionario per presunti conflitti di interesse [\[L\]](#)) ed il Consigliere Scientifico dell'Ambasciata a Washington Ranieri Guerra [\[L\]](#) (ex braccio destro del direttore dell'OMS), cedettero l'utilizzo della salute dei nostri bambini, trasformandoli in cavie del laboratorio dell'Europa. Il laboratorio del mondo è ancora la tanto amata Africa. Eravamo in un sistema molto complesso assieme agli Stati Uniti, tanto che, alcuni stati, come la California, iniziarono ad emanare leggi per eliminare la possibilità di esenzione alle vaccinazioni per motivi etico-religiosi, principio molto radicato.



The image shows a screenshot of the AIFA (Italian Medicines Agency) website. The header is blue with the AIFA logo and the text 'Italian Medicines Agency'. Below the header, there is a white box containing a news article snippet. The title of the article is 'L'Italia capofila per le strategie vaccinali a livello mondiale'. The text of the snippet reads: 'Nell'ambito del Global Health Security Agenda, lo scorso venerdì L'Italia è stata designata quale capofila per i prossimi cinque anni delle strategie e campagne vaccinali nel mondo. A ricevere questo prestigioso incarico alla Casa Bianca a Washington, alla presenza di Barack Obama, il Ministro Lorenzin e il Presidente dell'AIFA Pecorelli che commentano: "Un importante riconoscimento scientifico e culturale internazionale per il nostro Paese".

L'ex ministro Lorenzin prenotava il nostro posto in prima fila come topi da laboratorio [\[L\]](#), senza avere strumenti per controllare il danno causato e farneticando di centinaia di morti per morbillo in Inghilterra.



The image shows a screenshot of a news article snippet from the AIFA website. The text reads: 'Washington, 29 settembre 2014 – L'Italia guiderà nei prossimi cinque anni le strategie e le campagne vaccinali nel mondo. È quanto deciso al Global Health Security Agenda (GHS) che si è svolto venerdì scorso alla Casa Bianca. Il nostro Paese, rappresentato dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, accompagnata dal Presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) prof. Sergio Pecorelli, ha ricevuto l'incarico dal Summit di 40 Paesi cui è intervenuto anche il Presidente USA Barack Obama. "È un importante riconoscimento scientifico e culturale all'Italia, soprattutto in

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Leggendo il Comunicato n. 387 [\[L\]](#) non si scorge nessuna emergenza sanitaria (al netto delle buffonate televisive), solo la volontà di fare entrare il “vaccino” nella nostra vita, deciso all’atto della costituzione della “**Global Health Security Agenda**”.

Nell’ambito del “Global Health Security Agenda”, AIFA scriveva quanto sotto esposto [\[L\]](#):

L'Italia capofila per le strategie vaccinali a livello mondiale

“La vaccinazione è anche un sistema intricato” ha sostenuto il Direttore Generale AIFA “che vive di una dialettica essenziale tra la complessità del sistema regolatorio e la singolarità dell’atto individuale in cui tutto si risolve. Immunizzazione significa anche ricerca, una grande rivoluzione sta per arrivare nel campo dei vaccini grazie ai vaccini immunoterapici per i tumori, contro l’Alzheimer e per l’abuso di sostanze stupefacenti. Stiamo per aprire la cassaforte genomica del sistema immunitario e ciò ci dovrebbe portare in pochi anni a strumenti sempre più precisi ed efficaci”.

“I vaccini” ha concluso Pani “sono al centro di un sistema di collaborazione tra stakeholders, gli stessi che sono rappresentati qui oggi, i pazienti innanzitutto, proseguendo con gli operatori della salute, il mondo accademico e regolatorio, i soggetti pagatori e l’industria. Un equilibrio virtuoso di fondamentale importanza per la salute pubblica”.

Publicato il: 03 novembre 2014

- Per adempiere formalmente agli obblighi di controllo e sorveglianza, veniva istituito presso AIFA il gruppo di VaccinoVigilanza [\[3-A3\]](#). Il gruppo doveva riunirsi due volte all’anno per la valutazione dei segnali di allerta e successive raccomandazioni. Tuttavia, il gruppo di VaccinoVigilanza trascorreva un **primo anno sabatico** non ricevendo nessun segnalazione, o quanto meno in numero irrisorio, a seguito **dell’abrogazione del Titolo IX (farmacovigilanza) del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219 da parte del comma 344, articolo 1, della Legge 24 dicembre 2012, n. 228.**

Il gruppo, come la popolazione, era in attesa delle “*procedure operative e delle soluzioni tecniche per un’efficace azione di farmacovigilanza*” descritte nel comma 344 della stessa legge 228 ed emanate solo col DM 30 aprile 2015, mentre, ad aprile 2014, le nostre autorità ricevevano la notifica della procedura di infrazione **P.I. 2013/0401 per la mancata attuazione della direttiva UE 26/2012 sulla farmacovigilanza.**

- Nel 2015

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Continuano i progetti con i devianti criminali, oggi elogiati per l'ecidio causato, come i **test sulla malaria** e il rinnovato **Seventh Framework Programme (FP7)** [\[L\]](#) [\[3-A4\]](#)

Ricerca traslazionale

Nel corso dell'ultimo anno sono continuate le attività di ricerca sperimentale e traslazionale finanziate nell'ambito del progetto di ricerca finalizzato del Ministero della Salute, della EU (FP7) e della Fondazione Bill Gates. I progetti in corso nel 2015 sono Heracles (FP7) e Malaria (Bill Gates).

- **A seguito della Procedura di Infrazione P.I. 2013/0401 e notificata alle operose autorità italiane il 16/04/2014 [\[L\]](#) [\[3-A93\]](#), finalmente viene emanato il **DECRETO 30 aprile 2015** per la definizione della procedura operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza. Decreto molto in ritardo rispetto alle direttive 2010/84/UE e 2012/26/UE e che, a seguito dell'**abrogazione del Titolo IX (farmacovigilanza)** del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219, **aveva lasciato il Paese per più di tre anni senza il cordinamento necessario per la tutela della salute dei bambini**. Nonostante l'emanazione del decreto ed il **glorioso annuncio** di AIFA sull'inizio della valutazione dei PSUR [\[L\]](#), il comitato di vaccinovigilanza aveva ben pochi strumenti per iniziare delle valutazioni sia per quanto esposto prima, e anche successivamente, ma soprattutto perche i fondi stanziati in base all'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997 n. 449 ed erogate attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le regioni, **RISULTAVANO NON UTILIZZATI** [\[L\]](#) [\[3-A81\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[3-A5\]](#), non essendo creata la struttura dei CRFV e RLFV. **Tali fondi saranno reindirizzati (e ancora non usati) una prima volta nel successivo decreto Lorenzin.****

NOTA

Anche i fondi per studi di farmacovigilanza attiva per gli anni 2017-2019 non verranno utilizzati [\[3-A67\]](#) ed elargiti poi per progetti di farmacovigilanza regionali e nazionali legati al **covid** [\[L\]](#). Fondi introitati ad esempio dalla regione Puglia con D.G.R. n. 1089 del 16 luglio 2020 [\[L\]](#), in cui si distingueva l'**assessore Lopalco**, o dalla regione Lombardia nella Deliberazione N° XI / 5614 del 30/11/2021 [\[3-A5a\]](#), utilizzati per la costituzione/potenziamento dei CRFV/RLFV [\[L\]](#), oppure per altri progetti non riguardante la sicurezza dei nostri bambini [\[L\]](#).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

In particolare, il consiglio di amministrazione di AIFA, in data **14 dicembre 2022**, ha approvato l'utilizzo del 30% dei fondi relativi alla farmacovigilanza per gli anni 2015-2016-2017 per l'istituzione di tre progetti Nazionali di **Effectiveness e Safety nel real world**, **TRA CUI UNO RELATIVO AL COVID** [\[L\] \[3-A66\]](#).

3-R1 - A distanza di un anno, chiedo cortesemente ad AIFA i risultati dello studio di Effectiveness e Safety nel real world per il covid-19.

Sul sito di AIFA è presente un elenco di progetti di **farmacovigilanza regionali** finanziati per gli anni 2012, 2013 e 2014 [\[L\] \[3-A68\]](#) per un valore complessivo di **€ 7.448.269,20** e così ripartiti:

ABRUZZO	€ 169.539,00
BASILICATA	€ 74.291,00
CALABRIA	€ 252.900,00
CAMPANIA	€ 626.512,20
EMILIA ROMAGNA	€ 564.615,00
FRIULI VENEZIA	€ 157.354,00
LAZIO	€ 726.000,00
LIGURIA	€ 202.650,00
LOMBARDIA	€ 1.263.400,00
MARCHE	€ 198.952,00
MOLISE	€ 40.366,00
PIEMONTE	€ 564.796,00
PUGLIA	€ 522.883,00
SARDEGNA	€ 211.973,00
SICILIA	€ 647.473,00
TOSCANA	€ 465.000,00
UMBRIA	€ 114.351,00
VALLE D'AOSTA	€ 16.400,00
VENETO	€ 628.814,00
TOTALE	€ 7.448.269,20

Gli unici progetti rivolti direttamente alla **farmacovigilanza relativa alle vaccinazioni pediatriche** sono:

- **PUGLIA:** **“Sorveglianza attiva degli eventi avversi dopo vaccinazione antimeningococco B”**, finanziato per **€ 522.883,00, concernente essenzialmente l'inutile e pericoloso medicinale denominato Bexero (par. 5.1).**
- **SICILIA:** Sorveglianza sulla effectiveness e sicurezza delle vaccinazioni nella popolazione pediatrica nell'AOU

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Policlinico "G. Martino" - Messina, AO Papardo - Messina, ASP - Messina, AOU "Policlinico Vittorio Emanuele" - Catania e PO Umberto I - Siracusa, finanziato per € 90.000,00

3-R2 - Chiedo cortesemente ad AIFA, sicura destinataria degli studi, copia dei risultati ottenuti per entrambi.

3-R3 - In particolare, per il medicinale BEXERO, chiedo copia dei risultati dello studio EUPAS12183 - Bexsero® pregnancy registry [\[L\]](#), avente protocollo osservazionale *Observational Study Protocol V72_82OB* [\[L\]](#), avviato nel 2015 ed oggi concluso, nonostante siano **esclusi dal report i casi di "**Spontaneous abortions**" (SABs).**

Sempre per gli anni 2012-2014, Sono stati finanziati alcuni progetti formativi e di potenziamento delle **segnalazioni** e della farmacovigilanza in genere, tra cui:

- CALABRIA: "FarmAmico" progetto di formazione ed informazione rivolto a farmacisti, medici di medicina generale e pediatri di Libera scelta per la sensibilizzazione di pazienti/cittadini alla Farmacovigilanza, finanziato per € **72.900,00**.
- CALABRIA: Studio multicentrico sulle reazioni avverse ai farmaci e le interazioni in pediatria, finanziato per € **60.000,00**.
- CAMPANIA: Percorso formativo di promozione di una cultura organizzativa in Farmacovigilanza, finanziato per € **40.000,00**.
- CAMPANIA: Promozione delle attività di Vaccinovigilanza nell'ASL Caserta, finanziato per € **26.512,20**.
- LOMBARDIA: Promozione della segnalazione web-based di ADR e dell'aderenza al trattamento attraverso le farmacie territoriali nelle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) Insubria, Bergamo, Brescia, Montagna, Val Padana (Progetto "PWR - Professione Web Reporter"), finanziato per € **205.000,00**.

3-R4 - Chiedo cortesemente ad AIFA, sicura destinataria degli studi, copia dei risultati ottenuti.

Sul sito di AIFA è presente un elenco di progetti di **farmacovigilanza multi-regionali** per gli anni 2012, 2013 e 2014 [\[L\]](#) [\[3-A69\]](#) per un valore complessivo di **€ 8.443.767,00, tra cui:**

- LOMBARDIA: “Farmacovigilanza in gravidanza ed allattamento (FARVIGRAL)”, finanziato per **€ 115.000,00.**
- PUGLIA: Sorveglianza degli eventi avversi dopo vaccinazione in gravidanza - efficacia e sicurezza delle vaccinazioni anti-influenzale e anti-difto-tetato-pertosse (dTap) in gravidanza, finanziato per **€ 643.999,80.**
- VENETO: VigiFarmacoVax: Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino, finanziato per **€ 792.068,20.**

3-R5 - Chiedo cortesemente ad AIFA, sicura destinataria degli studi, copia dei risultati ottenuti dai 3 studi sopra elencati e che hanno comportato un utilizzo di fondi pubblici pari a € 1.551.067.

Puntualizzo l'importanza dei risultati di tali studi, relativi al quadro epidemiologico e sanitario del nostro Paese e costituenti le uniche evidenze prodotte dalla nostra struttura sanitaria la quale, per oltre un ventennio, ha addotto solo evidente di paesi terzi e raccomandazioni di soggetti stranieri e privati.

- Solo nel 2015 viene lanciato il portale **vigifarmaco**, scatola vuota da riempire con la sofferenza indotta, mentre, per volere di **Walter Ricciardi**, si dismetteva il *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute* (CNESPS) ed a cui confluivano i dati del vecchio SIMI, dismesso anch'esso nel 2009 ed utilizzante l'identificazione tramite codice fiscale e **codifica ICD9-CM**. Una codifica vecchia di decenni ed attiva solo nel nostro paese sino all'anno scorso (il covid ha portato migliorie). La Francia, ad esempio, utilizzava la codifica ICD-10 sin dal 2010, come si evince dalla solita pagliacciata epidemiologica che, **nel 2017**, riscontrava una incidenza maggiore per sindromi GBS a seguito dell'esposizione al medicinale anti HPV, **richiedente naturalmente ulteriori indagini** [\[L\]](#).

3-R6 - I pochi dati sino al 2015 sono andati persi? È stata effettuata una conversione dei vecchi database, gestiti sino al SIMI in ambiente DOS?

NOTA [\[L\]](#)

SALUTE | 20 Aprile 2020 17:29

Dal CNESPS al CIRI, così il taglio di alcuni enti ha indebolito la sorveglianza epidemiologica e la lotta al Covid-19

Negli ultimi dieci anni sono stati chiusi il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, il gruppo Epico e il Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza e le altre Infezioni Trasmissibili. Pierfrancesco Belli, Presidente della Commissione Rischi ed Etica Sanitaria di Incer Institute: «Il depotenziamento della rete di sorveglianza ha reso inutili le segnalazioni dei medici sentinella»

Menzioniamo anche le dimissioni del presidente dell'AIFA Pecorelli [\[L\]](#), mentre accettava, col l'ex ministro Lorenzin ed in nome del popolo italiano, l'incarico imposto dagli stati uniti di sperimentare sulla nostra popolazione.

Menzioniamo il conflitto di interessi dott. **Ranieri Guerra**, all'epoca consigliere di Amministrazione della Fondazione GlaxoSmithKline, **ed oggi coinvolto nelle inchieste sul covid.**

- Nonostante la totale assenza di strutture atte a garantire la sicurezza dei nostri bambini, appena avuto lo **scudo legislativo**, ovvero, a seguito dell'emanazione del DM 30 aprile 2015 ed a seguito dell'emanazione delle prime banali linee guida da parte di AIFA per i responsabili di FV [\[3-A6\]](#) (personale non qualificato che necessitava di un lungo periodo di training), col **sostegno dell'ISS** nella persona del noto **Walter Ricciardi** (preoccupato dell'irritazione dell'OMS a causa della nostra esistenza vaccinale), l'ex Ministro Lorenzin proponeva da subito la **bozza del PNPV 2016-2018 (628 milioni di euro [\[L\]](#) [\[L\]](#), per ottemperare all'approvazione del EVAP e alle esigenze della costitutente CEPI**. La bozza degli 11 punti del piano portò ad animate discussioni, in particolare, riguardo possibili **sanzioni o addirittura radiazioni per i medici restii a vaccinare** (poi attuata efficacemente) ed a cui la Lorenzin rispondeva declinando la responsabilità: "*spetta solo all'ordine valutare se e quando una mancata prestazione sanitaria possa tradursi in un comportamento deontologicamente non corretto*"; comparando, come si fa ancora oggi, la **cura** di una persona malata **con l'inoculazione obbligatoria** di un medicinale (nella fase post-marketing) in un bambino **sano [\[L\]](#)**. Il decreto

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

del 15 aprile 2015 inoltre, nonostante richiedesse la segnalazione obbligatoria da parte dei medici di qualunque evento avverso, soprattutto per medicinali biologici ed in particolare vaccini, **non prevedeva la pena per tale mancanza (anzi, come appurato forse dei premi), FOMENTANDO L'INCURIA** [\[L\]](#).

Alle rimostranze riguardo l'esclusione scolastica, l'ex Ministro Lorenzin rispondeva che l'intervento previsto dal PNPV **non** fosse quello di "*lasciare fuori dalla porta il bambino non vaccinato*", ma piuttosto il sistema era *«finalizzato a far scattare l'allerta e a consentire alle ASL, informate tempestivamente, di intervenire senza tuttavia pregiudicare il diritto all'istruzione del bambino»*. Vale a dire, **spedire un ulteriore invito senza fornire alcuna indicazione** ed aspettare il successivo rifiuto per far scattare l'esclusione scolastica [\[L\]](#). La Lorenzin rassicurava tutti sui dubbi relativi alla sicurezza [\[L\]](#), garantendo la netta esclusione del nesso tra le vaccinazioni e le sindromi ASD, **tacciando di complotismo persino i Titolari di AIC** che riportavano nel foglietto illustrativo la possibilità dell'evento, come per il vaccino **TRIPEDIA** [\[L\]](#).

Infatti, grazie ad una CTU [\[L\]](#) ricalcante i dogmi imposti, non curante neanche della **forte correlazione temporale e** nonostante il processo aperto di Trani, la Corte d'Appello di Bologna, nella sentenza n. 1767 del 13 febbraio 2015, ribaltava la storica e pionieristica decisione emessa il 15 marzo 2012 dal Tribunale di Rimini, in funzione di giudice del lavoro, che aveva riconosciuto la sussistenza del nesso di **causalità tra la somministrazione** del vaccino trivalente MPR e la **sindrome autistica** cui era risultato affetto un bambino, sottoposto a detta profilassi presso l'Asl di Riccione. La nostra scienza, intanto, non sforzandosi neanche di scrivere delle falsità originali, si appoggiava alle fandonie scritte dal solito CDC il quale, reclutava i soliti personaggi corrotti come il dott. Poul Thorsen. Il CDC aveva assegnato dei fondi alla Danimarca per la ricerca su disabilità infantile, autismo, disturbi genetici e sindrome da alcolismo fetale. Il finanziamento era destinato a studi sulla relazione tra autismo e vaccini, paralisi cerebrale e infezioni durante la gravidanza, e risultati dello sviluppo legati all'esposizione fetale all'alcol. Thorsen avrebbe dirottato oltre \$1 milione dei fondi CDC sul suo conto bancario personale, pubblicando intanto esempi di tale corruzione [\[L\]](#) [\[L\]](#). Se per motivi lavorativi

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

doveste contattare il dott. Thorsen, segnalatelo alle autorità perché **ancora latitante [L]**.

La moralità del CDC era testimoniata dalla scorta concessa, nel 2014, al Dr. William Thompson, uno scienziato coinvolto nello studio del 2004 del CDC sul MMR che, dicono, non causi l'autismo. Protezione richiesta a seguito di pubblicazioni di registrazioni in cui ammetteva che lo studio originariamente indicava che il **MMR provocasse l'autismo**, in particolare con un **aumento del 240%**, e che i suoi co-autori al CDC avessero cospirato per nascondere tale scoperta [\[3-V33\]](#). Tali testimonianze furono carpite ed esposte dal rinomato Dr. Hooker, tanto che il Dr. Thompson fu costretto a disvelare pubblicamente che il team del CDC avesse nascosto i dati che confermavano la correlazione fra vaccini ed autismo, **in particolare nei bambini afroamericani**, cioè da sempre, i topi per le fasi I e II della sperimentazione [\[3-V37\]](#).

Non tanto per la nefandezza della proposta di PNPV , approvata poi dopo, ma per la **manca di qualunque infrastruttura e relativa norma regolatoria**, la bozza di PNPV non fu approvata in Conferenza Stato Regioni [\[L\]](#) [\[3-A7\]](#), nonostante le **tre paginette di preoccupazioni** del Comitato di Bioetica (par. 2.1), **riprese tali e quali, per non gravare sulle finanze dello stato, sia nel PNPV 2017-2019 ed oggi, nel PNPV 2023-2025.**

- **Nel 2016**, si viveva in serenità, senza emergenze e senza che né la popolazione né le istituzioni avessero chiara la situazione epidemiologica. Supponendo (altro non riesco a supporre) che i portatori di interesse pressassero per l'inizio di **nuove sperimentazioni post marketing** di nuovi prodotti, in base agli accordi del 2014 che vedevano il nostro paese ceduto come laboratorio per l'attuazione del **calendario vaccinale VITA**, accadeva che:

- Viene creato il nemico pubblico numero uno, il **"NoVax"**. Molte regioni italiane, addirittura alcuni comuni, iniziano a discutere **leggi locali** per imporre vaccini ai bambini. C'è chi lancia obblighi da 4 vaccini e chi ne vorrebbe imporre il doppio, l'unica linea che mette tutti d'accordo è escludere dalla società i bambini più piccoli.

Ne citiamo alcune:

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Trieste, novembre 2016, è la prima città italiana a prevedere l'obbligo di vaccinazione antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica e antiepatite B per i bimbi che frequentano gli asili. L'obbligo sarebbe dovuto scattare a gennaio 2017.
- Emilia Romagna, estate 2016, esce con un progetto di legge dove si richiedono vaccini contro difterite, tetano, poliomielite ed epatite B per accedere agli asili nido.
- Regione Veneto, inverno 2016 e primi giorni del 2017, inizia la discussione per una legge che iniziava ad imporre controlli più severi, come il monitoraggio del numero di “non vaccinati” per classe. Emblematica l'azione del Veneto perché veniva da 10 anni di totale libertà vaccinale.

Una **accozzaglia di ignoranti** che, senza nessuna base scientifica ma solo per abituare all'obbligo delle future inoculazioni, usufruendo di “benefici”, si arrogavano il diritto di escludere dalla vita scolastica i bambini che non venissero bucati con sostanze sconosciute a tutti, **imponendo ingannevolmente un rischio ignoto e non sorvegliato.**

- La FNOMCEO, **senza la necessità della legge n. 3/2018**, esultava per gli accordi raggiunti col benefattore Gates [\[L\]](#), appoggiata dalle parole commosse dell'allora presidente dell'ISS (oggi premiato addirittura dal Papa [\[L\]](#) per il suo nobile impegno nel favorire la sperimentazione sul popolo italiano).

“È stato un onore in un momento così complesso per l'Europa e il mondo intero – ha dichiarato **Walter Ricciardi**, presidente dell'ISS – confermare concretamente il sostegno a un progetto che incarna un messaggio di solidarietà e di pace tra i popoli. Ogni giorno, nel nostro ruolo, ci impegniamo a migliorare il nostro sistema sanitario perché sia più equo, più efficiente e più efficace ma questa rete che tutti insieme, in Europa e nel mondo, vogliamo costruire intorno alla salute globale è qualcosa che ci aggrega tutti intorno a un valore speciale: umano e universale”.

Parole che costituiscono il solito copione recitato da anni sino ad oggi, preparate per portare avanti gli obiettivi della famosa agenda 2030, oggi in corsa sfrenata a causa dei ritardi accumulati.

L'Italia contribuirà ancora a salvare milioni di vite umane attraverso il sostegno al Global Fund. Lo ha detto il **Ministero della Salute Beatrice Lorenzin** che, durante il convegno internazionale **"The contribution of the Global Fund to the Global Health within the Framework of the Agenda 2030"**, ha parlato dell'importanza strategica della costruzione di sistemi sanitari forti in tutti i luoghi, poiché "portare la salute – ha detto il Ministro – significa anche portare la speranza".

- Prima di proseguire negli intenti sottoindicati, occorre tacitare la classe medica. In quegli anni già molti dubbi erano sorti riguardo le vaccinazioni pediatriche, nonostante la solita censura (esempio scomparso da tutto il web [\[3-V1\]](#) come questo [dibattito del 2019 \[3-V43\]](#)). Era necessario quindi vietare il propagarsi di perplessità nella popolazione, soffocando il codice deontologico per agevolare la vaccinazione ATTIVA. A luglio 2016, la FNOMCEO emanava quindi il "documento vaccini" [\[L\]](#) [\[3-A8\]](#) in cui, **AMMETTENDO I PREGRESSI DANNI DA VACCINO, ed assicurandone la raggiunta rarità** proponeva:

l'allarme sociale per i pregressi danni da vaccino, ora estremamente rari, che tuttavia fanno dimenticare le epidemie verificate ovunque si sia abbandonata o ridotta la pratica vaccinale;

- di dare il massimo impulso alla vaccinazione **nei primi mesi di vita** al fine di prevenire patologie potenzialmente gravissime e di assicurare un efficiente sistema di avviso e di richiamo degli appuntamenti vaccinali, per diminuire i casi di incompleta vaccinazione;
- di favorire il superamento dell'evidente **disallineamento tra scienza e diritto, auspicando che i magistrati intervenissero in tema di salute recependo, nelle loro sentenze, la metodologia della evidenza scientifica, non specificando quale evidenza scientifica venisse portata all'attenzione della magistratura.**

3-R7 - Non effettuando registrazioni di infezioni, non essendo dotati di strutture adeguate al tracciamento, non eseguendo sorveglianza post marketing attiva, abrogando addirittura la farmacovigilanza, citando studi epidemiologici sconclusionati e basando la loro scienza sulle fregnacce raccontate dall'OMS, chiedo cortesemente **su quali**

evidenze la magistratura avrebbe dovuto fondare le sue valutazioni?

3-R8 – Negli ultimi tre anni, la corte Costituzionale è stata informata adeguatamente quando ha ritenuto “**non esagerata**” l’esclusione dalla vita sociale di un dodicenne se non inoculato con una sostanza **altamente letale** per una un virus che non toccava minimamente la fascia pediatrica?

3-R9 – **Oggi, è stato inviato il nuovo RCP alla Corte Costituzionale, per effettuare una stima della morte causata da tanta ragionevolezza scientifica?**

3-R10 – Chiedo al Ministero della Salute copia delle evidenze scientifiche esposte alla Suprema Corte Costituzionale, in base alle quali l’Onorevole Corte ha ritenuto conforme all’art. 32 della nostra Costituzione il ricatto dell’inoculazione, in quanto trattamento atto a migliorare o **preservare lo stato di salute dell’individuo** e soprattutto atto a debellare il diffondersi del virus **[L]**, quand tale sicurezza era esclusa nei documenti autorizzativi analizzati dal CHMP.

Secondo l’interpretazione da tempo consolidata della Corte costituzionale un trattamento sanitario obbligatorio è conforme all’art. 32 Cost. ove sia diretto a migliorare o preservare lo stato di salute del soggetto a cui è diretto, e non incida negativamente sulla salute del destinatario; l’imposizione di un obbligo vaccinale, previsto con legge dello Stato, che risponda ad un interesse della collettività, può dunque annoverarsi tra i trattamenti sanitari obbligatori, volti alla tutela della salute, ex art. 32 Cost., con conseguente costituzionalità delle prescrizioni di legge relative alle vaccinazioni obbligatorie finalizzate a garantire questo risultato.

Per le vaccinazioni ricorrono le condizioni richieste per imporre un trattamento sanitario, ai sensi dell’art. 32, comma 2, Cost. perché la loro finalità è quella di preservare dal contagio sia chi la riceve, sia gli altri, ed in particolare coloro che non l’hanno ancora ricevuta o non possono riceverla, e perché nella normalità dei casi chi vi si sottopone sopporta al massimo conseguenze lievi e temporanee, trascurabili anche a fronte dei benefici immunitari e dei gravi rischi che, altrimenti, potrebbero insorgere.

Dopo l’ammissione dei passati eventi avversi, la FNOMCeO citava a supporto addirittura le pubblicazioni relative all’utilizzo mercurio, vecchie dagli 8 ai 15 anni, pubblicazioni più filosofiche che scientifiche. Cita il solito studio ritirato dopo 10 anni dalla pubblicazione (correlazione con l’autismo) ed articoli che hanno richiesto correzioni perché non includenti il palese conflitto di interesse [L]. Studi statistici

basati sulle richieste risarcitorie, quando la popolazione **non aveva (e non ha) la minima idea della possibile correlazione** [L] e studi statistici i cui risultati (come sempre) si correggono per eliminare fattori confondenti [L]. In tal modo, oggi l'incidenza della sindrome ASD tocca punte di **1/55 nati**.

- La FNOMCeO decide che **Il consiglio di non vaccinarsi nelle restanti condizioni, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica. Dichiaro inoltre l'inutilità dei test prevaccinali**, soprattutto genetici ed in particolare legati alla presenza di un aplotipo HLA [L] [L], ritenuto in correlazione alla sindrome ASD. Negli studi si rilevavano diversi aploidi solo nei soggetti con sindromi ASD e non nel controllo dei soggetti sani, ma con le dovute correzioni si escludeva il nesso e si richiedevano, come sempre, ulteriori indagini [L]. Tuttavia, una possibile correlazione era stata evidenziata proprio in Italia già nel 2010 [L].

L'utilizzo della genomica, in generale, per la caratterizzazione del rischio nella popolazione pediatrica era consigliato sin dalla linea guida del 2005 [L] [3-A91], "Guideline on Conduct of Pharmacovigilance For Medicines Used by the Paediatric Population".

Pharmacogenomics/pharmacogenetics is an important emerging area. Consideration should be given to the use of pharmacogenomic/pharmacogenetic methodology to predict risk and to monitor adverse reactions prospectively. For example, evidence suggests that the risk of myelosuppression induced by 6-mercaptopurine or azathioprine during treatment of some childhood leukaemias is much higher in patients with genetic deficiency of S-methyl thiopurine transferase. In this respect, consideration should be given to the storage of blood or saliva for DNA analysis. Appropriate consent will be required.

L'utilizzo di una analisi genomica risulta ad esempio essenziale per identificare i soggetti affetti da fenilchetonuria (PKU), per i quali, la presenza di fenilalanina in molti vaccini (Tetravac [L]) potrebbe risultare dannosa.

Avvertenze speciali

Tetravac contiene fenilalanina che può risultare dannosa in soggetti affetti da fenilchetonuria (PKU).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Senza addentrarci in complesse disquisizioni tecniche, credo sia almeno risaputa la concreta possibilità del fenomeno **ADE (Antibody-dependent enhancement)** argomento anch'esso dibattuto da tempo [\[L\]](#) [\[L\]](#), **evidenziato per anni** [\[L\]](#) [\[L\]](#) e continuamente [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Tale scelleratezza nella tutela della salute pubblica non poteva certo mancare per il farmaco miracolo anti-covid. La possibile evenienza di un potenziamento che potesse contribuire all'infezione è stata verificata a posteriori da vari medici [\[L\]](#) [\[L\]](#) nonostante il fenomeno VAED fosse un potenziale rischio ammesso nell'RMP **con DLP 28 febbraio 2021**, sulla base dei dati rilevati nel database di sicurezza in UK (mai una indagine in Italia) [\[3-A8a\]](#):

Data from the safety database through DLP 28 February 2021:

No post-authorized AE reports have been identified as cases of VAED/VAERD, therefore, there is no observed data at this time. An expected rate of VAED is difficult to establish so a meaningful observed/expected analysis cannot be conducted at this point based on available data. The feasibility of conducting such an analysis will be re-evaluated on an ongoing basis as data on the virus grows and the vaccine safety data continues to accrue.

The search criteria^a utilised to identify potential cases of VAED for this report includes PTs indicating a lack of effect of the vaccine and medical disorders chosen because they are PTs potentially indicative of severe or atypical COVID-19.

Since the first temporary authorization for emergency supply under Regulation 174 in the UK (01 December 2020) and through 28 February 2021, the following numbers of potentially relevant cases were retrieved:

One hundred and thirty-eight (138) cases [0.25% of the total Post-authorization dataset], reporting 317 potentially relevant events.

Seriousness criteria for the total 138 cases: Medically significant (71, of which 8 also serious for disability), Hospitalization required (non-fatal/non-life threatening) (16, of which 1 also serious for disability), Life threatening (13, of which 7 were also serious for hospitalization), Death (38).

Dopo un paio di mesi, nel RMP con DLP 18 giugno 2021, la situazione del safety data-base era questa:

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

	Total Events N = 1427 (%)
Serious events	1261 (88.4)
Events with Criterion of Hospitalization	612 (42.9)
Distribution of events by Outcome^a	
Outcome: <u>Death</u>	<u>311 (21.8)</u>
Outcome: Resolved/Resolving	375 (26.3)
Outcome: Not resolved	<u>246 (17.2)</u>
Outcome: Resolved with sequelae	14 (1.0)
Outcome: Unknown/No data	484 (33.9)

Dopo un anno, nell'RMP 5.0 del febbraio 2022 [\[3-A8b\]](#) il VAED era considerato un importante fattore di rischio, specificando che **se fosse stato identificato, avrebbe potuto avere un impatto negativo sulla valutazione rischio/beneficio** (pag. 105 RMP). La situazione del (non-CT) safety data-base era questa:

	Total Events N = 9233 (%)
Serious events	6610 (71.6)
Events with Criterion of Hospitalization	3334 (36.1)
Distribution of events by Outcome^a	
Outcome: Death	<u>1230 (13.3)</u>
Outcome: Resolved/Resolving	2648 (28.7)
Outcome: Not resolved	1648 (17.8)
Outcome: Resolved with sequelae	68 (0.7)
Outcome: Unknown/No data	3655 (39.6)
a. For the outcome count, the multiple Lowest Level Terms that code to the same PT within a case are counted and presented individually. Therefore, for selected PTs the total count of the event outcome may exceed the total number of events.	

3-R11 – Non conoscere quasi **la metà degli esiti** di eventi segnalati rispetta la normativa concernente la gestione del rischio?

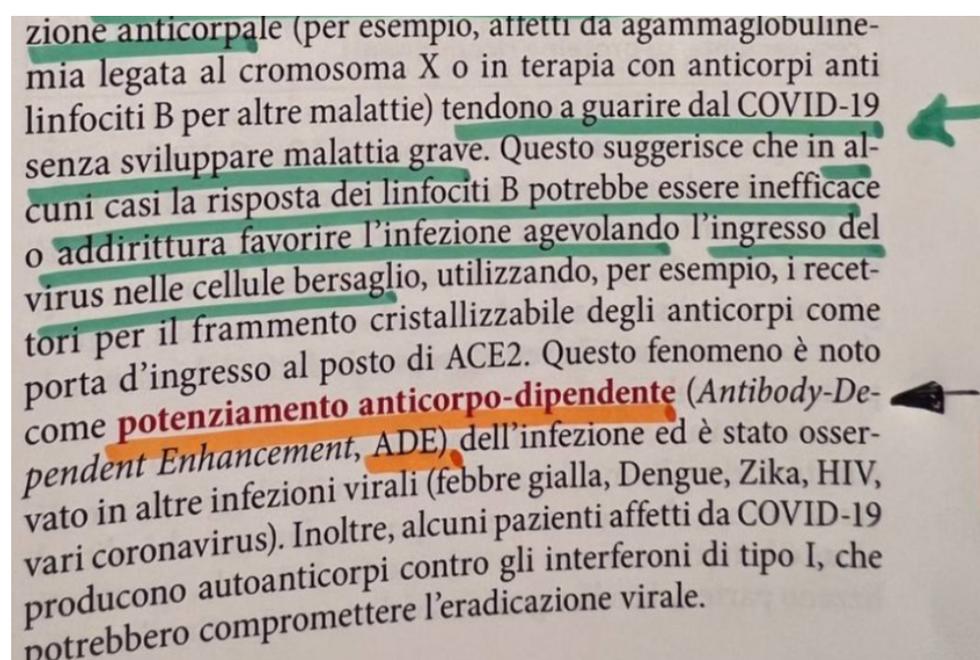
Il fenomeno ADE reattiv al veleno anti-covid è descritto in vari articoli [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), così come riscontrato per la Dengue [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), in studi ventennali [\[L\]](#) e soprattutto, Il fenomeno ADE è dichiarato dalla magistratura come causa del decesso del militare Paternò. Decesso imputato “ad una risposta individuale ed abnorme” del giovane militare, evenienza trascurata dall'ex Direttore Generale Giovanni Rezza, nella sua circolare 35309 del 4 agosto 2021.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Non sono riuscito a reperire gli RMP intermedi **ma**, nel RMP 10.0 di giugno 2023, si afferma che dall'analisi del PSUR (EMA/H/C/PSUSA/00010898/202212) del 12 maggio 2023, il potenziale rischio VAED/VAERD veniva rimosso dall'elenco dei problemi di sicurezza del RMP in base ai dati cumulativi disponibili (studi clinici e dati post-marketing).

3-R12 – Chiedo ancora l'invio dei PSUR per l'analisi del rischio cumulativo per VAED/VAERD e della valutazione della rimozione di tale rischio. Naturalmente il monitoraggio continuerà sempre, per la nostra salute!

3-R13 – Chiedo inoltre la prova documentale, contenuta nella valutazione HTA del NITAG (in cui figurava l'ex direttore Giovanni Rezza) che ha permesso la raccomandazione della somministrazione indipendentemente dalla pregressa infezione. Una prova documentale almeno pari alle evidenze riportate nel testo "IMMUNOLOGIA E IMMUNOPATOLOGIA" A cura di Umberto Dianzani, Carlo Ennio Michele Pucillo, nel quale viene dichiarato:



zione anticorpale (per esempio, affetti da agammaglobulinemia legata al cromosoma X o in terapia con anticorpi anti linfociti B per altre malattie) tendono a guarire dal COVID-19 senza sviluppare malattia grave. Questo suggerisce che in alcuni casi la risposta dei linfociti B potrebbe essere inefficace o addirittura favorire l'infezione agevolando l'ingresso del virus nelle cellule bersaglio, utilizzando, per esempio, i recettori per il frammento cristallizzabile degli anticorpi come porta d'ingresso al posto di ACE2. Questo fenomeno è noto come **potenziamento anticorpo-dipendente** (*Antibody-Dependent Enhancement, ADE*) dell'infezione ed è stato osservato in altre infezioni virali (febbre gialla, Dengue, Zika, HIV, vari coronavirus). Inoltre, alcuni pazienti affetti da COVID-19 producono autoanticorpi contro gli interferoni di tipo I, che potrebbero compromettere l'eradicazione virale.

Concludiamo, relativamente al fenomeno VAED, con quanto scritto nell'RCP del medicinale **Triaxis Polio, il prossimo da inoculare a mia figlia, nel quale si evidenzia la possibile ed**

esorbitante risposta alla vaccinazione in base al livello di antitossine preesistenti.

Le percentuali e la gravità degli eventi avversi nei riceventi dell'antigene tossoide tetanico sono influenzate dal numero di dosi precedenti e dal livello di antitossine preesistenti.

L'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in vigore, firmato il 20 gennaio 2005 **ed ancora in vigore sino al 2022**, disciplinava il rapporto di lavoro, che sempre doveva **sostostare ai principi etici** a fundamenta dello stesso, non surclassabili da imposizioni normative, basate al contrario su accordi economico/politici e non supportati da alcuna evidenza scientifica, nonostante la legge n.3 dell'11 gennaio 2018. Solo nel 2022 veniva firmata l'ipotesi di accordo per il triennio 2016-2018, **eliminando del tutto il sostantivo "etica"**. Sostantivo usato oggi solo per minacciare i medici e costringerli alla promozione di veleni, pena sanzioni e atti persecutori [\[L\] \[6-A13\]](#).

Nazionale, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile».

Un medico, dunque, non può esprimere **oggi** dei dubbi sulla somministrazione del Triaxis-Polio e del Gardasil 9, approvato quest'ultimo solo nel 2015 e somministrato in bambini di 11 anni per proteggerli da malattie sessualmente trasmissibili. Giovane età scelta per **"sfruttare"** gli ultimi appuntamenti obbligati ed ingannare l'inoculazione [\[3-A104\]](#).

Ancora oggi non è possibile esprimere dubbi (nel caso si abbiano) nel continuare a promuovere la somministrazione del Gardasil-9, quando l'RMP prevede **la prescrizione medica come strumento di mitigazione del rischio** [\[3-A8e\]](#), oltre a fornire la corretta informazione contenuta nell'RCP.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Measures to minimise the risks identified for medicinal products can be:

- Specific information, such as warnings, precautions, and advice on correct use, in the package leaflet and SmPC addressed to patients and healthcare professionals;
- Important advice on the medicine's packaging;
- The authorised pack size — the amount of medicine in a pack is chosen so to ensure that the medicine is used correctly;
- The medicine's legal status — the way a medicine is supplied to the patient (e.g. with or without prescription) can help to minimise its risks.

Together, these measures constitute routine risk minimisation measures.

Un farmaco, approvato solo per confronto con il predecessore, sul quale pendono ancora **numerose cause risarcitorie** per aver danneggiato migliaia di ragazze. Nel 2022, il Gruppo giudiziario degli Stati Uniti sui contenziosi multidistrettuali (JPML) ha emesso un'ordinanza che consolida le rivendicazioni relative al vaccino HPV Gardasil, dinanzi al giudice della Corte distrettuale degli Stati Uniti Robert J. Conrad, Jr. del distretto occidentale della Carolina del Nord [\[L\]](#).

Non redigendo i rapporti di sorveglianza post marketing, in verità, prima del 2017 i medici inoculatori non potevano conoscere il deleterio impatto del Gardasil, Solo nel 2017, nel rapporto relativo agli anni 2014-2015 si scriveva:

Classe ATC	2009	2010	2011	2012	2013
J07B - Vaccini virali	46	29	36	32	2.118
J07A - Vaccini batterici	2	8	19	22	995
J07C - Vaccini batterici e virali in associazione	2	10	9	24	832
Totale	48	39	45	61	2.962

Elaborando i dati con gli stessi criteri per classe ATC si osserva che il numero di segnalazioni relative ad anni precedenti e non incluse nelle analisi dei precedenti rapporti a causa del periodo di inserimento, è piuttosto consistente.

Verosimilmente ciò è dovuto all'acquisizione delle segnalazioni raccolte nell'ambito dei progetti di farmacovigilanza attiva. L'80% delle reazioni insorte nel 2009 e il 70% di quelle insorte negli anni 2010 e 2011 sono segnalazioni non gravi provenienti dalla stessa struttura e riferite allo stesso vaccino, Gardasil. Questo supporta quanto sopra riportato.

Tra le reazioni insorte nel 2009 si riporta un caso di porpora trombocitopenica verificatosi circa 20 giorni dopo la vaccinazione con Priorix Tetra, ed un caso di sindrome di West con oculorotazione ritenuto non classificabile.

3-R14 – Pur **non potendo** esprimere un parere scientifico, derivante dalla conoscenza dell'assistito in rapporto alla conoscenza del medicinale (art. 45, 48 e 49 del codice deontologico), il medico non dovrebbe **almeno consegnare all'utente la documentazione relativa al medicinale** e non riassumere il contenuto dell'RCP nella frase: "tranquillo, è sicuro ed efficace"?

3-R15 – Come si configura la **ricerca attiva di bambini** da vaccinare per raggiungere i LEA ed ottenere rimborsi, consigliando co-somministrazioni (parag. 5.1) e **l'inoculazione di farmaci di dubbia sicurezza senza nessun tipo di informazione ai genitori sul monitoraggio addizionale** a cui era sottoposto il Gardasil 9 dal 2015 al 2020, o il Vaxelis dal 2016 al 2021.

- Nell'INTESA del 7 settembre 2016 della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (verbale n.19/2016) [\[L\]](#) [\[3-A9\]](#) veniva siglata l'intesa **dell'aggiornamento dei livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**.

L'allora presidente **Bonaccini** (esperto nella gestione efficiente dei fondi europei nel riassetto idrogeologico) esprimeva soddisfazione per il lavoro svolto nei precedenti due anni, in particolare riguardo il tema vaccinale (dalla proposta del PNP 2016.2018).

L'ex Ministro Lorenzin scalpitava nel mettere in atto un piano vaccini all'avanguardia, che poneva il Paese al primo posto come laboratorio europeo ed in cui le famiglie sarebbero state accompagnate durante **l'introduzione di nuove vaccinazioni**, valutate sempre e solo in relazione al profilo costo/efficacia, **indipendentemente dalla sofferenza**.

- veniva emanato il DM n. 262 del 07 dicembre 2016 (**a pochi giorni dal 2017**), relativo alle procedure per **l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del sistema sanitario (NSIS)**, infrastruttura frammentata ed a diffusione fortemente disomogenea, necessario per l'attuazione delle disposizioni del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (convertito con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221), in particolare per la gestione del fascicolo sanitario elettronico (FSE, oggi addirittura FSE 2.0 in quanto FSE1 non funziona [\[L\]](#)) e dei sistemi di

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

sorveglianza e registri, ancora oggi non disponibili uniformemente nel Paese, a causa dei ritardi nella realizzazione della **MyHealth@EU** [\[L\]](#).

Impossibile entrare nel dettaglio in quanto trattasi di complesse strutture informatiche atte ad integrare dettagliate informazioni sanitarie individuali in un unico "luogo", con dati eterogenei e frammentari provenienti ancora da 4/5 Regioni su 19. Piattaforma attesa sin dal 2009 a seguito della chiusura della piattaforma SIMI dal 1 gennaio 2009, come comunicato nella **lettera** del *Centro Nazionale Di Epidemiologia* ai referenti regionali per le malattie infettive [\[L\]](#) [\[3-A10\]](#). Con la dismissione della piattaforma SIMI si era costretti all'invio **cartaceo verso l'ISS**.

- Dunque, da un lato si erogavano ingenti fondi alle solite fondazioni di privati e stranieri, per finanziare menzionati atti umanitari [\[L\]](#), al pari dell'attuale ACT-A che ha rastrellato fondi dagli stati membri per l'accesso alle terapie geniche da parte della popolazioni svantaggiate, le quali continuano a morire per **setticemia e malattie croniche**.

Global Fund, Italia nella top ten dei donors: 130 mln per il triennio 2017-19. Bill Gates: «Grazie per aumento dei fondi»

Lorenzin: Italia in prima fila

«Il Fondo Globale per la lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria «ha fino ad oggi contribuito a salvare più di 17 milioni di vite umane e si è confermato il principale finanziatore nel settore della salute globale assicurando il 57% dei finanziamenti internazionali per la tubercolosi, il 44% per la malaria e il 22% per la lotta all'Aids». Sono i dati evidenziati dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che ha aperto i lavori del convegno internazionale. Il Fondo Globale, ha ricordato, «sostiene oltre 470 programmi in più di cento Paesi assicurando la terapia antiretrovirale contro l'Aids a 8,6 milioni di individui, fornendo cure contro la Tbc a 15 milioni di persone e distribuendo 600 milioni di zanzariere trattate con insetticida per la prevenzione della malaria». Dunque, ha commentato Lorenzin, «è fondamentale il ruolo giocato dall'asset sanitario nell'affrontare le crisi geopolitiche di questi anni, perché dove arrivano medici, medicine e infrastrutture sanitarie, si dà speranza alle persone e si sostiene la pace». L'Italia, ha assicurato il ministro, «vuole continuare a partecipare al Fondo e siamo già nella top ten dei contributori: si tratta per noi di un investimento strategico e umanitario. Non siamo all'anno zero e molti risultati sono stati ottenuti, ma il lavoro più grande da fare sta oggi nella costruzione dei sistemi sanitari nei Paesi che ne hanno bisogno».

Dall'altro, questi fondi erano (e sono) destinati allo sviluppo e produzione di nuovi farmaci obbligati in occidente. Infatti, dopo l'accordo Stato-Regioni, con

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

con atto premonitorio della futura epidemia di morbillo, nella legge 11 dicembre 2016, n. 232 “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019*” [\[L\]](#) all'articolo 1 comma 408 si prevedevano **corposi finanziamenti proprio per il triennio 2017-2019**, relativamente all'acquisto di vaccini ed in misura crescente.

408. A decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è prevista una specifico finalizzazione, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2017, a 127 milioni di euro per l'anno 2018 e a 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini (NPNV) di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i

3-R16 – A cosa poteva servire questa **specifico** finalizzazione per un Nuovo PNV, con importi crescenti nel triennio 2017-2019 se non alla ormai certa introduzione di nuove vaccinazioni?

- A luglio 2016 viene definita la composizione della “Cabina di Regia” (Rep. Atti n. 116/CSR del 7 luglio 2016), nell’ “*Accordo per l'evoluzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS)*” [\[L\]](#), che sarà istituito solo nel 2018, **dopo l'obbligo Lorenzin**. Ennesimo organo ritardatario e necessario per l'attuazione Piano di azione per la sanità elettronica **eHealth Action Plan** - **COM 2004-356** della Commissione europea.

• ARRIVIAMO COSI NEL 2017, IN CUI:

- Al World Economic Forum (WEF) di Davos, in Svizzera, viene lanciata ufficialmente la **CEPI, Coalizione per le innovazioni nella preparazione alle Epidemie**, fondazione che raccoglie **donazioni** da organizzazioni pubbliche, private, **filantropiche** e dalla società civile, per finanziare progetti di ricerca indipendenti per **sviluppare vaccini** contro le malattie **infettive emergenti**. Cofinanziato con 460 milioni di dollari dalla **Bill and Melinda Gates Foundation**, dal Wellcome Trust (sempre Bill) e da un consorzio di nazioni composto da India, Germania (l'Europa entrò nel 2019).
- Nell'INTESA del 19 gennaio [\[L\]](#) viene approvato il PNPV 2017-2019 [\[3-A10a\]](#) che propone già le vaccinazioni ed il calendario vaccinale poi obbligato. Si

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

predisporre il terreno per il successivo decreto, ipotizzando già l'esclusione scolastica dei bambini e persino l'attacco alla patria potestà genitoriale, nonostante l'infodatezza ed il caos dichiarato e prodotto dalla semplice volontà di accrescere la presenza di inoculazioni nella pratica sanitaria. Un piano che, come riportato in gazzetta ufficiale, aveva come riferimenti scientifici solo alcune **idiozie e falsità** prodotte dall'OMS, ad esempio, i riferimenti sugli eventi avversi [\[L\]](#).

Fonti/Bibliografia

29. Causality assessment of adverse event following immunization (AEFI): user manual for the revised WHO classification. WHO/HIS/EMP/QSS. MARCH 2013
30. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it>
31. WHO WPRO - Immunization safety surveillance: guidelines for immunization programme managers on surveillance of adverse events following immunization. (third edition) 2016

La scelleratezza con cui si amministrava la salute pubblica era chiamata **SFIDA**. L'ultima sfida imposta è stata persa clamorosamente e drammaticamente.

Lo scenario in cui è stato concepito il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale è, come descritto in precedenza, caratterizzato da criticità e problemi, che rappresentano le sfide aperte per la Sanità Pubblica.

Il Piano, nel prendere atto degli elementi che compongono il complesso ambito delle strategie e delle politiche vaccinali, cerca di fornire risposte e proporre soluzioni, pur nella consapevolezza che altre problematiche possano configurarsi in futuro, per l'innovazione tecnologica, per lo sviluppo di nuovi vaccini, per la possibilità di combinare antigeni in maniera diversa e migliore dell'attuale.

Il termine "**sfida**" continua ad essere **sinonimo di pericolo** per i nostri bambini (oggi per tutti), sottoposti a somministrazioni pericolose ed inutili e che vengono intensificate nonostante le cosiddette "**criticità passate**" per il rispetto dei piani imposti sulla nostra salute.

Vengono anche individuate alcune aree prioritarie di azione, allineate con i documenti prodotti a riguardo dall'OMS ("Decade dei Vaccini 2011-2020" e EVAP), una serie di obiettivi specifici ed i relativi indicatori di monitoraggio, tenendo conto delle specifiche necessità e delle criticità registrate nelle Regioni e nel Paese durante i cicli di programmazione precedenti.

Piani che si fondano come sempre sul **pretestuoso** aiuto a popolazioni svantaggiate [\[3-A10b\]](#) ma che trovano piena applicazione in paesi cosiddetti "civilizzati".

Piani **assicuranti** il rispetto di etica, informazione e **solide basi scientifiche** che possano garantire sicurezza:

Campagne di promozione e informazione su vaccinazioni obbligatorie e raccomandate che siano a carattere nazionale, implementate rapidamente, basate su una consolidata documentazione scientifica, comprendenti una comunicazione efficace sui siti internet e un'accurata informazione a livello individuale, scritta e verbale, al fine di rendere consapevole il cittadino sia delle strategie in atto sia dei benefici attesi a fronte dei rischi possibili.

producendo però, a sostegno della **Vostra** scienza, solo un ipotetico ritorno economico.

Uno studio del 2010¹⁹ ha evidenziato come il costo complessivo per l'influenza, tra spese del SSN, dell'INPS, delle aziende e delle famiglie (costi diretti ed indiretti), è per il sistema-Italia pari a circa 2,86 miliardi di euro. Dallo studio emerge che vaccinando tutta la popolazione > 18 anni, i costi complessivi si ridurrebbero a 1,56 miliardi generando dunque una riduzione netta di costi pari a 1,3 miliardi.

Buoni propositi mai rispettati, omettendo informazioni, non informando sul reale rischio, cercando di rendere irreperibile la documentazione ufficiale dei medicinali, riassunta in menzioneri siti pubblicitari. Impegnandosi a smentire gli stessi studi citati, confermant i l'inutilità della profilassi contro il morbillo.

In Italia, uno studio appena condotto e in corso di pubblicazione ha stimato il numero di casi di morbillo che sono stati evitati dall'introduzione del vaccino (1979) fino al 2009, assumendo che, in assenza della vaccinazione, non ci sarebbero stati cambiamenti epidemiologici tali da modificare l'incidenza media. Questa è stata calcolata dal 1960 al 1995 ed è risultata pari a 94,61 casi annui per 100.000 abitanti. Tenendo, tuttavia, conto della sotto-notifica (1 caso notificato ogni

- La FNOMCeO è felice (felicità naturale e ancora non imposta dalla legge n.3/2018) per l'approvazione del PNPV, proposto ed obbligato dai soliti soggetti stranieri, intrecciati da enormi interessi [\[L\]](#).

Razionale

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (*European Vaccine Action Plan 2015–2020, EVAP*) rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale (*Global Vaccine Action Plan 2011–2020, GVAP*) nella Regione Europea dell'OMS. Esso è stato approvato dalla 65° Assemblea Mondiale della Sanità con la Risoluzione WHA65.17, come struttura operativa per l'implementazione della visione, espressa dalla “Decade dei Vaccini” (iniziativa dell'OMS), di un

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Il nuovo piano inoculatorio ha il suo razionale nell'attuazione dell'EVAP, ovvero **nell'accettazione sociale** delle regole che poi sarebbero tornate utili oggi, indipendentemente **dalla tutela della salute dei bambini** [\[L\] \[3-A96\]](#),

Gli obiettivi dell'EVAP sono:

- *obiettivo 1: Tutti i paesi riconoscono le vaccinazione come una priorità*
- *obiettivo 2: Gli individui comprendono il valore dei servizi di immunizzazione e dei vaccini e richiedono attivamente le vaccinazioni*
- *obiettivo 3: I benefici della vaccinazione sono equamente estesi a tutta la popolazione attraverso strategie mirate e innovative*
- *obiettivo 4: Sistemi di immunizzazione forti sono parte integrante di sistemi sanitari efficienti*
- *obiettivo 5: I programmi di immunizzazione hanno accesso sostenibile a una finanziamento stabile e a vaccini di elevata qualità industriale*

- Iniziavano i corsi preparatori per i medici. Le slides del corso Corso di formazione ATS di Brescia del 2017 sembrano confermare la pressione sul personale sanitario in genere, in particolare i pediatri, pena audit, richiami e sanzioni, in netto contrasto con i requisiti della deontologia oltre che della legalità [\[L\] \[3-A11\]](#)
- In **assenza di dati certi sul profilo di sicurezza**, non si poteva obbligare i medici senza **la protezione da denunce a seguito di possibili danni arrecati**, così si emanava legge n. 24 dell'8 marzo 2017" detta anche Legge Gelli (successiva alla Legge 8 novembre 2012 n. 189 art. 3).

"l'esercente la professione sanitaria il quale, nello svolgimento della propria attività, cagiona, a causa di imperizia, la morte o la lesione personale del paziente, risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave"

"Anche l'imperizia è depenalizzata quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, risultano rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e dalle buone pratiche clinico-assistenziali"

Nonostante il compito di valutazione HTA per il proseguimento/variazione del calendario vaccinale fosse di esclusiva **responsabilità della Cabina di Regia** (Decreto del Ministro della salute, 12 marzo 2015 - attuazione dell'articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016), valutazione utilizzata dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, le società scientifiche, riunite in un

grande Board difficilmente attaccabile, proponevano dei calendari vaccinali **basati sul NULLA** e forse su indicazioni dalle case farmaceutiche in base alla sperimentazione post-marketing da valutare; quindi, il governo approvava il calendario tutelando i medici e se stesso, eludendo le proprie responsabilità con il perseguimento di linee guida dell'OMS.

Come avuto modo di appurare all'atto della prima inoculazione di mia figlia, è proseguito e si aggravato **il totale disinteresse degli operati sanitari**, i quali non hanno alcun vantaggio (se non la radiazione) a valutare con "**scienza e coscienza**" l'atto medico imposto per legge. Allo stesso modo, era occultata ogni informazione che potesse far nascere qualunque domanda o dubbio nei genitori, violando ogni norma sul **consenso informato**.

- A marzo 2017 viene emanata la circolare "*Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale*" (0007903-09/03/2017) [\[3-A12\]](#), in cui il ministero propone l'offerta di salute attiva tra le **più avanzate d'europa**, inserita tra i nuovi LEA e godente di un finanziamento ad hoc per il rimborso alle regioni. Nella circolare si sottolinea ancora **una importante quota di sotto-notifica sotto-diagnosi che non permette una analisi qualitativa dell'impatto vaccinale, MA NON HA IMPORTANZA**, nonostante il futuro registro PREMAL ed il collegamento al neo-nato NSIS sia ancora in fase sperimentazione.
- Sempre a marzo 2017, contemporaneamente alla circolare sopra, viene emanato il DPCM per l'identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, tumori e di altra patologia, anch'esso ritardatario rispetto al DL 18 ottobre 2012, n. 179, nel quale **SI DICHIARANO i DEBITI INFORMATIVI che fanno capo al Ministero della salute sia a livello comunitario che internazionale in materia di profilassi delle malattie infettive** e si istituisce ufficialmente il registro **PREMAL**, per il cui avvio ed integrazione (al netto dei 6 mesi + 6 mesi successivi), si dovrà aspettare il parere del *Garante Per La Protezione Dei Dati Personali* [\[L\]](#) nel 2019 ed il Decreto del Ministero della salute del 7 **marzo 2022**, dopo le lungaggini iniziate nel 2020 [\[L\]](#), tra cui l'inserimento, nell'elenco delle malattie sottoposte a monitoraggio, del famoso **Vaiolo delle Scimmie**, poi scomparso misteriosamente [\[L\]](#) [\[3-V1a\]](#).

3-R17 – Chiedo cortesemente i dati, registrati nel PREMAL (o comunque l'invio all'ECDC tramite piattaforma **Tessy**) dei contagi relativi al virus del vaiolo delle scimmie con il relativo sequenziamento, relativi alla pandemia dichiarata **pubblicamente** nel 2022 da colui che scrive libri su vaccini ma non conosce cosa significhi RCP [\[3-V25\]](#).

L'emergenza **vaiolo delle scimmie**, ripresa in una maniera così maldestra dai nostri attori, **tanto scarsi da essersi estinta in poche settimane**, è stata il cavallo di battaglia (come per noi il morbillo) dell'amministrazione Obama, grazie alla quale si investivano risorse smisurate nel progetto **BioShield** [\[L\]](#) [\[L\]](#). Progetto, come tutti, costituente l'avvio di sperimentazioni biotecnologiche e spacciate come protezione da **ipotetici attacchi terroristici** [\[L\]](#) [\[3-A89\]](#), attacchi mai verificatisi, almeno dall'esterno. Il progetto **BioShield** e gli investimenti nel vaccino contro il vaiolo delle scimmie rastrellò **miliardi di dollari** negli anni a venire, risorse necessarie alla sperimentazione condotta su migliaia di soggetti immuocompromessi, utilizzando anche allora un farmaco **autorizzato in emergenza** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[3-A90\]](#). (Oggi, Il Dott. Harvey Risch sostiene che il COVID e i vaccini siano stati sfruttati per giustificare i finanziamenti in corso all'industria statunitense delle armi biologiche [\[3-V74\]](#)).

Confidando in una prospera e duratura emergenza, ma inconsapevoli del mediocre cast assoldato, [\[3-V21\]](#) [\[3-V22\]](#), il Ministero pubblicava, nel 2022, la circolare 0034905-02/08/2022-DGPRES-DGPRES-P [\[L\]](#), sui possibili Focolai in paesi non endemici. Il Ministro Speranza dichiarava:

In attesa che tutte le Regioni/PP.AA abbiano accesso al PREMAL, le segnalazioni dei casi devono includere almeno le seguenti informazioni:

- data della segnalazione;
- Regione/PA di segnalazione;
- nome (o ID);

Il registro PREMAL diviene operativo, forse, solo nel 2023 [\[L\]](#), dodici anni dopo l'inoculazione di veleni a mia figlia.

3-R18 – L'allegato 1 della circolare 0034905-02/08/2022-DGPRES-DGPRES-P [\[3-A71\]](#) elenca le malattie infettive sottoposte a sorveglianza ai sensi del DM

22 luglio 2022 **concernente il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL).** Tra le tante malattie infettive sottoposte a sorveglianza (tranne ancora le infezioni ospedaliere che causano ogni anno migliaia di decessi), perché non compare **ESPICITAMENTE II SARS COV-2** ?

3-R19 – Con la dismissione del sistema SIMI, SIRI e CNSPS, e nel mentre ci si attrezzava per il collegamento al registro PREMAL (attuando quanto disposto dal DM sanità 15 dicembre 1990), con quale modalità sono stati inviati e dove sono confluiti i dati di infezione sino al giugno 2023, per una **analisi integrata** della pandemia?

- **Mentre era in preparazione l'emergenza morbillo, occorreva sopperire alla manacata sorveglianza** dovuta all'abrogazione del Titolo IX (farmacovigilanza) del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219. Dunque, **di pari passo alla stesura del decreto, venivano redatti contemporaneamente il rapporto di sorveglianza post-marketing per gli anni 2013, 2014, 2015 ed il rapporto del 2016**, evidenzianti tutti le inadempienze dal punto di vista della farmacovigilanza e soprattutto la mancanza dei dati di esposizione vaccinale, come confermato dai report dell'ECDC.

3-R20 - Il mancato invio delle segnalazioni all'ECDC, aggravato dal comportamento scellerato di altri Stati Membri, hanno potuto **compromettere** le valutazioni, a livello europeo, del **rapporto rischio/beneficio** dei medicinali inoculati?

Nel 2017, tutti si affrettavano ad inserire schede vecchie di dieci (10) anni, la maggiorparte delle quali in formato cartaceo e per questo, presumibilmente smarrite in misura rilevante. Nel 2015, la regione Veneto, capofila e coordinatrice regionale della farmacovigilanza, nel documento "XIX RELAZIONE SULL'ATTIVITA' DEL "CANALE VERDE" [L1](#) [\[3-A12a\]](#) e redatto a dicembre 2016, inseriva nel RNF ben 2.861 relativa a segnalazioni occorse in anni precedenti.

Successivamente alla stesura della 18esima relazione sono state inserite nella rete altre 2861 segnalazioni riferite a vaccini somministrati in anni precedenti. Esse includono solo una segnalazione di evento grave (Herpes Zoster) correlabile alla vaccinazione MPRV. Tali schede non sono state incluse nella precedente relazione del Canale Verde in quanto pervenute dopo l'analisi dei dati annuali.

Ora, la persona comune e non lo scienziato, per attuare un ulteriore imposizione avrebbe basato il futuro obbligo su dati dell'anno precedente ma, essendo redatti contemporaneamente ed essendo sovrapposti nell'analisi rispetto all'anno di insorgenza (e integrati sino al 2010), **questo non era possibile. DUNQUE, SI EMANAVA UN OBBLIGO FONDATO SUL NULLA** [\[3-V2\]](#).

Poiché le reazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza durante il 2016 non sono tutte insorte in tale anno non è possibile calcolare il tasso di segnalazione per tipologia di vaccino rispetto alle dosi vendute come nei precedenti rapporti. In particolare, alcune segnalazioni inserite nella rete Nazionale di Farmacovigilanza nel 2016 si riferiscono a casi insorti nel 2014 o nel 2015 o in anni ancora precedenti, già in parte descritti nelle precedenti edizioni del Rapporto. Per i vaccini antinfluenzali stagionali, che

Si può solo presumere che i rapporti di sorveglianza per gli anni 2013, 2014-2015 e 2016 siano stati pubblicati prima del decreto-legge in quanto tutta la documentazione relativa alla farmacovigilanza, compresa l'era covid, è costituita da file **senza nessun certificato digitale** e di nullo valore legale. La supposizione deriva dall'azione effettuata dalla Codacons contro l'ex Ministro Lorenzin (che presupponeva la pubblicazione dei rapporti) a seguito dell'omessa dichiarazione di un numero elevato di reazioni avverse segnalate per l'esavalente **Infanrix Hexa** [\[L\]](#) [\[L\]](#), per il quale siamo stati **il laboratorio europeo, COMPRESA MIA FIGLIA.**

Il Codacons aveva rilevato una discrepanza di quasi un ordine di grandezza (1.800 dichiarati contro circa 8900) rispetto ai dati registrati dall'Osservatorio Medico sull'impiego dei medicinali (OSMED). Discrepanza confermata anche oggi dall'enorme differenza nei dati di Eudravigilance rispetto alla letteratura.

- **FINALMENTE ARRIVA L'EMERGENZA ed il solito terrorismo per indurre al consumo di farmaci:** con la circolare 0010740-04/04/2017-DGPRES-DGPRES-P del Ministero della Salute del 4 aprile 2017 [\[L\] \[3-A13\]](#), si dichiarano **1.333** casi di morbillo di cui, pur non avendo un sistema di sorveglianza, si dichiarava la non vaccinazione di **1.173** soggetti. Si prefissava l'insensato obiettivo minimo copertura vaccinale del 95%, richiesto dall'OMS, quando la stessa Commissione Vaccini OMCEO Bologna e Verona dichiarasse come soglia di immunità caprina **l'intervallo tra 88 e 94%** [\[3-A13c\]](#).
- Come evidenziato dall'inchiesta della trasmissione REPORT (e non solo [\[L\]](#) [\[L\]](#)), solo poche regioni riuscivano a segnalare ed **il 93%** delle segnalazioni era effettuate solo da **9 delle 22** regioni. **Nel 2019**, la regione Puglia una tra le più attive nell'adozione delle misure, lavorava ancora per integrare il sistema GIAVA con l'anagrafe nazionale vaccini [\[L\] \[3-A13a\]](#) [\[L\] \[3-A13b\]](#).

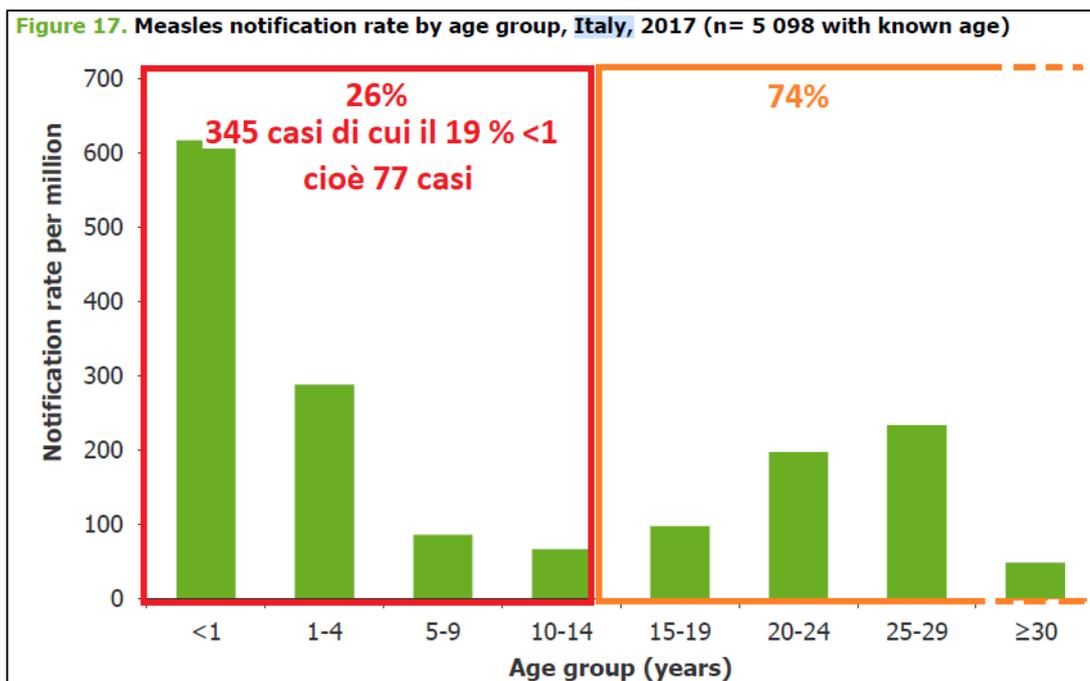
NOTA – sulla privacy

3-R21 – Prendendo ad esempio la Regione Puglia, è legale consentire l'accesso al sistema al Dirigente scolastico per la verifica dell'obbligo vaccinale? [\[L\]](#)

Sia il report dell'ECDC che la circolare, calcolavano che circa il 70% dei casi segnalati **riguardasse la fascia di età sopra i 20 anni**, con età media di incidenza di 27 anni. Dei 1.333 casi segnalati nel nostro paese, solo 77 riguardavano bambini al di sotto dell'anno di età. Nonostante il basso numero di casi nelle fasce più giovani, il tasso di notifica per milione pare fosse estremamente più elevato nella fascia <1 anno, **non riportando** tuttavia la suddivisione dei casi per fasce di età.

Al seguente link è possibile consultare la distribuzione per età della popolazione italiana [\[L\]](#). Assumendo come dati medi quelli riportati dalla circolare del Ministero della Salute, il grafico dall'ECDC **sovrastima del 300% l'incidenza nella fascia <1**.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



3-R22 – relativamente ai dati della circolare del 4 aprile 2017 [\[L\]](#), Chiedo cortesemente i records inviati tramite piattaforma TESSy relativi all'**84%** della **genotipizzazione** effettuata in laboratorio, secondo il Piano Nazionale di Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita e confermati dal report dell'ECDC [\[3-A14\]](#). Chiedo inoltre la suddivisione in fasce d'età dei casi in base al Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990, allora in vigore, evidenziando in particolare i casi confermati nella fascia di **età <1**. Naturalmente i dati saranno epurati dalle informazioni sensibili in base alla normativa sulla privacy.

- Dunque, sempre **nel 2017**, nella stesura del rapporto sorveglianza post-marketing riferito agli anni 2014-2015 [\[3-A15\]](#), si legge della grande solerzia nella salvaguardia della salute dei bambini, affermando che il progetto *diario vaccinale* (analizzato dopo) del 2013 non fosse proseguito perchè troppo oneroso e si **festeggiava (nel 2017) l'avvio del portale VigiFarmaco, lanciato nel 2015**, a cui aderivano per bontà alcuni distretti di alcune regioni.

A questo intervento hanno aderito alcuni distretti in Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Calabria, Marche e provincia Autonoma di Bolzano. Il progetto è iniziato a maggio 2017.

Nel collegamento alla nuova versione di Eudravigilace del novembre 2017 [\[L\]](#), **si perdono anche questi pochi dati a disposizione**, come segnalato dalla

regione Piemonte, mentre **Eudravigilace** è ancora una scatola quasi vuota [\[L\]](#).

- Stesse considerazioni emergono dalla lettura del documento redatto **nel 2017** da parte del gruppo di Vaccinovigilanza di AIFA [\[3-A16\]](#) [\[L\]](#). Documento **postumo** al PNPV 2017-2019 in quanto quest'ultimo è elencato nella bibliografia. L'attento Gruppo chiarisce come la farmacovigilanza per i vaccini richieda attività che vadano **oltre quelle routinarie**, in quanto farmaci somministrati a bambini **SANI**, mentre poi si apprestava ad analizzare le reazioni avverse insorte nel biennio 2014-2015, insieme a quello del 2016, inserendo eventi insorti anche **10 anni prima**. Una **modalità non di certo contemplata** nelle misure definite dalle *Good Pharmacovigilance Practices* (GVP) [\[L\]](#). Il gruppo ribadiva, inoltre, un concetto molto importante e già evinenziato precedentemente: la **difficoltà di verifica della sicurezza di un vaccino** a causa degli alti tassi di copertura, che **non consentivano un confronto con un gruppo di controllo non esposto**.

Il Gruppo di Farmacovigilanza sosteneva che il PNPV 2017-2019 fosse stato introdotto, **IN EMERGENZA**, secondo il **processo decisionale ed i criteri "evidence based"** per l'introduzione dei nuovi vaccini, linea guida della solita OMS [\[2-A39\]](#) [\[L\]](#), linea guida ancora più squallida ed indecorosa della precedente .

L'attuale Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (2017-2019) [2], tenendo conto delle raccomandazioni dell'OMS, definisce il processo decisionale ed i criteri *evidence based* per l'introduzione di nuovi vaccini nel calendario nazionale. Il calendario delle vaccinazioni prevede dunque l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate) e le vaccinazioni indicate per i soggetti ad alto rischio.

La linea guida citata, come ogni banale linea guida scritta per i filantropi, **si riferisce all'introduzione di nuovi vaccini in territori poveri la cui popolazione vive in condizioni pessime**, nonostante i soliti sorrisi dei bambini africani propagandati da 50 anni, mentre si nascondono i crimini [\[L\]](#) [\[L\]](#). Dopo Kano [\[L\]](#) [\[L\]](#), sono anche cambiati i contratti, per una maggior tutela dell'industria farmaceutica.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



La linea guida citata affrontava per l'80% disquisizioni economiche, nelle quali **non rientra la salute della popolazione**, per il 19 % affrontava problemi **tecnico-logisitici** legati alla mancanza di infrastrutture delle situazioni considerate, come catena del freddo, stoccaggio, rifiuti ecc.



Nell'1% si trattavano problemi di sicurezza legati principalmente **all'errore medico**, **sottoindentando sicurezza ed efficacia dei medicinali**.

Sono le stesse linea guida a dichiarare gli interessi privati e le influenze delle case farmaceutiche, partners dei soliti filantropi.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

In recent years, global immunization partners, including WHO, the GAVI Alliance, the Bill & Melinda Gates Foundation and large procurers of vaccine, such as UNICEF and the Pan American Health Organization (PAHO) Revolving Fund, have been able to influence vaccine supplies and to accelerate the development of healthy markets. They have done this by creating demand for new vaccines in many countries, thereby spurring production among existing or new producers. Other ways they have influenced the markets include purchasing large quantities and developing long-term contracts with producers, both of which help to reduce prices.

There are a number of ways in which individual countries can improve the security of their supply and minimize the likelihood of stock-outs. These include preparing accurate forecasts of vaccine needs, monitoring vaccine uptake, improving stock management, monitoring and reducing vaccine wastage, ensuring timely payments to producers and entering into multi-year contracts with suppliers.

L'OMS, per agevolare l'industria farmaceutica, spinge sull'introduzione di nuovi farmaci che richiedono sorveglianza in aree popolate **da nomadi!!**

Obtaining high quality data on immunization coverage can be challenging in many countries. Obtaining accurate denominators – that is, the total number of people in the target population – can be especially difficult due to population movement, inaccurate census estimates or projections, or multiple sources of population data, all with different estimates. This is particularly true for age groups beyond infancy, such as the target population for HPV vaccine (9-13 year old girls)⁵² and for meningitis A campaigns (1-29 year olds). The new vaccine introduction can be a useful prompt to assess and improve data quality for routine immunization coverage reporting. Countries can use the WHO Data Quality Self-Assessment (DQS) tool to assist in diagnosing problems with their immunization monitoring systems and in identifying appropriate remedial steps.⁵³

La mia convinzione, ormai da tempo, è che queste popolazioni siano usate come scimmie per le primissime fasi della sperimentazione. In fondo nessuno verrà mai a conoscenza se, anziché dieci topi come per il Comirnaty, utilizzino gli abitanti di un piccolo villaggio in mezzo al nulla. Poi, dopo aver verificato che il villaggio non venga decimato nell'arco di qualche mese, si promuove il farmaco in occidente, perché solo in occidente si può effettuare una concreta valutazione di fase IV (essendo almeno popolazioni stanziali!). Oggi si è fatto un passo avanti: dopo aver testato in Africa un medicinale (Remdesivir) **con una letalità mai vista [3-V24], si è comunque utilizzato anche nelle scimmie evolute occidentali (Dr. David Martin [3-V20]). Questa convinzione oggi è supportata dai numeri. L'ACT-A, con il quale i filantropi criminali**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

prelevavano denaro dagli Stati Membri per finanziare l'accesso alle terapie anti-covid a Paesi svantaggiati, è servito a sperimentare nei Paesi definiti civilizzati. L'ultimo RMP Version 11.0 [3-A87], riporta la distribuzione delle dosi nel mondo.

Table 45. Cumulative Estimated Shipped Doses of BNT162b2 Original by Region Worldwide and Age Group

Region/Country	% of Total Doses ^a	6-month – 4 years	5 – 11 years	≥12 years ^b	All
Europe	30.9	4368000	69859200	1139387235	1213614435
North America	14.9	15379300	70749800	501181315	587310415
Central and South America	15.6	24694800	86753900	502138755	613587455
Asia	29.9	13657200	135614200	1026803760	1176075160
Oceania	2.2	1195200	12203400	74875230	88273830
Africa	6.4	0	5832900	244583370	250416270
Total	100	59294500	381013400	3488969665	3929277565

Table 46. Cumulative Estimated Shipped Doses of BNT162b2 Bivalent Omi BA.1 by Region Worldwide and Age Group

Region/Country	≥12 years	All
Europe	76181760	76181760
North America	0	0
Central and South America	10002960	10002960
Asia	37004670	37004670
Oceania	4700160	4700160
Africa	0	0
Total	127889550	127889550

Table 47. Cumulative Estimated Shipped Doses of BNT162b2 Omi Bivalent BA.4/BA.5 by Region Worldwide and Age Group

Region/Country	% of Total Doses	6-month – 4 years	5 – 11 years	≥12 years	All
Europe	38.4	0	1814400	212616720	214431120
North America	22.4	4066600	11893700	109343620	125303920
Central and South America	11.9	0	114000	66293280	66407280
Asia	23.5	0	3187200	127897470	131084670
Oceania	3.4	0	0	18786240	18786240
Africa	0.5	0	0	2551680	2551680
Total	100	4066600	17009300	537489010	558564910

Forse, per filmare o documentare finti atti d'amore verso il prossimo, si inviavano in Africa le dosi scadute, insieme ai banchi a rotelle [3-V68].

Terribili convinzioni, le mie, suffragate inoltre dall'analisi degli ultimi 20 anni di norme in ambito sanitario, censurate alla popolazione ed ignorate dalle istituzioni, le quali hanno permesso l'utilizzo della nostra salute per lo sviluppo di medicinali. Il documento "A **Strategy for the Heads of Medicines Agencies, 2011-15**" riporta esattamente la mia convinzione [L] [3-A88].

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Pharmacovigilance is a primary front-line function for the European regulatory network, protecting and safeguarding the health of EU citizens. The overarching goal is to optimise the benefit/risk of medicines in use. Key to the effectiveness of European pharmacovigilance is the role of national Agencies, and their ability to develop and maintain an effective two-way interface with health professionals, industry, patients and the public.

The European population base of 500 million people offers an unique opportunity for rapid detection of signals of new and changing risk in relation to medicines throughout the life-cycle of the product on the market.

3-R23 – Chiedo al Ministero della Salute, la **relazione di valutazione di HTA** elaborata dalla **Cabina di Regia** (Decreto del Ministro della salute, 12 marzo 2015 - attuazione dell'articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016) ed utilizzata dalla **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA**, i cui **metodi scientifici hanno validato** l'approvazione dell'introduzione obbligatoria (L. 119 del 31 luglio 2017) di nuove inoculazioni di medicinali **immunologici da ingegneria genetica** (rDNA) e medicinali somministrati nelle prime fasi della **fase IV della sperimentazione** (es **Gardasil 9**), la cui sconosciuta efficacia e sicurezza impedivano qualunque valutazione di impatto sul SSN, nonostante le **idiozie** approvate nell'INTESA 19 gennaio 2017 della conferenza permanente [\[L\]](#), in cui,

- **Si IPOTIZZAVA** una **presunta efficacia** di principi attivi generici, senza alcuna denominazione dei medicinali,
- **non si menzionava MAI** gli aspetti legati alla **sicurezza**,
- si identificavano menzionieri benefici economici [\[2-A39a\]](#), basati, come per l'HPV [\[L\]](#), su studi datati, demenziali, riferiti a medicinali non inseriti nel calendario ed **INFICIATI da forti conflitti di interesse**, oltre che da errori [\[L\]](#);

Conflict of interest statement

Competing Interests: Dr. Alessandro Capone is a consultant of Sanofi Pasteur MSD Italy which markets Gardasil, an anti-HPV vaccine. This does not alter the authors' adherence to all the PLOS ONE policies on sharing data and materials.

o dai soliti studi epidemiologici dove, nella conclusione, si affemerà sempre che nulla si conosca [\[2-A39b\]](#), **se non gli ordini dei soliti psicopatici.**

The European Union is asked to equally spread support across all country members in: reaching cost-effective vaccination programs in boys and girls; delivering affordable control policies of the results of the vaccination programs; empowering the population in defending their health values in front of HPV linked diseases. If countries consider phased introduction, priority should be given to strategies that include those European populations who are likely to receive less access to screening for cervical cancer later in life.

- Si raggiungevano vette di indecenza, costituenti a mio parere atti **criminali inauditi**, quando per il Meningo B e **nel 2017**, si portava a sostegno una valutazione HTA in termini economici, nonostante il **presunto** numero di casi evitato all'anno fosse pari a **90**. Una **valutazione** avente enormi conflitti di interesse con la casa farmaceutica [\[L\]](#). Una valutazione contenuta *nell'Italian Journal of Public Health del 2013* [\[2-A39c\]](#) e riferita all'introduzione del medicinale immunologico (rDNA) **BEXERO**, appena approvato in base al regolamento CE 726/2004. L'unica evidenza di tale rapporto, chiamato **impropriamente** HTA, è **l'assoluta l'inutilità** della profilassi contro i sierogruppi A, C, Y, and W, essendo dichiarata la prevalenza sierogruppo B ed essendo stimata una incidenza media dello 0,5/100.000. Gli illustri scienziati, parlando delle implicazioni etiche e del riconoscimento dell'essere e della dignità della persona umana, avrebbero dovuto informare circa **la mancanza di qualunque sorveglianza** relativa ad un medicinale che approcciava la fase post marketing senza sperimentazione clinica.

Efficacia clinica

L'efficacia di Bexsero non è stata valutata mediante sperimentazioni cliniche. L'efficacia del vaccino è stata dedotta dimostrando l'induzione di risposte anticorpali battericide sieriche verso ciascuno degli antigeni del vaccino (vedere paragrafo Immunogenicità).

sconsigliando la co-somministrazione con altri veleni routinari, a causa di uno sconosciuto **rapporto rischio/beneficio** a cui i bambini erano esposti.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Sono, infine, da segnalare, due casi (di cui solo uno confermato) di malattia di Kawasaki in bambini vaccinati con MenB. Pur non essendo chiara la dinamica dell'associazione tra vaccinazione e insorgenza della malattia di Kawasaki, viene sottolineata la necessità di un'attenta sorveglianza post-vaccinale,

Dopo aver usato i nostri bambini per testare i nuovi intrugli, nel rapporto sorveglianza vaccini riferito agli anni 2015-2015 e redatto nel 2017 per assolvere alle inadempienze, veniva confermato l'utilizzo della popolazione pediatrica alla stregua di topi.

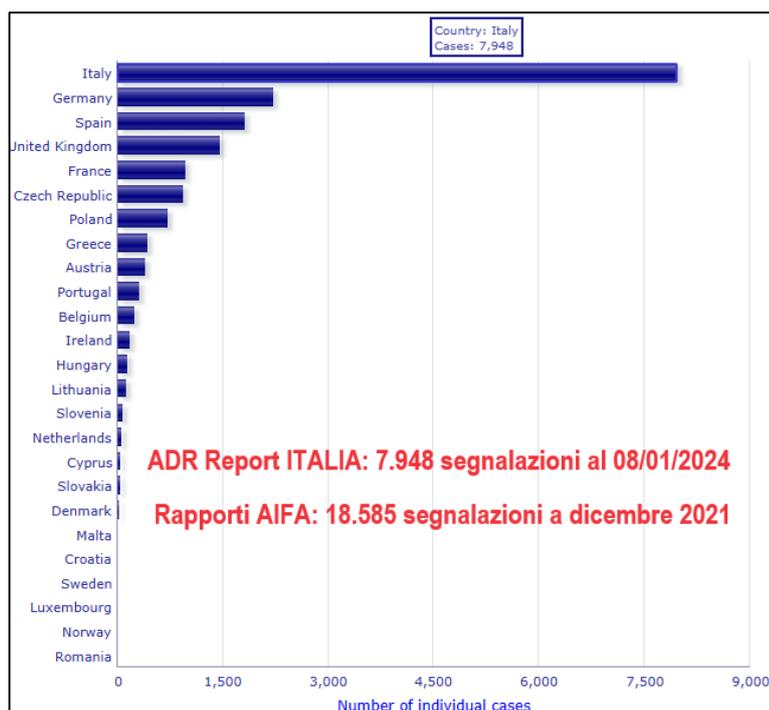
Il maggior numero di casi è relativo al vaccino contro il meningococco gruppo C coniugato, ed essendo questa tipologia di vaccino inclusa nel calendario vaccinale il dato non sorprende. Il tasso di segnalazione più elevato (172 per 100.000 dosi) si osserva per il Bexsero, vaccino contro il meningococco gruppo B, autorizzato nel 2013 e che pertanto potrebbe risentire della maggiore attenzione generalmente dedicata ai prodotti di recente introduzione sul mercato.

Nella valutazione si riportano dati riguardo incidenza negli anni in base ai sierogruppi e sierogruppi presenti in anni diversi, con grafici e tabelle degni dei recentissimi capolavori pittorici raffiguranti la distribuzione delle varianti (presunte) relative al covid.

Analizzando gli eventi avversi del medicinale **BEXERO** inclusi nei rapporti di sorveglianza per gli anni dal 2014 (anno di introduzione dopo l'AIC del 2013) al 2021, si ottiene la seguente situazione:

anno	n°	Tasso	% gravi	n. gravi
2014	122	172	8,2	10
2015	750	210	11,9	89
2016	1237	non riportato	14,3	176
2017	2143		12,2	261
2018	1950		12,7	247
2019	1861		14	260
2020	2099		9,5	199
2021	8423		3,4	286
	18.585			1.528

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



Come **ulteriore esempio di inaffidabilità** dei dati presentati dalle autorità sanitarie coinvolte, per il medicinale Bexero, **sperimentato esclusivamente sui nostri bambini**, si riporta il dato attuale delle segnalazioni reperito da Eudravigilance, [\[3-VT1\]](#)

OVVERO, RISULTA UN INVIO DI SEGNALAZIONI ALL'ECDC DI CIRCA IL 60% IN MENO.

3-D24 – Dal 2017, Eudravigilance costituisce l'unica fonte di dati da cui i Titolari dell'AIC possano attingere informazioni per le valutazioni del profilo di sicurezza. Nel caso in cui altri Paesi abbiano adottato il nostro stesso scellerato comportamento ed in violazione dell'art. 14 del DM 30 aprile 2015, causando un vizio nel computo effettuato dai titolari dell'autorizzazione, tutte le raccomandazioni emanate dall'ECDC, e quindi dall'OMS, sarebbero fondate?

Secondo i dati ISTAT del 2014, le 10 cause di morte più frequenti in Italia erano le malattie ischemiche del cuore (75.098 casi), le malattie cerebrovascolari (61.255 casi) e altre malattie del cuore (48.384 casi).

Ovviamente a tale tipo di mortalità concorrono diabete, ipertensione, ipercolesterolemia e altre cause legate allo stile di vita.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Anche i tumori maligni figurano tra le principali cause di morte. Tra questi, con 33.538 decessi, quelli che colpiscono trachea, bronchi e polmoni, sono la quarta causa di morte in assoluto e la seconda negli uomini.

Demenze e Alzheimer risultano in crescita: costituiscono la sesta causa di morte con 26.559 decessi (4,3% sul totale annuo).

Le malattie croniche delle basse vie respiratorie (21.841 decessi) e il diabete mellito (21.536) (entrambi i gruppi con percentuale sul totale di decessi poco inferiore al 4%), occupavano rispettivamente la settima e l'ottava posizione in graduatoria. Infine, si annoveravano il tumore del colon-retto (nona posizione, 19.202 decessi pari al 3% del totale) e il tumore maligno al seno (decima posizione, 12.137 decessi, pari al 2%).

Tra i 793 decessi dei bambini (1-14 anni, coorte d'età oggetto del DL 2856 sulle vaccinazioni obbligatorie) prevalevano le malformazioni congenite e le leucemie.

Gli incidenti da trasporto rappresentavano la principale causa di morte tra 15 e 24 anni (un terzo dei 1.321 decessi nei ragazzi, un quarto dei 464 decessi nelle ragazze) seguita **dai suicidi!**.

Nelle fasce di età centrali della vita (25-64 anni), i tumori maligni erano le cause di morte principali.

3-R25 – Per una stima dell'impatto delle campagne inoculatorie, **effettuate per una vita lunga ed in salute**, chiedo l'estrazione dei dati grezzi contenuti nei registri istituiti dal DPCM 3 **marzo 2017** "*Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie*, in particolare:

- A2.2 Registro tumori
- A2.5 Registro insufficienza cardiaca terminale e assistenza ventricolare
- A2.6 Registro insufficienza epatica terminale e trapianto di fegato
- A2.8 Registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari
- A2.9 Registro diabete
- A2.10 Registro endometriosi
- A2.15 Registro Nazionale della talassemia e delle altre emoglobinopatie

Nonché i dati grezzi relativi ai seguenti registri già normati, sempre a partire dal 2017 ad oggi:

- B2.2 Registro nazionale e registri regionali delle malattie rare
D.M. 18 maggio 2001, n. 279; Accordo Conferenza Stato-regioni del 10.5.2007 (CSR Rep. Atti n. 103/CSR); Accordo Conferenza Stato-regioni del 16.10.2014 (CSR Rep. Atti n. 140/CSR);
- B2.6 Registro nazionale e registri regionali mesoteliomi, tumori nasosinusal e a bassa frazione etiologica
D.LGS. 9 aprile 2008, n. 81; D.P.C.M. 10 dicembre 2002, n. 308
- B2.9 Registro nazionale e registri regionali malformazioni congenite
D.P.C.M. 9 luglio 1999
- B2.10 Registro di mortalità
D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285

Chiedo inoltre, per effettuare un confronto, i **decessi per morbillo** avvenuti ITALIA negli ultimi 10 anni.

3-R26 – Essendo tutti i destinatari, da vent'anni, **incaponiti** contro il morbillo, **chiedo al Comitato Pediatrico** gli **inventari delle esigenze terapeutiche**, in particolare al fine di individuare le priorità per la ricerca degli ultimi 10 anni, ai sensi dell'art. 43 del regolamento CE 1901/2006 e s.m.i.

- Il 7 giugno viene pubblicato il decreto-legge (convertito in legge il 31 luglio L.119) usando l'emergenzialità della fantomatica situazione epidemiologica e dopo 4 giorni viene emanata la circolare 0017892-12/06/2017 [\[L\]](#) recante *“prime indicazioni operative per l'attuazione del decretolegge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”* in cui si dichiarava l'inserimento del decreto nel contesto già definito del PNPV 2017-2019, **ovvero deciso in assenza di emergenza**, ma in relazione ad impegni internazionali, in base ai quali, si rischiava di arrecare un danno di immagine (oggi siamo lo zimbello del mondo). **Infatti, nella circolare, il Ministero giustificava l'obbligo col fine di “fronteggiare un rischio per la salute pubblica, anche quando il rischio non era definito”.**

Teorie bizzarre, avallate anche allora dai soliti attori, come dalle solite smorfie **del dott. Pregliasco** [\[3-V3\]](#), che un anno fa **impediva le cure** alle persone

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

non inoculate con la **terza dose** ed oggi **nega l'accesso alle cure programmate senza l'inutile tampone [3-V79]**.

L'ISS dichiarava che il PNPV 2017-2019 non facesse riferimento alle caratteristiche particolari di ciascun vaccino o dell'evoluzione scientifica e tecnologica ma, raccomandava solo il raggiungimento delle quote prefissate dagli sperimentatori, in relazione ad un **quadro epidemiologico sconosciuto [L]**.

3-R27 – Quale è stato sempre il rischio maggiore? Un possibile contagio da morbillo, malattia non letale, eradicata (e non grazie a farmaci) o l'esposizione di milioni di bambini a farmaci appena immessi sul mercato con uno sconosciuto profilo di sicurezza?

Nella circolare, il Ministero inquadra il PNPV 2017-2019 in un contesto più ampio ed **ancora in realizzazione**, come l'aggiornamento continuo del personale sanitario, il completamento **dell'anagrafe vaccinale a livello regionale** e, **solo dopo**, la **costituzione di una anagrafe nazionale**, così come l'istituzione di registri ad hoc e la gestione di tutte le problematiche.

Ossia, si istituiva dapprima l'obbligo e poi si provvede alla realizzazione di strutture, infrastrutture e conoscenze che dovevano già essere operative da anni, a garanzia della sicurezza degli obblighi precedenti.



3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

L'ansia di tutti i genitori che si opponevano a questo Decreto liberticida era palpabile e la risposta del sistema a milioni di cittadini che riempivano le piazze è stata il silenzio. Un silenzio assordante dove i media, tutti, hanno fatto il loro sporco lavoro, colpevoli prima di aver fomentato l'isteria di massa verso qualsiasi malattia venduta dalla multinazionale di turno, e poi di aver taciuto la voce di una parte del popolo. **Vi ricorda nulla?**

3-R28 – Chiedo cortesemente, copia della successiva e necessaria predisposizione di documenti informativi a **contenuto tecnico** utili ad orientare il lavoro dei servizi di prevenzione e a comunicare in modo appropriato con i destinatari degli interventi vaccinali.

A tal fine si elencano di seguito gli argomenti per i quali il Ministero avrebbe dovuto provvedere all'emanazione di atti, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome:

- Definizione operativa degli indicatori per la valutazione degli obiettivi del PNPV
- Requisiti per la qualità dei processi vaccinali
- Requisiti per la realizzazione delle anagrafi vaccinali
- Indicazioni d'uso per i vaccini disponibili da somministrare in co-payment presso i servizi vaccinali delle ASL
- Intervalli minimi e massimi fra le dosi e intervalli tra vaccini diversi, co-somministrazione di vaccini, eventi avversi a vaccini, controindicazioni e precauzioni
- Schede informative sulle singole malattie infettive, contenenti informazioni sul quadro epidemiologico, sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini disponibili e sulle strategie di prevenzione indicate dal presente Piano, sugli intervalli minimi e massimi fra le dosi e intervalli tra vaccini diversi, co-somministrazione di vaccini, eventi avversi a vaccini, controindicazioni e precauzioni
- Quadro sinottico delle raccomandazioni vaccinali per singolo vaccino
- Quadro sinottico delle raccomandazioni vaccinali per soggetti destinatari [\[L\]](#).

La totale assenza di dati sulle esposizioni vaccinali, da cui non si poteva certo dedurre un pericoloso calo ed accamparlo come giustificativo per

l'obbligo, è testimoniata nel documento dell'ECDC del 2019 relativo all'evento “*Tackling vaccine hesitancy and improving immunisation delivery*” a cui partecipava la dott.ssa Paola De Castro dell'ISS [\[L\] \[3-A97\]](#).

Discutendo essenzialmente della reazione della popolazione a coercizioni e delle strategie su futuri obblighi, si faceva un bilancio dei due anni successivi all'atto lesivo della libertà e salute dei bambini, avvenuto in Francia e Italia.

Nella bibliografia si riportano alcune analisi dei due Paesi, incentrate sulla vittoriosa adesione ai buchi. Nello studio italiano “*The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction*” [\[L\] \[3-A17\]](#) a cura del ministero della salute, cito in particolare il **dott. Giovanni Rezza** per il ruolo coperto in questi ultimi anni. **Il dott. Rezza dichiarava come, grazie all'obbligo, si fosse acquisita una minima conoscenza dello stato vaccinale della popolazione pediatrica**, a seguito della necessaria presentazione del certificato vaccinale ai gestori dei servizi educativi, nelle scuole e negli asili nido. Tutti i gestori erano tenuti a raccogliere le certificazioni per tutti i bambini di età inferiore a 17 anni al momento dell'iscrizione ed a trasmettere poi le informazioni alle ASL di competenza. **Una operazione controllata addirittura dai NAS [\[3-A72\]](#), CHE SPERO INFANDANO STESSA ABNEGAZIONE PER LE INDAGINI ODIERNE.**

NON ERA POSSIBILE DIMOSTRARE NESSUN CALO DI COPERTURA VACCINALE!

- Non solo si autorizzava un aggravio di somministrazioni in assenza di qualsiasi controllo e senza alcuna fondata motivazione ma, ad agosto 2017, veniva emanata la circolare 0025233-16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P [\[L\] \[3-A18\]](#), in cui, dopo la solita solfa su “il vaccino è libertà” e sulla storia del vaiolo, nel punto “10. *Ottimizzazione dell'offerta vaccinale*”, **si eliminava qualunque possibilità di informazione per il genitore, sostituendo il modulo del consenso informato, con una nota informativa.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

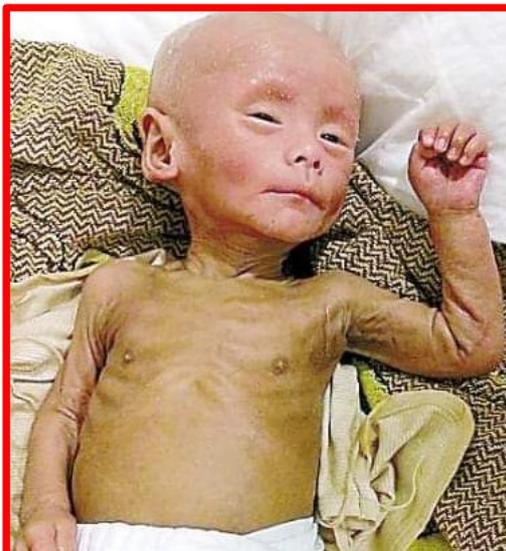
Le buone pratiche vaccinali prevedono che i genitori/tutori/affidatari siano informati sui benefici e sui rischi della vaccinazione e che, alla fine di questo colloquio, venga consegnato un modulo in cui si attesta che è stato eseguito questo passaggio. Questo modello informativo, in presenza di una vaccinazione raccomandata, ha assunto una valenza di consenso informato, ovvero di scelta consapevole a una vaccinazione raccomandata. Alla luce del decreto legge in epigrafe, si precisa che il modulo di consenso informato dovrebbe essere limitato alle sole vaccinazioni raccomandate; per le vaccinazioni obbligatorie verrà consegnato esclusivamente un modulo informativo.

In violazione persino del diritto di habeas corpus.

È criminale nascondere cosa possa accadere ad un neonato quando si iniettano dei veleni. Questo neonato è morto nelle filippine dopo poliomelite orale pentavalente e PVC [\[3-V28\]](#). Questo neonato ha sviluppato una eruzione vescicolare [\[L\]](#). La piccola Kyra, una bambina di quattro anni dalla Tasmania settentrionale, è stata recentemente ricoverata con la malattia di Kawasaki [\[L\]](#). Tre gemelli, (una volta sani e gioiosi) figli di Brenda McDowell, subiscono la devastante trasformazione dell'autismo dopo il vaccino anti-pneumococcico [\[L\]](#). Un danno inutile 15 anni fa, perchè si inoculavano bambini con medicinali non contenenti i sierotipi circolanti [\[L\]](#), un danno inutile perpetrato nel tempo [\[L\]](#), ed un danno inutile oggi nonostante l'aumento dei sierotipi a causa del replacament [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), un danno perenne continuando con le sperimentazioni [\[L\]](#).

3-R28a – Chiedo ad AIFA, sicura destinataria dei risultati, copia dello studio (o link non a pagamento) realizzato nella regione Liguria da parte del Gruppo di Studio Ligure sul penumococco [\[L\]](#).

Fino ad un paio d'anni fa non si poteva accedere ad informazioni provenienti da ogni angolo del mondo, come questo canale telegram indiano che segnala le reazioni avverse nelle vaccinazioni pediatriche [\[3-V70\]](#) [\[3-V71\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) : neonato di 4 giorni muore dopo 5 minuti dalla vaccinazione [\[3-V57\]](#); un neonato di due mesi è morto dopo la vaccinazione [\[L\]](#) [\[3-V58\]](#). Una bambina di 9 mesi muore dopo il pentavalente [\[3-V87\]](#). Scene drammatiche arrivano da Shangai dove un neonato si sta letteralmente atrofizzando dopo aver ricevuto il vaccino BCG contro la tubercolosi. Secondo il CDC, è uno caso studio [\[L\]](#).



La vaccinazione infantile produce infiniti guadagni per le case farmaceutiche, fondi necessari alla ricerca per l'introduzione di nuove tecnologie da utilizzare negli articolati piani oggi abbastanza noti e costati morte e sofferenza. **Mai la vostra scienza ha spiegato, e mai lo spiegherà, perché la sindrome ASD sia praticamente sconosciuta in comunità che rifiutano qualsiasi trattamento sanitario, come gli Amish [L].**

3-R29 – Chiedo cortesemente secondo quale **istituto giuridico** l'ex Ministro della Salute Lorenzin (ed i successivi sino ad oggi) decideva di fornire alla popolazione solo una **ridotta nota informativa (cap 6)**, omettendo informazioni necessarie ed importanti sulla sicurezza dei medicinali inoculati ai bambini.

Lo stesso è accaduto per il veleno covid, per il quale, molte note informative allegate alle circolari, non includevano la dicitura e la simbologia del **monitoraggio addizionale**, nonché la possibile **anafilassi** come reazione avversa rara **[3-A19] [L] [3-A20]**.

3-R30 – L'eliminazione di informazioni importanti, quali monitoraggi addizionali, o l'omissione di dettagliate tabelle sugli eventi avversi, riassunti con la dicitura "sicuro ed efficace" non **risulta essere comportamento gravemente ingannevole [3-A21]**.

- Dunque, ammettendo le criticità degli anni passati sul lavoro svolto in ambito di prevenzione e sorveglianza, senza strumenti di sorveglianza efficienti ma

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

ancora in sperimentazione, con l'emergenza imposta solo a seguito di alcuni casi di morbillo pur non avendo né il modo di censirli in modo uniforme nel Paese, né di associarli ad una avvenuta profilassi ed essendo l'Italia tra i 10 Paesi al mondo con la **mortalità infantile più bassa per questa malattia**, l'ex ministro Lorenzin decretava un **obbligo di 12 inoculazioni (poi ridotte a 10)**, avendo a supporto solo le sue dichiarazioni del 22 ottobre 2014 in prima serata e nei soliti salotti demenziali, riguardo il drammatico numero di decessi in Inghilterra di 200 bambini, **mai** registrati però dalle autorità sanitarie inglesi [\[L\]](#).

Come tutte le altre malattie trasmissibili, il morbillo ha avuto un **calo di diffusione naturale**, ancor prima dell'introduzione delle vaccinazioni. Come da documentazione fornita dal Prof. Paolo Bellavite nell' AUDIZIONI DDL 363 E DDL 770 IN MATERIA DI PREVENZIONE VACCINALE Seduta del 17 gennaio 2019 [\[L\]](#) [\[3-A22\]](#). L'imposizione di un obbligo terapeutico non poteva basarsi su dati così inconsistenti, o meglio sul nulla, mentre nessuno studio interventistico era attuato. Solo dopo vari anni si fingeva di rincorrere le evidenze di efficacia e sicurezza, attuando studi epidemiologici senza valore scientifico e concludenti sempre con le dovute litizzazioni per una tutela legale.

Iniettiamo ancora medicinali per malattie di cui non si conosce il correlato immunologico, sperando poi, con la qualità della sorveglianza descritta, di verificarne l'efficacia dopo anni.

Naturalmente (e indipendentemente dalla profilassi) nell'ultimo decennio si sono registrati casualmente dei picchi e dei focolai, come descritto ad esempio nella Deliberazione n. X/7629 della Regione Lombardia, nella seduta del 28/12/2017 [\[3-A23\]](#).

Morbillo

I casi di morbillo in Lombardia hanno un andamento epidemico: a partire dal 2000 si sono verificati 6 picchi epidemici 2002, 2003, 2008, 2011, 2013, 2017. Tale andamento è presente anche a livello nazionale ed europeo. Nel grafico sottostante è confrontata la copertura lombarda per la vaccinazione anti morbillo con la copertura nazionale e l'incidenza della patologia in Lombardia.

Il Piano Nazionale Vaccini del 2005 [\[L\]](#) [\[3-A24\]](#) riportava come media dei casi annuali di morbillo per gli anni 1998-2002, **4.651** casi nella fascia 0-14, anche se da quanto esposto, non vedo come fosse stato possibile dedurre tale numero utilizzando il sistema SIMI operativo in qualche regione.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Stesso andamento era riportato nel documento della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia che definiva le indicazioni della Direzione Generale Sanità per l'attuazione degli obiettivi fissati dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 [\[3-A25\]](#).

Sono numerosi ed anche datati gli esempi di **focolai di morbillo in popolazione altamente vaccinate** e quindi, esempi di inefficacia ed inutilità della profilassi:

- Fallimento vaccinale e focolaio di morbillo in una scuola superiore con un tasso di vaccinazione documentato del 98% [\[L\]](#).
- Grande focolaio di parotite nella Contea di Douglas, Kansas. Dei 269 casi, 208 (77,3%) sono occorsi tra gli studenti delle scuole elementari e medie, di cui 203 (97,6%) avevano documentazione di vaccinazione contro la parotite [\[L\]](#).
- Focolai di morbillo nelle scuole superiori, anche quando più del 99% degli studenti era vaccinato e più del 95% era immune [\[L\]](#).
- Focolaio di 84 casi di morbillo in un college in Colorado in cui oltre il 98% degli studenti aveva la documentazione di un'adeguata immunità al morbillo [\[L\]](#).
- Tutti e 40 i casi di parotite a Harvard erano completamente vaccinati: "Gli studenti del primo anno sono tenuti a aver ricevuto la vaccinazione MMRV, un vaccino comunemente usato per prevenire la parotite." [\[L\]](#)
- L'epidemia di parotite a New York e New Jersey coinvolge quasi 2.000 persone, tutte completamente vaccinate: "L'assenza di vaccinazione non è responsabile di questa epidemia di parotite... Questa è una comunità ben vaccinata", ha dichiarato Zucker del dipartimento di sanità di New York City [\[L\]](#).
- Fallimento del vaccino contro la parotite a Harvard: "*Abbiamo ufficialmente un'epidemia di parotite in questa popolazione*", ha dichiarato il direttore di HUHS, Paul J. Barreira. "Si verifica con studenti che sono ben immunizzati, quindi è un'infezione che ha superato la protezione del vaccino" [\[L\]](#).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Tutti gli studenti di Guelph con diagnosi di parotite erano stati vaccinati [\[L\]](#).
- Infezione da parotite per uno studente dell'Università di Louisville, che era stato vaccinato [\[L\]](#).
- I pazienti colpiti dalla malattia, sono i membri della squadra di hockey universitaria maschile ed erano stati tutti vaccinati [\[L\]](#).
- Indagine sull'epidemia di parotite a Denver: "*Tutti e sei i pazienti adulti erano stati vaccinati contro la malattia*" [\[L\]](#).
- Gli studenti del Regno Unito con parotite erano stati tutti vaccinati: "I tre studenti che hanno contratto la parotite erano stati vaccinati. La scuola non sa cosa abbia causato l'epidemia di parotite" [\[L\]](#).
- Cinque studenti dell'Università del Missouri con parotite avevano ricevuto entrambe le dosi raccomandate del vaccino contro morbillo, parotite e rosolia [\[L\]](#).
- Fallimento del vaccino contro la parotite in New Jersey - ma continuano ad incolpare i non vaccinati: "*Otto studenti dell'Istituto di Tecnologia di Stevens e Hoboken sono stati isolati mentre vengono trattati per il virus, nonostante siano stati vaccinati*" [\[L\]](#).
- Fallimento del vaccino contro la parotite in Ohio - ma continuano a incolpare i non vaccinati: "*Il 97% di coloro coinvolti nell'epidemia dell'Ohio era stato vaccinato*" [\[L\]](#).
- Tutti e 193 i casi a Mizzou erano completamente vaccinati: "*Dal principio del semestre autunnale sono stati identificati 193 casi confermati e probabili di parotite. Secondo il centro sanitario, tutti gli studenti infetti soddisfavano il requisito delle due dosi del vaccino*" [\[L\]](#).

Cercando, si trovano ancora tantissimi esempi. In un paese dove vige la più stretta censura sull'argomento, perché considerato **pascolo** degli sperimentatori, la ricerca risulta più difficile.

Da anni si adduce la **PRETESTUOSA MOTIVAZIONE** dell'immunità di **gregge per la tutela dei soggetti fragili**, quando ancora non sia chiaro **CHI SIANO I SOGGETTI FRAGILI** che non possono essere sottoposti all'inoculazione.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

La voglia di inoculazione è sfociata in follia negli ultimi anni tanto che, una conoscente, soggetto gravemente allergico ed immunocompromesso, è **stata sottoposta ad intubazione preventiva** prima della somministrazione della terapia genica per il covid.

3-R31 – Per questo, in modo da indentificare la **quota parte della popolazione protetta e la quota di sofferenza necessaria**, dovuta all'esposizione di decine di migliaia di bambini ogni anno, chiedo cortesemente al Ministero della Salute ed AIFA:

- il **numero di certificati di esenzione** dalle vaccinazioni pediatriche obbligatorie degli ultimi **5 anni**, redatte a seguito delle Linee *Guida alle controindicazioni alle Vaccinazioni* ed. 2018" emanate dall'ISS e registrati nel AVN (art. 1, comma 3, Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73)
- Il numero degli iscritti all'anagrafe dei soggetti (bambini) **fragili ed a rischio**, necessari per l'identificazione dei soggetti aventi diritto onde soddisfare i requisiti dei LEA.
- Il numero dei casi di **danni** da vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie **riconosciuti**;
- il numero dei casi di **morte** da vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie **riconosciuti**;
- il numero di richieste di indennizzo a seguito di danni da vaccino (Legge 25 febbraio 1992 , n. 210) e percentuale di ammissione all'indennizzo,

Tutti i dati (epurati secondo la normativa sulla privacy) sono prelevabili dall'anagrafe nazionale vaccini, istituita **solo** nel 2018 in base al DM 17 settembre 2018 (G.U sg n. 257 del 05/11/2018).

Puntualizzo che non saranno accettate risposte denuncianti la mancanza di mezzi e dati per ottemperare le richieste, come da risposta inviata all'associazione CORVELVA nel 2021 [\[3-A77\]](#) [\[L\]](#).

3-R32 – Per **consolidare il risultato dalla richiesta precedente** mediante estrapolazione **a livello nazionale**, chiedo cortemente:

- l'estrazione degli stessi dati della precedente richiesta relativi alla sola Regione Piemonte.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Chiedo cortesemente alla Regione Piemonte l'estrazione dei dati, per gli ultimi 5 anni, dal registro "Sorveglianza Reazioni Avverse a Vaccino" della regione Piemonte (D.G.R. 59-11905 del 2 marzo 2004).
- Chiedo inoltre alla regione Piemote l'estrazione dei casi contenuti nel registro "Sindrome Morte Improvvisa Infantile" istituito dal D.G.R. 59-11905 del 2 marzo 2004, dati comprensivi del riscontro diagnostico ai sensi della Legge 2 febbraio 2006.

Perdura ancora oggi la **MENZOGNA (dolosa, se espressa da medici)** relativa al valore etico della somministrazione di **terapie geniche tossiche** per la tutela dei fragili, grazie al blocco della trasmissione del covid [\[3-V48\]](#) nonostante le **chiare ammissioni** della Pfizer sulla impossibilità che ciò avvenga [\[1-V0\]](#) [\[1-V0a\]](#) [\[1-V0bb\]](#) [\[1-V0b\]](#) [\[1-V0c\]](#) [\[1-V0d\]](#) e le evidenze riscontrate e dibattute, ad esempio, nell'assemblea generale dei medici chirurghi ed odontoiatri di Perugia [\[3-V49\]](#):

3-R33 – chiedo, in relazione all'infezione SARS-COV2, **l'elenco delle esenzioni emesse e costituenti il gruppo dei soggetti fragili da difendere**, da comparare con il danno (sottostimato) contenuto nei rapporti di sorveglianza di AIFA **fermi a dicembre 2022**.

L'accertamento dell'aumento attuale di svariate patologie autoimmuni sarebbe facilmente verificabile dall'analisi delle diagnosi, prescrizioni e disabilità redatte MMG e pediatri. Valutazione già effettuata negli Stati Uniti ed evidenziante l'eccesso di segnalazioni di disabilità [\[L\]](#) [\[L\]](#).

La stragrande parte delle infezioni dei pazienti immunocompromessi non derivano da morbillo, parotite, rosolia o varicella, ma da altre quali: Aspergilloso polmonare invasiva, Candidosi invasiva, Polmonite da Pneumocystis jirovecii, Batteriemia da S. aureus e S. pneumoniae, Infezione da influenza A e B, Virus parainfluenzali, Herpes simplex, Cytomegalovirus, Epstein-Barr, Adenovirus, Respiratorio sinciziale. Di conseguenza, sostenere che un bambino immunocompromesso possa frequentare la scuola se i compagni di classe (e non maestri, bidelli e addetti alle pulizie) siano vaccinati per morbillo-parotite-rosolia e varicella è errato e **persino pericoloso**, perché trascura il fatto che il bambino è comunque esposto a tutte le altre possibili fonti di infezione.

Questo conferma l'uso strumentale dell'argomento "immunodepressione" per sostenere l'obbligo vaccinale.

Pare addirittura che il sud Africa imputi ai viaggi nella regione europea i focolai nelle loro aree [L1](#).

Per decenni sono stati utilizzati solo slogan e propaganda per avallare scelte ed obblighi decisi all'atto dell'approvazione di regolamenti europei, derivati da discussioni e consigli della commissione europea che, in ultima analisi, discendevano da linee guida di soggetti privati come l'OMS, finanziata da portatori di interesse e case farmaceutiche.

- Nel 2017, citiamo anche l'emanazione del **Regolamento 745/2017**, prorogato dal regolamento UE 561/2020 e poi dal Regolamento UE 607/2023 (rinviato forse perché necessitante di sperimentazione [\[3-V4\]](#) [\[3-V4a\]](#)).

18) «nanomateriale»: un materiale naturale, derivato o fabbricato contenente particelle allo stato libero, aggregato o agglomerato, e in cui, per almeno il 50 % delle particelle nella distribuzione dimensionale numerica, una o più dimensioni esterne sono comprese fra 1 nm e 100 nm.

I fullereni, i fiocchi di grafene e i nanotubi di carbonio a parete singola con una o più dimensioni esterne inferiori a 1 nm sono considerati nanomateriali;

19) «particella»: ai fini della definizione di nanomateriale, di cui al punto 18, una parte minuscola di materia con limiti fisici definiti;

20) «agglomerato»: ai fini della definizione di nanomateriale, di cui al punto 18, un insieme di particelle o aggregati con legami deboli in cui la superficie esterna risultante è simile alla somma delle superfici dei singoli componenti;

21) «aggregato»: ai fini della definizione di nanomateriale, di cui al punto 18, una particella composta da particelle fuse o fortemente legate fra loro;

Mentre i giullari di corte, assieme agli idioti televisivi veri [\[3-V4c\]](#) [\[3-V4d\]](#) [\[3-V17\]](#) [\[3-V53\]](#), imbastiscono degradanti salotti per **sfruttare la credulità popolare**, urlando e schernendo chiunque porti evidenze concrete, nel 2017 si modificavano addirittura le fondamenta dell'autorizzazione dei farmaci, introducendo il complotto del **grafene e delle nanoparticelle**.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

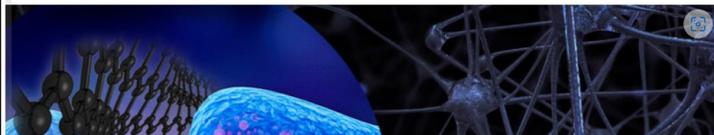
Materiali e tecnologie, il cui sviluppo ed integrazione, sono stati stabiliti sin dal **2009**, nell'incontro delle varie autorità sanitarie nazionali costituenti l'**Heads of Medicines Agencies (HMA)** [\[0-A3\]](#).

Scientific: horizon scanning and pipeline work

- More advanced therapies, personalised medicines, medicine/medical device combinations (including medicine/diagnostic combinations), and new technologies e.g. nanotechnology.
- Developments in regulatory science, such as risk-benefit modelling.
- Rapid development in related technologies, such as health informatics, nanotechnology.

ANSA / **SCIENZA** / Biotech Naviga

'Fiocchi' di grafene controllano l'attività del cervello



Selettivi e sicuri, aprono a terapie per le malattie neurologiche

13 maggio 2019, 09:57
Redazione ANSA

3-R34 – Perché oggi si taccia di complottismo un medico che parla di grafene quando tali materiali, non solo sono stati già pubblicizzati ma oggi anche normati e presupponenti, dunque, un'ampia sperimentazione? [\[3-V27\]](#).

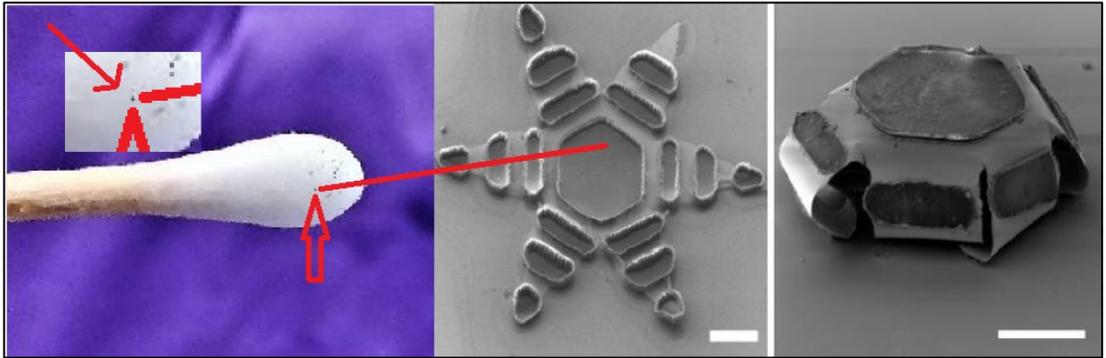
(19) United States	
(12) Patent Application Publication ZOU et al.	(10) Pub. No.: US 2022/0002159 A1 (43) Pub. Date: Jan. 6, 2022
(54) 3D REDUCED GRAPHENE OXIDE/SIO 2 COMPOSITE FOR ICE NUCLEATION	Publication Classification (51) Int. Cl.

3-R35 – Tutti gli scienziati del nostro paese sono al corrente del rischio a cui sono sottoposti i loro figli oltre a tutta la popolazione, permettendo l'irradiazione dei nostri cieli con sostanze nocive e di sconosciuto impatto [\[L\]](#) e che potrebbero trasportare agenti patogeni [\[3-V65\]](#)?

Questo nuovo materiale sarà associato all'introduzione di nuovi dispositivi medici impiantabili, descritti egregiamente dall'ex ministro Colao. Dispositi quali i **theragripers**, brevettati solo nel 2020 [\[L\]](#) [\[L\]](#) dal Johns Hopkins Institute,

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

lo stesso Istituto membro della “M8 Alliance of Academic Health Centers, Universities and National Academies” fondata dal “World Health Summit”.



Nell'ultimo incontro dell'M8, tenutosi dal 15 al 17 giugno 2022 presso l'Università Sapienza di Roma, il Presidente Mattarella [\[L\]](#), [\[L\]](#), lodando l'operato panedemico, **redarguiva la popolazione** ormai pronta al ritorno ad un vita normale, dichiarando che tale slogan non sarà più applicabile e che epocali cambimaneti erano attesi.

L'utilizzo del grafene e della nanotecnologia è stato sempre spiegato dall'ex ministro Cingolani e Colao e discusso in TV [\[3-V4f\]](#) [\[L\]](#). Nel 2012, l'ex direttore della DARPA e ora dirigente di GOOGLE, Regina Dugan, desiderava che tutti fossimo dotati di microchip, anche a scopi medici [\[3-V34\]](#). Oggi tutte le autorità smentiscono, negano e confondono la popolazione, parlando di aspirina, tachipirina e complotti, mentre le evidenze crescono [\[3-V36\]](#) [\[3-V4e\]](#) [\[3-V4h\]](#) [\[3-V4i\]](#).

Il Grafene è stato il primo materiale subito utilizzato nella progettazione di nuovi veleni per combattere l'ultimo virus creato, dopo i fallimenti precedenti [\[L\]](#).

Nano coronavirus recombinant vaccine taking graphene oxide as carrier

Abstract

The invention belongs to the field of nano materials and biomedicine, and relates to a vaccine, in particular to development of 2019-nCoV coronavirus nuclear recombinant nano vaccine. The invention also comprises a preparation method of the vaccine and application of the vaccine in animal experiments. The new corona vaccine contains graphene oxide, carnosine, CpG and new corona virus RBD; binding carnosine, CpG and neocoronavirus RBD on the backbone of graphene oxide; the CpG coding sequence is shown as SEQ ID NO 1; the novel coronavirus RBD refers to a novel coronavirus protein receptor binding region which can generate a high-titer specific antibody aiming at the RBD in a mouse body, and provides a strong support for prevention and treatment of the novel coronavirus.

Di pari passo all'emanazione del regolamento UE 745/2017, veniva condotto uno dei tanti studi sulla possibilità di introduzione della **tecnologia impiantabile RFID per i lavoratori [3-A65]**, preparato da Milieu/IOM Ltd su richiesta della commissione per l'occupazione e gli affari sociali del Parlamento europeo [L]. Inutile commentare in questa sede le solite preoccupanti idiozie psicopatiche, legate soprattutto a problemi di sicurezza.

Del resto, nanomateriali, come le particelle lipidiche, sono stati usati nella terapia genica Mrna, sicura ed efficace.

Benchè gli stessi criminali dell'OMS e della Commissione convengano sull'illegalità dell'imposizione o sull'etica volontaria, rimane la preoccupazione sul potere concesso ai criminali compartecipati attraverso gli emendamenti IHS dell'OMS e/o il Trattato pandemico. Modifiche **di sicura attuazione**, avendo queste già influenzato (senza averne potere legale) il *Piano Nazionale di Comunicazione del Rischio Pandemico 2024-2028 [3-A78]*.

La pianificazione del presente Piano ha tenuto conto di tutte le indicazioni previste dal Piano pandemico nazionale attualmente in vigore, ovvero il PanFlu 2021-2023. Tuttavia, nella sua realizzazione, si è anche tenuto conto delle linee guida internazionali sopravvenute, in particolare di quelle prodotte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1), e della loro contestualizzazione nel nuovo Piano Pandemico nazionale in corso di redazione, che prevede un ampliamento del perimetro al contrasto di pandemie causate da patogeni respiratori e non solo da virus influenzali.

3-R36 – La solita “eterea” regolamentazione adottata nel 2017 per l'introduzione di tale tecnologia, sospesa a casua della pandemia, dovrebbe presupporre oramai una solida sperimentazione. Chiedo dunque gli studi a supporto del regolamento 745/2017 per la modifica

della direttiva 83/2001 e l'introduzione generalizzata di tali tecnologie nei medicinali ad uso umano. Tecnologia, come sempre, pericolosa [3-V51] ma oggi dichiarata, al pari della tecnologia mRNA, "sicura ed efficace" [L].

(ANSA) - ROMA, 19 FEB - Per la prima volta sono stati sperimentati sull'uomo gli effetti del grafene, considerato il 'materiale delle meraviglie' per il suo potenziale rivoluzionario in applicazioni che vanno dall'elettronica all'abbigliamento, da dispositivi e sensori impiantabili a 'veicolo' per terapie mirate contro cancro e altre malattie: nel Regno Unito, 14 volontari hanno inalato una particolare forma di grafene, senza mostrare alcun effetto negativo a breve termine sulla salute. Lo studio, pubblicato sulla rivista Nature Nanotechnology e guidato dalle Università britanniche di Edimburgo e di Manchester, indica perciò che questo nanomateriale potrà essere ulteriormente sviluppato anche in campo medico.

3-R37 – Ora, essendo TUTTI i filantropi, le case farmaceutiche ed i massimi organi Istituzionali, informati sull'inutilità e sulla pericolosità della terapia genica propagandata, perché instillare questa ossessione di inoculare in fretta il mondo? [3-V26] [3-V4b] [3-V4g] [3-V4l] [3-V4m].

- Oltre al complotto del grafene, nel 2017 si discuteva dell'argomento che oggi va di più tra gli spot propagandistici, ovvero **"L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE"**. Anche questa innovazione non è apparsa oggi improvvisamente come una sfida per il nostro paese, ma se ne discuteva **5 anni** fa nel Riunione del Consiglio europeo (19 ottobre 2017) [L]. Credo ormai sia evidente che il controllo tecnologico, anche in ambito sanitario, dovesse fondarsi su programmazione altamente sofisticata e richiedente una infrastruttura informatica capace di sorreggere la mole dei big data, ovvero un altro pezzo della **gabbia, il 5G**. Ancora pericolo per la nostra salute, da sempre esposti e da sempre verificati, sino ad oggi, come la strana ed alta percennale di vitelli nati ciechi in una fattoria svizzera adornata con una antenna 5G [L].



3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Tuttavia, amministratori pubblici di **certificata ignoranza** sulle pericolose tematiche trattate (al pari della terapia genica mRNA), elogiano **sperimentazioni sulla salute dei cittadini italiani [3-V75]**, imposte da criminali **[3-V77]** ma accettate grazie al fiume di denaro profuso. Denaro, tra l'altro, alla fine sottratto dalle tasse della popolazione, la quale avrebbe preferito il suo utilizzo per migliorare la decadente città, ex capitale del mondo.

- Giusto per coerenza e posizionare un altro tassello del mosaico, nel 2017, citiamo anche la propaganda reattiva al progetto europeo **EU ALERT**, di cui **IT Alert** è figlio **[L]**. **Un progetto di comunicazione broadcast, imposto poi per direttiva [L] a tutti gli stati membri e da realizzare entro il 2022. Anche in questo eravamo in ritardo.** Nella direttiva europea non viene specificato quali saranno i “*disastri naturali*” o le “*emergenze*” che dovranno essere notificate attraverso il sistema ma, saranno **gli stati membri a deciderlo** (sotto le direttive straniere). Dunque, la Nazione potrà decidere che una temperatura di **30° in estate** sia una temperatura non accettabile, **dichiarando l'emergenza ed imponendo restrizioni.**
- Infine, il 18 dicembre 2017, la **Food and Drug Administration (FDA)** e la **BILL & Melinda Gates Foundation** siglavano un Memorandum d'intesa (**MOU 225-17-019**) in cui si stabiliva un quadro di collaborazione per facilitare programmi e attività esistenti per realizzare il nobile obiettivo comune del miglioramento la salute pubblica, stimolando e promuovendo l'innovazione e la realizzazione di **prodotti medici [L] [L]**. Citiamo uno dei grandi progetti del benefattore con la FDA, il TDAP.
- Nel 2018, **con calma**, dopo l'estorsione Lorenzin e mentre in quegli anni **un neonato fosse vittima di malasanità ogni tre giorni [L]**:
 - Anche se superflua, data l'accondiscendenza della classe medica, veniva emanata la legge n.3 dell'11 gennaio 2018 con la quale gli Ordini dei Medici diventavano **enti sussidiari** dello Stato; il medico verrà giudicato, dal punto di vista deontologico, **anche in base agli obblighi che gli derivano da norme nazionali, regionali**, etc. **In questo modo iniziava il conflitto tra l'etica del medico con la ragion di Stato.** L'Ordine dei medici continuava l'opera di terrore e coercizione, sospendendo e radiando chiunque osasse avanzare dei

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

dubbi [\[L\]](#). Solo oggi la Cassazione ha finalmente annullato la radiazione di Dario Miedico, il medico colpito da sanzione disciplinare nel 2017 ad opera dell'Ordine dei medici di Milano e poi radiato ufficialmente dall'albo il 7 maggio 2021 [\[L\]](#), solo per aver espresso dubbi sulla legittimità dell'obbligo.

3-R38 – Dunque, era plausibile non avere fiducia nella Vostra scienza che continuava la sperimentazione sui nostri bambini, somministrando, come sempre, medicinali appena approvati e sottoposti a monitoraggio addizionale senza informare i genitori? Ad esempio, si introduceva l'esavalente VAXELIS, approvato per confronto col parente INFANRIX HEXA, anche se avente processi produttivi diversi. Approvato dal CHMP con le solite **scandalose condizioni descritte nell'EPAR [\[3-A64\]](#). E come sempre, dopo le tombolate natalizie, per gli anni dal **2018 al 2021**, i rapporti di sorveglianza sommarono **449** segnalazioni, contro le **351** segnalazioni a novembre **2023** di EudraVigilance [\[L\]](#). Non bisogna lasciarsi confondere dall'esiguo numero di segnalazioni, essendo esiguo l'utilizzo, perché **inutile (pag 132-140 dell'EPAR)**!**

- Solo il 17 aprile 2018 si acquisisce la valutazione della Cabina di Regia per il NSIS, disciplinata dall'accordo sancito dalla conferenza permanente nella seduta del 7 luglio 2016 (Rep. Atti n. 116/CSR)
- Dopo aver costretto all'obbligo i nostri bambini, nel 2018 si emanava il disciplinare tecnico per la realizzazione di una **Anagrafe Nazionale Vaccini (ANV)**, attraverso il DM 17 settembre 2018, che entrerà in vigore solo nel 2019.

Nell'anagrafe vaccinale regionale sono registrati i dati previsti nel <i>data set</i> minimo individuato nel " <u>Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019</u> " di seguito riportati.
--

Ricordando finalmente il DM 30 aprile 2015, viene istituita l'ANV per ottemperare agli obblighi di monitoraggio delle somministrazioni effettuate a cottimo e per l'invio ai "capi" dell'OMS. Mentre l'OMS rimproverava l'Italia sull'aumento dei casi di morbillo nel 2017, non si curava del **mancato rispetto dell'articolo 118(a)** del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, violato per gli anni dal 2012 al 2020 (minimo) e che **rendeva infondato il richiamo**. Solo con l'istituzione della ANV si **rende obbligatorio** un data-set minimo di

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

informazioni, come denominazione del farmaco, il codice ATC, numero di lotto ecc.

- [\[3-A26\]](#) In ottemperanza all'articolo 1, comma 3 bis del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modifiche nella legge n. 119 del 31 luglio 2017 e recante "*disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*", AIFA presentava (ad ottobre 2018) **LA PRIMA ED ULTIMA RELAZIONE ANNUALE** descrivente i risultati dell'analisi delle segnalazioni di sospette reazioni avverse ai vaccini (AEFI, Adverse Events Following Immunization) utilizzati per adempiere all'obbligo vaccinale, correntemente autorizzati in Italia e raccolte attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) nell'anno 2017. Relazione **che avrebbe dovuto essere PROPEDEUTICA E GIUSTIFICATIVA DELLA EMANAZIONE DI UN OBBLGIO, E NON POSTUMA.**

Descriviamo brevemente le fandonie espresse da centinaia di impiegati pubblici, stipendiati dalla popolazione, responsabili della salute dei nostri bambini, nell'unica relazione annuale nonostante l'obbligo di presentazione periodico. Come in tutti i report, sino agli ultimi relativi alle migliaia di decessi per il siero miracoloso, si sgrossa e si sfoftisce in maniera oscena:

- Nel 2017 si registravano nell'RNF **6.696** segnalazioni relative a tutti i vaccini, ma:
 - solo 4.821 sono segnalazioni con insorgenza anche nel 2017, dunque il 28% delle reazioni avverse registrate nel 2017 si **riferiscono ad insorgenze di sintomi in anni precedenti**, nonostante l'obbligo di notifica di pochi giorni a seconda della gravità.
 - Delle 6.696 registrazioni, solo 3.203 si riferiscono ai vaccini obbligatori. Dunque, il **50%** delle segnalazioni legato alle vaccinazioni **fortemente raccomandate** non viene considerato.
 - Infine, delle 3.203 segnalazioni se ne considerano solo **2.160**, relative alle insorgenze nel 2017, mentre si trascurano insorgenze (e decessi) **avvenuti anche 10 anni prima**, il cui inserimento era previsto nell'arco di pochi giorni, ma registrati solo per compiacere l'ex Ministro. Quindi, la relazione di AIFA si

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

concentrerà solo su **2.160** segnalazioni, trascurando il **65%** delle registrazioni totali.

- Si riportano ben **410 (19%)** segnalazioni gravi e 23 indeterminate ed in totale ben **252 segnalazioni gravi correlabili**.

3-R39 – Chiedo cortesemente l'estrazione delle 410 schede relative alla segnalazione di eventi gravi registrate nel 2017 ed inviate all'RNF, epurate dai dati sensibili secondo l'attuale normativa, comprensive dei rapporti di sicurezza individuali contenuti nel **fascicolo di farmacovigilanza di ogni medicinale**, ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento di esecuzione UE 520/2012.

- Si continuava a riportare i tassi di segnalazione in base alle dosi VENDUTE (solo quando erano disponibili informazioni sul magazzino), introducendo parametri per tener conto del numero di dosi in ogni confezione! Si dichiarava ancora come le **anagrafi vaccinali regionali** fossero state progressivamente istituite negli ultimi anni ed ancora non presenti in tutte le regioni nonostante il dovuto collegamento all'Anagrafe Nazionale Vaccini, avvenuta nello stesso anno. **Discrepanze erano anche rilevate tra aziende sanitarie di una stessa Regione.**
- **Si evidenziava l'elevato picco di segnalazioni nel 2014, frutto del solo studio di farmacovigilanza attiva in Puglia, prova certa della sottostima delle segnalazioni spontanee. Eventi avversi considerati da AIFA tutti non gravi ed attesi [L], in contrasto con le risultanze dello studio, secondo il quale il 20% delle segnalazioni erano per eventi gravi.**
- Si dichiarava un aumento del 20% delle segnalazioni rispetto al 2016 e si giustificavano **asserendo la data di insorgenza prima del 2015, contro ogni normativa concernente la sorveglianza post-marketing che prevede registrazioni dai 7 ai 30 giorni.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Dopo vari numeri sulla distribuzione per tipologia di vaccino si arriva alle conclusioni:

In assenza di una anagrafe vaccinale nazionale, al momento, non è possibile calcolare un'incidenza effettiva delle reazioni avverse sospette e correlabili rispetto al numero di dosi realmente somministrate all'intera popolazione nazionale oggetto della Legge.

Tuttavia dai risultati complessivi delle analisi condotte per tipologia di vaccino nel 2017 non è emersa al momento nessuna possibile associazione fra sospetti rischi aggiuntivi e vaccini e quindi, nessuna problematica che possa destare allarme sulla sicurezza dei vaccini. L'approfondimento dei casi a livello della singola segnalazione e l'andamento generale non suggeriscono, infatti, la presenza di rischi aggiuntivi a quelli noti che possano modificare il rapporto beneficio/rischio dei vaccini utilizzati. Infatti, la maggior parte di queste reazioni avverse correlabili sono note, ovvero già descritte sia negli studi pre-autorizzativi che negli studi post-autorizzativi e di vigilanza post-marketing e si sono verificate, come atteso, in un numero contenuto di soggetti. Anche rispetto al resto dell'Europa non si segnalano discrepanze significative in termini di rischio e le differenze osservate sono attribuibili ad una diversa prevalenza d'uso dei vaccini.

Ovvero, **numeri a "cottimo"**, necessari per assolvere l'obbligo di legge solo per il primo anno, classificando come trascurabile la sofferenza correlata e sottostimata di **252** bambini, indotta per la ipotetica prevenzione contro malattie di gran lunga meno invasive.

3-R40 – Chiedo cortesemente ad AIFA il numero di approfondimenti dei casi relativi alle segnalazioni gravi, soprattutto per i casi in cui è stata stabilita una correlazione, ed i rapporti di sicurezza individuali contenuti nel fascicolo di farmacovigilanza per ogni medicinale coinvolto.

- Ai dati sopra esposti, nelle successive relazioni mancanti, si sarebbe dovuto poi aggiungere le **500** segnalazioni, di cui **90 gravi, inserite nel 2018 ma insorte nel 2017**, come riportato nella stessa relazione, oltre a due decessi di **cui non si conosce nulla**. Una ulteriore rivalutazione sarebbe stata necessaria nel 2019 [\[3-A26a\]](#), quando nel rapporto vaccini 2018, si inserivano finalmente **un altro migliaio** di segnalazioni ritardatarie **del 2017**, ed un centinaio di reazioni gravi sparse negli anni (anche prima del 2004) e recuperate **su qualche scrivania impolverata**. La perdita di dati importanti sulla farmacovigilanza, oltre che testimoniata dalle discrepanze riportate, è altamente plausibile se si considera che in Emilia-Romagna (regione tra le più attive) nel 2018, **circa il 40% delle segnalazioni veniva effettuato ancora attraverso**

il formato cartaceo! Questo è quanto dichiarato nel “*Rapporto delle attività di Farmacovigilanza nella Regione Emilia-Romagna anno 2018*” [\[3-A26b\]](#).



Puntualizzo che, al netto del 40% delle segnalazioni redatte su carta che richiedevano anni per il loro inserimento, solo considerando il 60% delle segnalazioni online si deduceva un rilevante incremento!

Il report elenca inoltre gli studi relativi alla farmacovigilanza utilizzando i lontani fondi del 2010-2012.

3-R41 – Al netto dei progetti sul tentativo di sensibilizzazione degli operatori, per una comparazione con il tasso di segnalazione passiva, chiedo i risultati e le relazioni finali dello studio multiregionale VIGIFARMACOVAX, effettuato nella AUSL di Ferrara e relativo al coinvolgimento attivo dei genitori nelle segnalazioni delle reazioni avverse da vaccino, contenuto nel rapporto citato.

VIGIFARMACOVAX	Stimolare la segnalazione spontanea di eventi avversi a seguito di vaccinazione attraverso il coinvolgimento diretto dei genitori dei bambini vaccinati.
Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino	Coinvolgere attivamente i genitori nel contatto con gli operatori sanitari tramite AUSL Ferrara l'utilizzo di SMS e – per la componente aziendale - di un'apposita piattaforma (VigifarmacoVax) per la gestione degli SMS e delle segnalazioni.

- Con circolare 0025233-16/08/2017-DGPRES-DGPRES-P [\[L\]](#) si continua a supporre un preoccupante calo di copertura senza la possibilità di indagine ma reperendo i dati di copertura utilizzando l'obbligatoria presentazione dei certificati vaccinali all'atto dell'iscrizione.

A distanza di un anno dall'obbligo, il Direttore dott. Ranieri Guerra, riteneva solo opportuno che tutte le strutture inoculatrici, comprese le farmacie non attrezzate per la rianimazione, avessero la possibilità del

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

collegamento all'anagrafe vaccini. Un ottimo strumento, come segnalato da **“un certo numero di regioni”** abilitate.

È quindi opportuno che sia i servizi vaccinali che tutti gli altri punti di vaccinazione previsti dalla organizzazione locale (ad esempio medicina del territorio convenzionata, centri vaccinali in ambito ospedaliero) dispongano di accesso in lettura e scrittura all'anagrafe vaccinale, sia per controllare lo stato vaccinale del soggetto, sia per registrare le vaccinazioni effettuate.

Come già evidenziato dalle Regioni che si sono dotate di questi sistemi, sarà possibile migliorare i rapporti con l'utenza, stampare i certificati vaccinali, consigliare e programmare le future vaccinazioni, aggiungere all'archivio eventuali altre vaccinazioni effettuate presso altre sedi o evitare la somministrazione di dosi già effettuate ma non ancora registrate, monitorare l'andamento della campagna vaccinale in tempo reale. Si sottolinea, a tale scopo, l'importanza di aggiornare l'archivio delle vaccinazioni effettuate dai propri residenti anche con le vaccinazioni effettuate in altre ASL, per potere disporre di un monitoraggio efficace dello stato vaccinale. Il filtro scolastico dell'obbligo vaccinale consente, tra l'altro, alle ASL di aggiungere nuove informazioni sui propri assistiti.

Per sopperire alla **indisponibilità di formulazioni monovalenti**, meno remunerative per le case farmaceutiche e soprattutto non aderenti alla sperimentazione, ma che consentivano l'esonero a seguito di infezione, il Ministero Lorenzin, con in firma il dott. Guerra, dichiarava la **necessaria esposizione a vaccini combinati**, affermando che il vaccino multivalente non rappresentasse una combinazione di più vaccini **(intesi come prodotti medicinali) ma un unico vaccino con più principi attivi**, **precisando inoltre che la vaccinazione nei soggetti che avevano già contratto la malattia non fosse controindicata!**

L'aumento del contenuto di antigeni, voluto dagli psicopatici per il controllo delle nostre cellule, sperimentato sui nostri bambini, promosso dall'OMS ed accettato dalle autorità nazionali aumentando il numero di somministrazioni, è proseguito nel tempo [\[L\]](#).

3-R42 – Sono queste le evidenze scientifiche su cui la magistratura dovrebbe basare il suo parere?

- con Circolare 0033189-12/11/2018-DGPRES-DGPRES-P [\[L\]](#) si confermavano ancora le c.d. **“criticità”** del sistema di gestione degli ultimi 5 anni, si definiva il laboratorio nazionale di riferimento (LNR) che **dovrà** (a un anno dopo l'obbligo) coordinare la rete dei laboratori Regionali di Riferimento (LRR), organizzata dall'ISS e denominata MoRoNET.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

La rete rete nazionale dei laboratori di riferimento **era richiesta sin dal 2010**, come descritto nel Piano nazionale per l'eliminazione (mai raggiunta [\[L\]](#)) del morbillo e della rosolia congenita PNEMoRc [\[L\]](#), sancito come Accordo del 13 novembre **2003** in Conferenza Stato-Regioni [\[L\]](#) e aggiornato con l'Intesa del 23 marzo **2011**, nella medesima Conferenza [\[L\]](#).

➤ Nel 2018 [\[L\]](#) [\[3-A27\]](#), con l'obiettivo di aumentare ancora il numero di inoculazioni nei ragazzi, nelle *“Raccomandazione al Consiglio sulla cooperazione **rafforzata** contro le malattie prevenibili con i vaccin”i*, la Commissione Europea studiava i motivi dell'esitazione genitoriale, cercando di capirne le motivazioni [\[L\]](#):

- Con l'intento di portare avanti sperimentazioni e soprattutto (col senno del poi) abituare all'inoculazione periodica
- utilizzando i soliti allarmi dovuti, ad esempio ad un solo presunto decesso in due anni per difterite
- imputando il presunto calo delle inoculazioni a paure infondate causate da disinformazione, preoccupati dal **futuro** flusso migratorio
- dispiaciuti per le problematiche organizzative dei produttori a seguito di una non **chiara domanda del prodotto**, non disponendo ancora di informazioni certe e strutturate sullo stato di vaccinazione dei cittadini (ma si imponevano obblighi supponendoli),
- affermando che, **una indagine del 2009 avrebbe riscontrato un'alta percentuale di consenso all'introduzione di una CARD VACCINALE**,
- **Confermando la necessità di far avanzare rapidamente la ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini e di migliorare o adattare quelli esistenti, instaurando partenariati e piattaforme innovative (mRNA e DNA)**, competenze di alto livello e interconnessioni più forti tra discipline e settori, nonché investimenti nella ricerca **sulle scienze sociali e comportamentali** per comprendere meglio il contesto ed i determinanti specifici, alla base degli atteggiamenti di titubanza nei confronti dei vaccini
- Con la volontà di rafforzare i partenariati e la collaborazione con attori e iniziative internazionali, come **l'Organizzazione Mondiale della**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Sanità e il suo Gruppo consultivo strategico di esperti sull'immunizzazione (**SAGE**), il Gruppo consultivo tecnico europeo di esperti sull'immunizzazione (**ETAGE**), l'Iniziativa per la sicurezza sanitaria globale e i processi dell'Agenda (Global Health Security Initiative, Global Health Security Agenda), **UNICEF** e iniziative di finanziamento e ricerca come **GAVI** the Vaccine Alliance, la Coalizione per le innovazioni in materia di preparazione alle epidemie (**CEPI**) e la Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness (GloPID-R).

La commissione, oltre a varie idiozie, accoglieva favorevolmente 'istituzione di una CARD VACCINALE.

Mentre si discuteva della possibilità di realizzazione di una complessa infrastruttura informatica di controllo, l'ECDC aveva già pubblicato il Technical Report "*Designing and implementing an immunisation information system*" del 2018 [\[L\]](#) [\[3-A28\]](#), ennesima prova di come le decisioni vengano prese molto tempo prima, così come gli interventi siano messi in atto prima della pubblicazione di una norma, spacciata poi come a tutela della nostra sicurezza.

- Sulla base dei dati incongruenti e deduzioni fallaci, nonostante i numeri peroccpanti prodotte nella relazione di AIFA, nella nella Sentenza n.5 del 2018 [\[L\]](#), la Corte Costituzionale **rigettava** il ricorso presentato dalla regione Veneto che aveva impugnato il decreto legge 7 giugno 2017 n 73, per intero e con riguardo agli artt. 1, commi da 1 a 5; 3: 4: 5 e 7.

Dall'analisi dei rapporti di sorveglianza post-marketing si evince che la regione Veneto avesse un più efficiente sistema di monitoraggio, a causa dell'elevato numero di segnalazioni rispetto alle tre/quattro regioni che effettuavano un controllo e forse per questo, la prima ad avanzare la proposta e norme per il superamento degli obblighi [\[3-A29\]](#).

Ad esempio, nel rapporto sorveglianza vaccini del 2017 [\[3-A70\]](#), la regione Veneto registrava altissimi tassi di segnalazione (sottostimati).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Regioni	Tutti i vaccini		<u>Vaccini obbligatori, età ≤16 anni</u>	
	N.	Tasso	N.	Tasso
Piemonte	340	7,7	198	31,2
Valle d'Aosta	45	35,5	27	137,7
Lombardia	489	4,9	233	14,7
P.A. Bolzano	216	41,2	112	118,2
P.A. Trento	74	13,7	41	45,4
Veneto	1.952	39,8	<u>894</u>	<u>117,2</u>
Friuli V. Giulia	664	54,5	216	126,1
Liguria	91	5,8	43	21,2
Emilia Romagna	704	15,8	279	41,5
Toscana	299	8,0	100	18,6

Del resto, come accaduto con la sentenza del novembre 2022, **la Corte Costituzionale ha ritenuto “non esagerato” obbligare dodicenni alle iniezioni con terapie avanzate approvate in tre mesi, di accertato pericolo sin dai trial ed inutili per la collettività.** Occorreva istituire la card vaccinale, o green-pass o qualunque strumento atto a limitare la libertà, per la prevalenza degli interessi dei soliti soggetti stranieri sulla sicurezza della popolazione.

- **Nella lontana Risoluzione WHA65.17**, con cui l'Assemblea Mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità adottava **il Piano d'azione globale sulle vaccinazioni 2011-2020 (GVAP)** individuava, tra gli **indicatori** per valutare **l'impegno degli Stati Membri** nella lotta alle malattie prevenibili da vaccinazione e nelle politiche vaccinali, la costituzione di un **Gruppo Tecnico Consultivo Nazionale sulle Vaccinazioni (NITAG - National Immunization Technical Advisory Group)**, **ma da noi ancora nulla.**

Finalmente, con Decreto del Ministero della Salute del 23 agosto 2018 [\[L\] \[3-A30\]](#), veniva costituito il *National Immunization Technical Advisory Group (NITAG)*, in cui erano presenti un pò tutti ed a cui erano affidati compiti di supporto tecnico alla definizione delle politiche vaccinali nazionali, operando seguendo un approccio di **valutazione delle tecnologie sanitarie HTA (Health Technology Assessment) ma:**

2. Il NITAG opera seguendo un approccio di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) coerente con il processo decisionale suggerito dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, indicando le evidenze scientifiche che sostengono le decisioni di politica vaccinale, valutando l'attendibilità e l'indipendenza delle fonti utilizzate e verificandone l'assenza di conflitti di interesse.

Ossia, scegliendo le infondate evidenze epidemiologiche che meglio si adattavano a quanto richiesto dall'OMS e nel caso, mentire.

Rimarcando il TOTALE RIFIUTO delle raccomandazioni del gruppo NITAG [3-A30a], relative al PNPV 2020-2022 e base per l'approvazione del PNPV 2023-2025, costituenti essenzialmente la semplice volontà dei soliti portatori di interesse nell'imporre la sperimentazione sulla popolazione e per questo redatte ancora in assenza di linee guida consolidate:

3-R43 – Chiedo al primo gruppo NITAG, costituito in base al Decreto del Ministero della Salute del 23 agosto 2018, la valutazione HTA per l'introduzione della nuova terapia avanzata mRNA, al netto delle considerazioni economiche ma evidenziando separatamente:

- **I RISCHI:** derivanti dall'introduzione di una nuova piattaforma di sviluppo (rischi già espressi dall'attuale Nobel Dr. Drew Weissman) in base alla valutazione dei documenti autorizzativi ed in particolare dell'European Public Assessment Report (EPAR) [\[3-A31\]](#).
- **I BENEFICI :**
 - **Per il singolo:** derivanti dalla somministrazione di una tecnologia sconosciuta per combattere una infezione con letalità, misurata all'atto dell'approvazione del pro-farmaco, pari a ZERO per la fascia 0-50 anni, come evidenziato nel rapporto "*Epidemia COVID-19*" con dati aggiornati al 25 novembre 2020, ossia 4 giorni prima il termine del followup di tre mesi degli studi clinici [\[3-A32\]](#). Tecnologia la cui efficacia era misurata in termini relativi, confondendo ed ingannando, dunque, su ogni parametro di giudizio.

3. DALLA LORENZINI A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

TABELLA 6 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=1.454.529) E DEI DECESSI (N=49.931) PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi totali	N. decessi	% del totale decessi	Letalità %	N. casi	% casi totali	N. decessi	% del totale decessi	Letalità %	N. casi	% casi per classe di età	N. decessi	% decessi per classe di età	Letalità %
0-9	26846	51,7	4	57,1	0,0	25092	45,3	3	42,9	0,0	51938	36	7	0,0	0,0
10-19	64463	52,7	-	0,0	0,0	57749	47,3	3	100,0	0,0	122212	8,4	3	0,0	0,0
20-29	91107	51,0	13	61,9	0,0	87421	49,0	8	38,1	0,0	178528	12,3	21	0,0	0,0
30-39	88453	49,6	67	67,0	0,1	89995	50,4	33	33,0	0,0	178448	12,3	100	0,2	0,1
40-49	107688	46,7	321	71,3	0,3	122964	53,3	129	28,7	0,1	230652	15,8	450	0,9	0,2
50-59	127552	48,6	1308	75,5	1,0	134864	51,4	424	24,5	0,3	262416	18,0	1732	3,5	0,7
60-69	87007	54,2	3753	75,7	4,3	73613	45,8	1203	24,3	1,6	160620	11,0	4956	9,9	3,1
70-79	64626	53,4	8815	69,1	13,6	56422	46,6	3945	30,9	7,0	121048	8,3	12760	25,6	10,5
80-89	44186	41,3	11434	55,8	25,9	62869	58,7	9075	44,2	14,4	107055	7,4	20509	41,1	19,2
≥90	9474	22,8	3176	33,9	33,5	32000	77,2	6210	66,1	19,4	41474	2,9	9388	18,8	22,6
Età non nota	56	48,7	2	40,0	3,6	59	51,3	3	60,0	5,1	115	0,0	5	0,0	4,3
Totale	711.458	48,9	28.895	57,9	4,1	743.048	51,1	21.036	42,1	2,8	1.454.529	100	49.931	100	3,4

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI PER CUI NON È NOTO IL SESSO

Benefici sconosciuti per la persona fragile ed immunocompromessa, essendo tali soggetti esclusi dai trial clinici.

- **Per la collettività: benefici nullo essendo il pro-farmaco non progettato per il blocco della trasmissione**
- **Alla fine del 2018, non contenti del bene profuso, inizia a delinearsi con più chiarezza la strada che ha condotto sino ad oggi. Nel dicembre 2018, i Ministri della Sanità dell'UE adottano una raccomandazione del Consiglio sulla cooperazione rafforzata contro le malattie prevenibili con vaccino (*European Joint Action on Vaccination* [L]), proposto già nel 2016 [L]), con **l'obiettivo generale di aumentare la diffusione della vaccinazione nell'UE, in una prospettiva LUNGO TUTTO L'ARCO DELLA VITA, obiettivo cardine del nuovo piano criminale firmato da Speranza, IA2030**. (es: dovremo fare una dose anti covid ogni anno) e sotto la direzione della CEPI, come preannunciato nel PNPV 2023-2025. L'informatrice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la dottoressa Astrid Stuckelberger, conferma oggi questo delirio [3-V54].**

Benchè si rimarcasse ancora che le **politiche vaccinali fossero di competenza delle autorità sanitarie nazionali**, si adottava la **road map** [L] [3-A32a] che **porterà al pipistrello** e che prevedeva di:

- **Esaminare, dal 2019 sino al 2021, la fattibilità dello sviluppo di una CARTA/PASSAPORTO comune per i cittadini dell'UE (che tenesse conto dei diversi programmi vaccinali nazionali), che fosse compatibile con sistemi informativi elettronici di immunizzazione da utilizzare a**

livello transfrontaliero. **PROPORRE NEL 2022 TALE CARD VACCIALE**

- Monitorare negli anni l'esitazione vaccinale
 - Avviare il portale europeo di informazione sulle vaccinazioni nel 2021 e 2022 (dovrebbe essere il fantastico Eudravigilance)
 - Eliminare, **nel 2021 e 2022**, le barriere legali (e tecniche) all'interoperabilità dei servizi nazionali sistemi informativi sull'immunizzazione - *Raccomandazione su una sanità elettronica europea*.
 - Continuare, **sino al 2022**, la ricerca nella **progettazione di nuovi vaccini** e l'ottimizzazione degli esistenti, attraverso il programma quadro di ricerca Orizzonte 2020 (nel 2020 il programma quadro Orizzonte 2020 arrivava a fine vita e senza il pipitstrello non si sarebbe potuto stravolgere tutta la normativa)
 - Predisporre, sino al 2021, linee guida necessarie alle crisi in preparazione
 - Predisporre, **nel 2022**, un data base europeo del fabbisogno di vaccini e scorte disponibili, per facilitare lo scambio di forniture.
 - Aumentare la capacità di fornitura dei produttori
 - Avviare discussioni tra EMA, Produttori ed autorità nazionali per sostenere l'autorizzazione di **VACCINI INNOVATIVI**, anche per minacce sanitarie emergenti (in preparazione).
- **Nel 2019**
 - Come ulteriore conferma della volontà di perseguire piani sanitari imposti, indipendentemente dalla vera tutela della salute pubblica, evidenziamo il "Report Osservatorio GIMBE n. 9/2019", relativo alla vaccinazione anti-pneumococcica [\[3-A33\]](#). Nel report si evidenzia come, nel 2017, il 76% casi di MIP in bambini di età <5 anni erano causati da sierotipi **non-PCV10/non PCV13** e che in pratica la vaccinazione fosse inutile a causa del normale **replacement** indotto dalle inoculazioni selvagge. Inoltre, sempre nel report, si ribadisce l'inadeguatezza del sistema di sorveglianza, tracciamento e notifica.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Il Rapporto rileva che questi dati sono influenzati da numerose variabili: scarsa attitudine di alcune Regioni a inviare gli isolati per la sierotipizzazione ai laboratori regionali o all'ISS, differenze regionali in termini di coperture vaccinali, bassa numerosità dei casi in bambini di età 0-4 anni con ampia fluttuazione delle percentuali a fronte di piccole variazioni di frequenza.

Anche le Regioni dispongono di propri sistemi di sorveglianza delle MIP di qualità molto variabile: in particolare, nel 2015 solo 7 (Province autonome di Trento e di Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Veneto) potevano contare su affidabili sistemi di sorveglianza regionale, meno suscettibili di *under-reporting* e *under-diagnosis*²⁹.

La stessa inutilità, oltre al danno, è stata sempre rilevata, come riportato dal CDC in uno studio del 2010 nei Paesi Bassi. Il replacement dei sierotipi rendeva alla fine vaccinazione inutile [\[L\]](#).

- Nonostante tutte le evidenze, la mancata sorveglianza, l'inutilità di molte profilassi, il rischio accertato e quello ancora ignoto a cui si esponevano i bambini, il **piano di attività per l'anno 2019 di AIFA [\[3-A34\]](#) [\[L\]](#)** prevedeva, sempre per la nostra salute, un adeguamento della farmacovigilanza alle **nuove regole di business europee!**

OBIETTIVO STRATEGICO: GARANTIRE L'EFFICIENZA DEL SISTEMA DI FARMACOVIGILANZA

- **Aumentare l'efficienza del sistema di segnalazione spontanea:** potenziare il sistema di farmacovigilanza per adeguarlo alle nuove business rules europee.
- **Potenziamento delle attività di signal management:** analisi e valutazione nei tempi previsti dei dati contenuti nella RNF ed in EudraVigilance, organizzati secondo electronic Reactions Monitoring Reports (eRMR).
- **Valutazione del rapporto rischio/beneficio di medicinali o classi di medicinali e delle misure di minimizzazione del rischio:**
 - 1) Valutazione della documentazione di sicurezza predisposta dai titolari AIC: PSURs, Period Safety Update Single Assessment (PSUSA), ecc.;
 - 2) Valutazione di materiale educativo (ME), Risk Management Plans (RMP).

3-R44 – Un adeguamento, o meglio, la realizzazione di un sistema di farmacovigilanza non dovrebbe essere collegata alla nostra sicurezza e non al business?

- Il potenziamento della farmacovigilanza per il **nuovo business europeo** richiedeva anche alcune modifiche al regolamento CE 726/2004. Infatti, **FORTUNATAMENTE**, col Regolamento (UE) 2019/5 si introduceva l'articolo **14-bis** e "**presunta base legale**" dell'approvazione della piattaforma mRNA. Presunta base legale in quanto l'articolo **14-bis** specifica chiaramente che il

rilascio dell'autorizzazione si fonda **sull'evidenza incofutable di un positivo rapporto rischio/beneficio**.

3. Le autorizzazioni all'immissione in commercio possono essere rilasciate a norma del presente articolo solo se il rapporto rischio/beneficio del medicinale è favorevole e se il richiedente è presumibilmente in grado di fornire dati completi.

Dato che i nuovi bussiness si suppongono duraturi e dato che le case farmaceutiche non possono essere fermate da procedimenti legali e baggianate simili, con l'introduzione dell'articolo 84bis e dell'allegato II, **si concede al Titolare dell'autorizzazione la possibilità di nuocere in ogni modo, pagando un'ammenda. Oggi Pfizer ha pagato una multa di 34.800€ per aver pubblicizzato il velno mRNA prima dell'autorizzazione [L].**

- **Con la normativa pronta, nel settembre 2019 approda a Bruxelles il Global Vaccination Summit 2019 e le 10 azioni verso la vaccinazione per tutti [L] [L]!** Trai i 10 punti, oltre alla solita esitazione vaccinale, la salute per tutti (soprattutto l'Africa), la sorveglianza ancora non disponibile nel nostro Paese, i naturali investimenti in ricerca, al punto 10 si riportava:

10. Allineare e integrare la vaccinazione nelle agende globali in materia di sanità e sviluppo, mediante una nuova agenda 2030 in materia di vaccinazione.

La nuova agenda sarà poi costituita dalla "**Immunization Agenda 2030 (IA2030)**" [L] [3-A43], **firmata ed accettata dall'ex Ministro Speranza nel giugno 2020**, non appena i devianti facoltosi decidettero che l'approvazione della piattaforma mRNA sarebbe andata avanti a tutti i costi.

Come sempre, l'Italia è al primo posto nella commistione con i devianti facoltosi, nell'elargire fondi, acquistare veleni e non curarsi per oltre 10 anni **del risultato delle azioni commesse.**

Dal punto di vista nazionale le strategie italiane degli ultimi anni sono in linea con le raccomandazioni del Consiglio europeo e con i 10 punti: il documento, dunque, non potrà che rinforzare l'impegno politico e quello dei decisori a investire nel settore della vaccinazione per il bene della salute di tutti.

Il sito dell'ISS richiama nelle appendici Il documento "*Roadmap for the implementation of actions by the European Commission based on the*

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Commission communication and the Council recommendation on strengthening cooperation against vaccine" [\[L\]](#) analizzato prima [\[3-A32a\]](#).

- Nell' ottobre 2019, al Johns Hopkins Center for Health Security, si teneva una esercitazione denominata **Event 201** [\[L\]](#) [\[L\]](#). Si giocava simulando una pandemia virale con un "nuovo coronavirus" [\[3-V78\]](#). Tra i partner, il World Economic Forum e la Bill & Melinda Gates Foundation. Secondo il New York Magazine l'esperimento dette come risultato 65 milioni di morti. Quasi come la Seconda guerra mondiale. Alla dichiarazione della pandemia da parte dell'OMS, il Dipartimento della Difesa (DoD) degli Stati Uniti **era già pronto** a prendere il controllo dell'intero sistema medico e giudiziario negli Stati Uniti e all'estero [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Dalla simulazione Event 201, nacquero ulteriori raccomandazioni per i governi e l'esortazione alla cooperazione tra pubblico e privato nella preparazione e risposta ad un futuro evento pandemico [\[3-A32b\]](#).

- Futuro pandemico e catastrofico, sia dal punto di vista climatico, economico e sociale [\[3-V46\]](#), previsto nella tanto amata **agenda 2030** e pubblicata dall'Istat, sempre nel 2019, nel report "2019 SDGs REPORT. STATISTICAL INFORMATION FOR 2030 AGENDA IN ITALY" [\[3-A32c\]](#). Il report elencava i nostri necessari obiettivi, mentre si era inconsapevolmente tranquilli.

Preparazione all'imminente cambiamento climatico, attivato magicamente dai media corrotti.

1.5 By 2030, build the resilience of the poor and those in vulnerable situations and reduce their exposure and vulnerability to climate-related extreme events and other economic, social and environmental shocks and disasters.

Abolizione della povertà, stranamente con la gestione delle **questioni di gender**, ma pur sempre messaggio accattivante per un branco di pecore.

1.b Create sound policy frameworks at the national, regional and international levels, based on pro-poor and gender-sensitive development strategies, to support accelerated investment in poverty eradication actions.

Insegnamento della masturbazione a bambini della scuola primaria, ovvero inizio della fase di confusione ed attacco delle fasce giovani che non hanno gli strumenti per elaborare certe informazioni, confondendoli per un migliore controllo futuro.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

3.7 By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes.

Strutture informatiche impositive di limitazioni grazie ai finti allarmi. La nostra App IT-Alert

3.d Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks.

E NATURALMENTE, VACCINI PER TUTTI!!.

3.8 Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all.

Diventati oggi religione al pari dei 10 comandamenti [\[3-V16\]](#).

• **Nel 2020 – 2023**

- Nel 2020, era attesa la relazione di valutazione degli obblighi della Lorenzin ma, in assenza di mezzi e sorveglianza, **il gruppo NITAG non poteva assolvere a tale compito** [\[L\]](#) [\[3-A83\]](#). **Il gruppo super esperto, con gesto magnanimo, raccomandava l'istituzione repentina di un percorso valutativo.**

**Vaccini per l'infanzia,
resta l'obbligo. Ma
solo perché mancano
i dati per decidere**

Elena Dusi



Nonostante la non conoscenza dell'impatto avuto sulla popolazione pediatrica dei successivi ricatti, nulla accadde e gli obblighi rimasero [\[L\]](#) [\[L\]](#).

QUESTO È IL METODO VENTENNALE UTILIZZATO NELLA GESTIONE DELLA SALUTE DEI NOSTRI BAMBINI.

- Tornando al delirio del triennio 2020-2023, tralasciamo i dettagli riguardo i legami tra Fauci e la sperimentazione in Ucraina, Cina o in altri bio-laboratori che eseguono da anni esperimenti sul **guadagno di funzione** (dichiarazioni

di Fauci nel 2012 [3-V44]) ed i cui pericoli sono presi poi a fondamento dei piani di preparazione a minacce transfontaliere. Mentre la **stimatissima comunità scientifica** consigliava **supposte di tachipirina alla popolazione**, si diletta da anni in strane ricerche, quali quelle contenute nel recente brevetto [L] denominato:

(12) United States Patent Bickerton et al.	(10) Patent No.: US 10,130,701 B2 (45) Date of Patent: Nov. 20, 2018
(54) <u>CORONAVIRUS</u>	OTHER PUBLICATIONS

Al cui interno si menzionano le seguenti pubblicazioni:

- Ammayappan et al., Identification of sequence changes responsible for the attenuation of avian infectious bronchitis virus strain Arkansas DPI, Arch. Virol., 154(3):495-9 (2009).
- Anonymous: "EM_STD:KF377577", Oct. 30, 2013.
- Armesto et al., A recombinant avian infectious bronchitis virus expressing a heterologous spike gene belonging to the 4/91 serotype, PLoS One, 6(8):e24352 (2011).
- Armesto et al., The replicase gene of avian coronavirus infectious bronchitis virus is a determinant of pathogenicity, PLoS One, 4(10):e7384 (2009).
- Casais et al., Reverse genetics system for the avian coronavirus infectious bronchitis virus, J. Virol., 75(24):12359-69 (2001).
- Cavanagh et al., Manipulation of the infectious bronchitis coronavirus genome for vaccine development and analysis of the accessory proteins, Vaccine, 25(30):5558-62 (2007).
- Devereux et al., A comprehensive set of sequence analysis programmes for the VAX. Nucl. Acids Res. 12: 387-95 (1984).

- Nel 2020, dopo le peripezie amorose di un pipistrello con un pangolino, a seguito della riunione tecnica tenutasi il 30 settembre sull'aggiornamento concernente il "*Documento di integrazione con Web Service della Gestione Accoglienza Flussi*", nella riunione dell'8 ottobre 2020 si sancisce l'accordo sullo schema di Regolamento recante "Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL)" nella versione del 23 gennaio 2020, nonché sul correlato documento del 30 settembre 2020 denominato "Documento di integrazione con Web Service della Gestione Accoglienza Flussi" come richiesto dalle Regioni [L].

3-R45 – Oggi, il collegamento al registro PREMAL è pienamente operativo in tutte le regioni?

Quanto accaduto negli ultimi 3 anni è riassunto nell'esposto allegato [\[3-A35\]](#). In particolare, riporto l'estratto contenente i passi che hanno portato all'autorizzazione del prodotto della Pfizer [\[3-A36\]](#), per arrivare ai nostri giorni con l'inizio del quarto anno di **crimini contro l'umanità**.

- Ai sensi del Decreto del ministero della Salute del 17 settembre 2018, che istituiva, **dopo un decennio di obblighi di somministrazioni, l'Anagrafe Nazionale Vaccini**, tutte le regioni avrebbero dovuto dotarsi, con calma entro il 2020, di un **SISTEMA INFORMATICO UNIVOCO e collettore, ognuno, di tutte le segnalazioni del proprio territorio, utilizzato quindi per il collegamento e la trasmissione dei dati alla ANV**.

L'Anagrafe nazionale vaccini, ai sensi del comma 2 dell'art. 4 -bis del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, raccoglie i dati delle anagrafi vaccinali regionali, che consistano in una **banca dati regionale** dotata di **un sistema informativo unico** di cui all'intesa sancita in data 19 gennaio 2017 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (rep. atti. n. 10/CSR). Tale sistema **è collegato con l'anagrafe regionale degli assistiti** e ha lo scopo di garantire la corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, il monitoraggio dell'efficienza dell'attività ed **il controllo della sua efficacia** attraverso il calcolo delle coperture vaccinali e di altri indicatori a livello regionale e aziendale, il supporto alla pianificazione di procedure di audit e di processi di benchmarking all'interno della regione e le funzioni di programmazione regionale in tema di strategie vaccinali.

Tale struttura informatica era essenziale anche per soddisfare gli obblighi della legge 119/2017 all'art 1 comma 1:

Il comma 1 ter del medesimo articolo 1 stabilisce che *“sulla base della **verifica dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse segnalate in attuazione delle vigenti disposizioni di legge, e delle coperture vaccinali raggiunte ... effettuata dalla Commissione per il monitoraggio dell'attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di definizione e***

*aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita con decreto del Ministro della salute 19 gennaio 2017”, **il Ministro della salute con decreto da adottare decorsi tre anni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e successivamente con cadenza triennale**, sentiti il Consiglio superiore di sanità, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l’Istituto superiore di sanità e la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti commissioni parlamentari, **può disporre la cessazione dell’obbligatorietà per una o più delle vaccinazioni di cui al comma 1 bis. In caso di mancata presentazione alle camere degli schemi di decreto, il Ministro della salute trasmette alle camere una relazione recante le motivazioni della mancata presentazione nonché i dati epidemiologici e quelli sulle coperture vaccinali”.***

3-R46 – Chiedo cortesemente al Ministero della Salute le due relazioni recanti le motivazioni della mancata presentazione, nonché i dati epidemiologici e i dati sulle coperture vaccinali.

3-R47 - Chiedo al Ministero della Salute, ad AIFA ed al Presidente Fedriga, l’elenco delle piattaforme informatiche, rispettanti i requisiti del “disciplinare tecnico” del decreto e del Sistema Pubblico di Connettività (SPC), con le quali le singole regioni collestano i dati dalle varie ASL per il successivo trasferimento al RFN e l’anno di entrata in funzione per ogni piattaforma.

3.1 CIRCOLARE N. 25782 DEL 14 AGOSTO 2023

Il 14 agosto 2023, Tedros e tutta l’OMS era al mare e nessuno si preoccupava del covid tanto che i report inviati all’ECDC erano mancanti delle tavole di dettaglio, mentre le tavole riassuntive evidenziavano **l’assenza totale di casi di infezione** [\[L\]](#). In particolare, nella settimana 32 dal 7 al 17 settembre, il Ministero della Salute inviava all’ECDC, tramite piattaforma Tessy, i seguenti dati, riassunti nella *Summary Epidemiological Indicators* [\[3-A1\]](#):

3. DALLA LORENZINI A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Summary of epidemiological indicators: current value as of 17 September 2023 and observed trend (▲ or ▼) compared to the previous week									
	Tests per 100k	14-day case rate per 100k	Test positivity (%)	14-day case rate per 100k (65+ years)	Hospital admissions per 100k	Hospital occupancy per 100k	ICU admissions per 100k	ICU occupancy per 100k	14-day death rate per million
EU/EEA	179	42.3	11.6	89.2	1.2	2.2	0.0	0.2	2.1
Italy	0%	62.0 ▼	0%	91.7 ▼	0.3	0%	0.0	0%	1.3

In Italia: Nessun test effettuato, nessuna positività ed occupazione ospedaliera nulla
In Europa : 179 test ogni 100.000, 2 morti ogni milione d'abitanti

Come vedremo nel seguito, tale “strana” **inesistenza** del covid veniva imputata alla mancanza di segnalazione e sorveglianza già a **febbraio 2023** e già in quella data venivano stilati piani da seguire nel successivo autunno/inverno.

Dunque, il 14 agosto 2023, viene pubblicata la circolare con le indicazioni preliminari della campagna vaccinale 2023-2024 [\[L\]](#), nonostante i nuovi sieri **non fossero ancora autorizzati** ma sicuramente pericolosi come i precedenti [\[L\]](#), aggravanti il rischio di morte [\[L\]](#) [\[L\]](#), riattivanti inimmaginabili patogeni [\[L\]](#) e nonostante le ormai numerose ammissioni pubbliche prontamente censurate [\[L\]](#), come quelle del dott. Fernando Lunedì [\[3-V5\]](#) o il ritiro, dal parte della rivista Cureus, del primo articolo sottoposto a revisione paritaria e fornente un'analisi approfondita dei dati degli studi sui vaccini mRNA COVID-19 e delle lesioni post-iniezione [\[L\]](#).

Il **Ministro Schillaci era ottimista** e confermava che, **dopo l'autorizzazione**, in una manciata di giorni, i Produttori sarebbero riusciti a produrre centinaia di milioni di dosi, pronti per partire con i buchi ad ottobre. La preparazione era importante, dato il **quadro epidemiologico** ed i **rigorosi dati contenuti** nei documenti in allegato alla stessa circolare.

3-R48 – Supponendo una **anomalia** nei report dell'ECDC, **per confermare l'allarmante quadro epidemiologico**, chiedo cortesemente l'estrazione dei casi covid rilevati nell'ultimo trimestre sino alla data di ricezione della presente, comprensivi di genotipizzazione (convalidata dalla rete dei laboratori Regionali di Riferimento LRR, organizzata dall'ISS e denominata MoRoNET) e dei relativi decessi, inviati all'ECDC a norma del regolamento UE 2022/2371, dettagliati almeno a livello NUTS II in base al Regolamento (CE) n. 1059/2003 come modificato dalla classificazione NUTS 2021 [\[L\]](#).

Nell circolare, il dott. Francesco Vaia, nuovo direttore generale della prevenzione, **citava finalmente il** Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (**RCP**) per dei medicinali **ancora sconosciuti**, mentre, **solo dopo un paio di settimane**, veniva pubblicato l'aggiornamento degli allegati alla decisione, inserendo l'esito fatale a seguito di miocardite/pericardite, soprattutto nelle fasce giovani [\[L\]](#).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Come da Decisione della Commissione del 29 agosto 2023 [L] [3-A70], il parere del CHMP (dott. Gasparini) per la futura variazione è stato espresso in data 20 luglio 2023, a seguito della consultazione dei rapporti periodici di sicurezza da parte del PRAC (dott.ssa Cupelli).

considerato il parere dell'agenzia europea per i medicinali, fornito il 20 luglio 2023 dal comitato dei medicinali per uso umano in merito ai rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per il medicinale in questione,

(2) Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio ha presentato un rapporto periodico di aggiornamento sulla sicurezza del medicinale in questione. Questo rapporto è stato valutato dal comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza in relazione alla necessità di mantenere, modificare, sospendere o revocare l'autorizzazione all'immissione in commercio in questione.

Dunque, gli elementi che hanno portato alla modifica dell'RCP con l'inserimento dell'esito fatale a seguito di miocardite e pericardite erano noti prima dell'emanazione della circolare e nonostante tutto, il Ministero emanava linee guida su somministrazioni di medicinali ancora non approvati e presumibilmente già in produzione per poter avviare la campagna in ottobre.

Inoltre, con la consapevolezza dell'inserimento dell'esito fatale nell'RCP e quindi della pericolosità riscontrata dal PRAC, con la consapevolezza della sempre sconosciuta durata della protezione, il Ministero consigliava la somministrazione a tutti i soggetti sani conviventi e/o familiari di soggetti fragili, per i quali la durata della protezione veniva fissata in 12 mesi, dopo il consulto con qualche fattucchiera.

L'obiettivo della campagna nazionale è quello di prevenire la mortalità, le ospedalizzazioni e le forme gravi di COVID-19 nelle persone anziane e con elevata fragilità, e proteggere le donne in gravidanza e gli operatori sanitari. A questi gruppi di persone (il cui elenco è dettagliato nell'allegato 1) è raccomandata e offerta una dose di richiamo a valenza 12 mesi con la nuova formulazione di vaccino aggiornato. La vaccinazione potrà inoltre essere consigliata a familiari e conviventi di persone con gravi fragilità.

3-R49 – I nostri responsabili all'interno del CHMP e del PRAC hanno informato AIFA ed il Ministero della importante variazione all'autorizzazione, in modo da trasferire tempestivamente alla popolazione tali indicazioni e non aspettare 4 mesi per le dichiarazioni dello stesso dott. Vaia, espresse nella trasmissione "FORUM", mentre, sulla sua voce, un bel ragazzo fluido pubblicizzava un caffè?

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Mi auguro quindi che in questa terza tornata, l'RCP sia distribuito alla popolazione e non nascosto come fatto in genere da anni. [\[L\]](#)

3-R50 – Avendo citato il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) **chiedo al Dott. Vaia (ed al Ministro Schillaci) se le somministrazioni effettuate sino ad oggi sotto la Loro responsabilità siano avvenute nel rispetto dell'RCP, informando la popolazione ed i genitori del monitoraggio addizionale ancora presente da tre anni [\[L\]](#) e del loro prezioso aiuto alla casa produttrice nel correggere eventuali errori grazie alla sofferenza dei loro figli. Informazioni mai comunicate dai loro predecessori, Speranza e Rezza.**

Foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore

Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 (5/5 microgrammi)/dose dispersione per preparazione iniettabile

Bambini di età compresa fra 5 e 11 anni

**Vaccino a mRNA anti-COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)
tozinameran/famtozinameran**

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Lei può contribuire segnalando qualsiasi effetto indesiderato riscontrato dal bambino durante l'assunzione di questo medicinale. Vedere la fine del paragrafo 4 per le informazioni su come segnalare gli effetti indesiderati.

I nostri ragazzi sono stati preziosi per la Pfizer e per tutte le case farmaceutiche, le quali, hanno utilizzato la loro morte per la variazione all'AIC del 30 agosto 2023 [\[L\]](#) (EMA/H/C/PSUSA/00010898/202212 [\[L\]](#)), inserendo finalmente l'esito FATALE a seguito di miocardite/pericardite e proseguendo negli studi per migliorare il loro prodotto [\[L\]](#).

Review Article | Published: 23 January 2024

Strategies to reduce the risks of mRNA drug and vaccine toxicity

[Dimitrios Bitounis](#), [Eric Jacquinet](#), [Maximillian A. Rogers](#) & [Mansoor M. Amiji](#) 

[Nature Reviews Drug Discovery](#) (2024) | [Cite this article](#)

L'approvazione del 30 agosto, oltre al sacrificio di tanti ragazzi, contiene l'approvazione della nuova formulazione XBB.1.5 della terapia genica [\[L\]](#). Il giorno successivo era disponibile il nuovo RCP, includente la fascia pediatrica 6 mesi 5 anni, la cui inclusione era predisposta sin dall'aprile 2020 con l'approvazione del piano di indagine pediatrico.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Package leaflet: Information for the user

Comirnaty Omicron XBB.1.5 3 micrograms/dose concentrate for dispersion for injection

Infants and children 6 months to 4 years

COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified)

raxtozinameran



▼ This medicine is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. You can help by reporting any side effects your child may get. See the end of section 4 for how to report side effects.

Come specificato dall'articolo 23 del regolamento UE 726/2004 e s.m.i, base legale dell'approvazione centralizzata, detto medicinale è inserito in un **elenco speciale** gestito dalle autorità nazionali in collaborazione con l'EMA. Data la possibilità di rischio di detti medicinali dovute ad incertezze e/o mancanze, necessitanti dunque di ATTENTO MONITORAGGIO e TEMPESTIVA AZIONE, tale elenco contiene persino un **link elettronico** alle informazioni sul prodotto e al **riassunto del piano di gestione dei rischi**.

3.1.1. IL RAZIONALE SCIENTIFICO

Passando all'analisi del **RAZIONALE SCIENTIFICO della circolare**, essendo il Ministro Schillaci un medico e non un laureato in scienze politiche con esperienza nella Barilla [\[L\]](#) come il predecessore Speranza, quest'ultimo razionale esprime rigore e robustezza addirittura superiore a quello a cui siamo stati abituati e riassunto nell'immagine seguente.



Per inciso, vorrei far notare al Ministro Schillaci che il mondo parla del suo predecessore [\[3-V85\]](#) e mentre noi siamo attualmente impegnati col pandoro della Ferragni e la separazione dal compagno, l'ex Ministro commette ancora oggi reato di falso ideologico nel solito salotto televisivo [\[3-V59\]](#). Per placare la vera accoglienza pubblica [\[3-V81\]](#), l'ex Mnistro presenta

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

libri e parla di scienza e di vite salvate [\[3-V66\]](#), quando, come da CV [\[L\]](#), è solo in grado di consigliare la tipologia di pasta (penne lisce o rigate) nelle trasmissioni master chef, ma decideva, senza cognizione di causa, di obbedire ai padroni stranieri [\[3-V67\]](#).



Solo per curiosità, chiedo al Ministero della Salute ed AIFA i documenti a supporto del farneticare dell'uomo usato come **capo espiatorio**, secondo cui, il veleno iniettato ha salvato **1.400.000** persone (ultimo numero menzionato) [\[3-V86\]](#).

Il nuovo razionale scientifico di ben quattro righe ed analizzato di seguito, sebbene proposto oggi da un medico, è quanto meno **"irrispettoso"** della sofferenza causata.

ALLEGATO 2

Razionale tecnico-scientifico

La presente circolare è elaborata sulla base dei documenti emanati da OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), EMA (Agenzia europea per i medicinali) ed ECDC (Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), relativi alla vaccinazione anti COVID-19 nella stagione autunnale/invernale 2023/24 ^{1,2,3,4} tenuto conto del parere rilasciato dal Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG), oltre che sull'aggiornamento in corso della composizione dei vaccini COVID-19 per le nuove varianti del virus SARS-CoV-2 e sull'attuale quadro epidemiologico.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Come evidenziato all'inizio dell'esposizione, in quanto Unione Europea, ogni decisione viene discussa e votata dai rappresentanti di tutti gli stati membri. Il Ministero della Salute ed AIFA continua a propinare documenti in cui si palesa un **declino di responsabilità** alla volontà di enti al di fuori della nostra legislazione. Anche dopo l'emanazione del Regolamento 2370/2022 che conferisce all'ECDC più ampi spazi di controllo e proposte (e rispettivi fondi), la **RESPONSABILITA' DECISIONALE RIMANE IN CAPO A CIASCUN STATO MEMBRO**. In particolare, per ciò che concerne il covid, le autorità sanitarie si affidano al parere e raccomandazioni del "Gruppo tecnico Consuntivo sulle vaccinazioni nazionale" NITAG [\[L\]](#), richiamato dalla Circolare.

Analizziamo brevemente i documenti citati in bibliografia, elaborati e condivisi dalle nostre istituzioni alcuni mesi orsono, prima dello scontato ritorno dei contagi autunnali, da cui si dedurrà l'assoluta **infodatezza e pochezza dell'odierno parere del NITAG** [\[L\]](#).

(1) - ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

La raccomandazione permanente dell'OMS [\[L\]](#) [\[3-A37\]](#) mi lascia alquanto perplesso.

Oggi siamo tutti convinti che la pandemia sia finita a seguito della raccomandazione temporanea del Direttore Generale del 5 maggio 2023 ma, **il Ministero della Salute emana circolari senza avvisare la popolazione su ciò che accade realmente**.

Nella riunione "*Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*" del 5 maggio 2023, Tedros proponeva la fine dell'emergenza sanitaria internazionale grazie alla diminuzione delle segnalazioni in generale, riduzione imputata però solo ad una **minore sorveglianza**.

Il neo rieletto direttore generale dell'OMS invitava all'inizio del quarto anno di pandemia, dichiarando che ancora milioni di persone venissero infettate, causando migliaia di vittime ogni settimana, anche **se nessuno fosse a conoscenza di questa ecatombe** a causa della minore sorveglianza [\[L\]](#)! Così, nella solita brochure illustrativa tipo agenzia viaggi:

- riproponendo i soliti e poveri scorci dell'Africa e rivolgendo le proprie preoccupazioni essenzialmente ai paesi a basso reddito,

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



- dopo aver colorato una cartina geografica indicante il tasso di mortalità cumulativo (sbagliato)
- emanando, il 5 maggio 2023, una “**astuta**” **raccomandazione temporanea** di durata **trimestrale (art. 15 del Regolamento Sanitario Internazionale)**, con l'unico scopo di placare gli animi sfinite dei popoli ed avviarli ad una serena e spensierata estate, **annunciando la fine della pandemia solo sino ad agosto**, ma avendo chiari gli obiettivi dichiarati il 2 maggio, nel documento “*From emergency response to long-term COVID-19 disease management: sustaining gains made during the COVID-19 pandemic*” [\[L\]](#) [\[3-A38\]](#)
- ritenendo **falliti** (e miseramente) gli obiettivi proposti nel “*Strategic Preparedness, Readiness and Response Plan to END THE GLOBAL COVID-19 EMERGENCY IN 2022*” [\[L\]](#),
- avendo causato un eccesso di mortalità spaventoso in tutte le aree maggiormente inoculate (e Dio solo sa cosa accadrà in futuro senza studi di genotossicità). L'ultimo studio in Germania (rivisto e pubblicato) “*Estimation of Excess Mortality in Germany During 2020-2022*” [\[L\]](#) riporta i seguenti numeri relativi all'eccesso di mortalità:
 - 2020 – 4.000 decessi in più
 - 2021 – 34.000 decessi in più,
 - 2022 – 66.000 decessi in più

Dati ormai affrontati dalla TV tedesca e come da prassi, subito censurati [\[3-V32\]](#).

Tuttavia, la sofferenza è ormai così estesa che il quotidiano tedesco **Berliner Zeitung** ha pubblicato: ““*I danni da spike sono argomento tabù: ma la discussione non si può più rimandare. Il persistente eccesso di mortalità dall'inizio della campagna vaccinale contro il Covid-19 deve essere discusso senza più tabù*” [\[L\]](#).

3-R51 – Dopo le inoculazioni, circa 100.000 decessi in più solo in Germania, ancora confermati oggi [\[L\]](#), quanti in tutta l'Europa?

Analoghi e drammatici risultati sul disastro causato dall'mRNA, arrivano da UK [\[L\]](#) dove si mettono in scena finti dibattiti alla Camera dei Comuni [\[3-V5z\]](#), per mascherare gli scioccanti dati [\[L\]](#) (professore di oncologia, Angus Dalgleish [\[3-V136\]](#)) e dagli Stati Uniti, dove il Dr. Skidmore presume (da estrapolazioni statistiche) che i decessi causati dal siero possano arrivare a **289.789 solo nel 2021**.

Mentre in altri Stati ci si affanna almeno in finti dibattiti [\[3-V5\]](#), ammettendo il plausibile dubbio [\[3-V29\]](#) [\[3-V62\]](#), solo da noi continua la farsa vergognosa con personaggi indegni [\[3-V30\]](#) [\[3-V31\]](#).

Il Senatore australiano Malcom Roberts parla di un **eccesso di mortalità del 26%** e promette di **perseguire i responsabili** [\[3-V5\]](#). Recentemente il Senatore ha depositato un FOIA per accedere ai dati riguardo la farmacovigilanza australiana. La Therapeutic Goods Administration (TGA) ha diligentemente ottemperato alla richiesta mostrandosi molto disponibile, inviando al senatore Malcom i dati richiesti, **ovvero 74 pagine completamente oscurate per la protezione dei dati** [\[L\]](#). Anche il Senatore statunitense DOUG MASTRIANO insieme a STEVE KIRSCH, ex direttore tecnologico della Silicon Valley, chiedono la causa per l'eccesso di mortalità del 40% nella fascia sotto i 40anni [\[3-V35\]](#).

Negli Stati Uniti, l'eccesso di mortalità nel 2023 supera le perdite di tutte le guerre a partire dalla guerra in Vietnam [\[L\]](#).

- Con l'intento di continuare a guidare, insieme a **CEPI, GAVI e UNICEF**, il programma vaccino COVAX (ossia le solite opere umanitarie che poi si riversano su di noi), ripropone i soliti **menzionieri obbiettivi**, quali la **fine dell'emergenza (rinnovata a causa della scadenza della raccomandazione temporanea)** e **passaggio a fase endemica**, il controllo delle varianti di fuga (l'ottimo controllo dalla VOC alpha alla delta è stato esposto in procura nel novembre 2022), la diminuzione del tasso di mortalità da covid (mentra aumentano ogni sorta di patologia autoimmune)

3-R52 – Il ministero della Salute ha avvertito la popolazione di essere, tecnicamente, ancora in emergenza pandemia e che la fase endemica è prevista fra due anni?

3-R53 – La bozza del nuovo “Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028” [L] è legato in qualche modo a questa emergenza silente che imporrà nuove restrizioni come ordinato da Tedros [3-V56]? Magari legate ad una fantomatica malattia X per la quale si sta già creando un vaccino e per la quale i veggenti Stati Uniti hanno già emesso un ordine esecutivo a maggio 2021 [L], mentre proseguono i pericolosi studi per creare un vaccino per una malattia immaginaria [L].

3-R54 – Il rinnovo del vaccino pandemico H5N1 di AstraZeneca [L] è legato al nuovo piano?

Alla popolazione è stata data solo la buona e temporanea notizia ma, nel meeting [L], contemporaneamente si delineavano i piani di ciò che è iniziato ancora una volta oggi, sino alla richiesta del criminale Tedros [3-V15] [3-V15a], di una ratifica del trattato nazionale, prima che la gente si **infervori** sul serio [3-V40], tacciando l'intero mondo di complottismo [3-V61].

Sapendo di non poter continuare con le fandonie, il Comitato di Revisione accontentava la popolazione ormai sfinita, per consentire un'estate spensierata, considerando che:

- la fine temporanea dell'emergenza non avrebbe influito sulla normativa del medicinale in quanto autorizzato (illegalmente secondo l'attuale normativa) ad ottobre 2022 senza condizioni e gestibile tramite variazioni all'autorizzazioni (reg. Regolamento delegato UE 756/2021 per la modifica del Regolamento CE 1234/2008), che avverranno nella stessa sciagurata modalità [L] [3-A39], ossia, per solo confronto col precedente veleno ritenuto sicuro ed efficace.

Safety of variant-containing mRNA vaccines

Reactogenicity and safety data from the human immunogenicity studies using the variant-containing mRNA vaccines as a booster are comparable with the safety data for the primary series and boosters with ancestral virus-containing vaccines. This would suggest that the safety profiles of all variant-containing vaccines can be expected to be comparable to the already approved mRNA vaccines, for which a large amount of data is available from hundreds of millions of vaccinated people. **dove sono i dati?**

Metodo accettato dall'allora direttore del Ministero della Salute Giovanni Rezza [L], partecipante ai meetings dello “Strategic Advisory Group of Experts on Immunization” [L], nel cui vari report, ad esempio quello dell'ottobre 2022, condivideva la solita preoccupazione per l'Africa e **ringraziava la GAVI** per il suo impegno umanitario [3-A40].

3-R55 – Chi sono gli individui appartenenti allo “*Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization*”, elencati in questa lista [\[L\]](#) e che decidono della salute della mia famiglia?

- il Comitato di Revisione opzionava una rivalutazione allo scadere dei tre mesi (il 4 agosto). Rivalutazione necessaria essendo approvato, contestualmente alla fine dell'emergenza, il documento “**2023-2025 COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan**”, che prevedeva di inserire il COVID-19 all'interno di una più **ampia prevenzione e controllo delle malattie**, per il biennio 2023-2025.
- I collaborativi Stati Membri erano già all'opera per la negoziazione dell'Accordo sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alla pandemia, discutendo gli emendamenti all'RSI e considerando le dieci proposte per costruire insieme un **mondo più sicuro** rafforzando l'architettura globale per la preparazione alle emergenze sanitarie, risposta e resilienza (HEPR), che sinteticamente costituiscono l'ulteriore **CRIMINE DI ALTO TRADIMENTO, da siglare a maggio 2024 nell'77° Assemblea Mondiale della Sanità** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[3-V84\]](#):
 - **Ampliare la definizione di “pandemia”** ed “emergenza sanitaria”, includendo l'introduzione della parola “potenziale” per danno invece di danno “effettivo”, e la definizione di “dispositivo medico” viene ampliata per includere qualsiasi prodotto o processo che può avere un impatto sulla risposta o “migliorare la qualità della vita”.
 - Modificare la raccomandazione RSI da istruzioni “non vincolanti” a **istruzioni “obbligatorie”** che gli Stati membri si impegnano a seguire e attuare.
 - Consolidare la **capacità del Direttore Generale** di dichiarare autonomamente le emergenze.
 - Stabilire un **processo di sorveglianza** in tutti gli Stati membri che sarà regolarmente verificato dall'OMS attraverso un meccanismo di revisione nazionale.
 - Consentire all'OMS di **condividere i dati nazionali senza consenso**.
 - **Dare all'OMS il controllo su determinate risorse nazionali**, inclusi i requisiti per i contributi finanziari e la fornitura di proprietà intellettuale - nell'ambito della definizione estesa di “prodotti sanitari”.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Garantire il sostegno del paese alla promozione da parte dell'OMS delle attività di **censura** per impedire la libera diffusione di approcci e preoccupazioni alternative/dissidenti.
- Modificare le disposizioni RSI esistenti che interessano le persone da non vincolanti a vincolanti, comprese la chiusura delle frontiere, le restrizioni di viaggio, il blocco, gli esami medici e i farmaci - **per includere i requisiti per l'iniezione di vaccini o altri prodotti farmaceutici, la cui somministrazione potrà essere controllata da remoto** [\[3-V82\]](#)

Giunti al 4 di agosto, con la scadenza della raccomandazione temporanea, si riparte punto e a capo. Il Comitato di Revisione raggiunge la maggioranza dei voti emanando il documento "*Standing recommendations for COVID-19 issued by the Director-General of the World Health Organization (WHO) in accordance with the International Health Regulations (2005) (IHR)*" [\[L\]](#), che sarà in vigore per tutti gli Stati Parte **dal 9 agosto 2023 al 30 aprile 2025** [\[3-A41\]](#) riprendendo il piano biennale per il mendace transito da una nuova fase pandemica ad una fase endemica, prevista tra due anni.

In base all'articolo 51 comma 2 del Regolamento Sanitario Internazionale, *il Direttore Generale **DEVE invitare gli Stati Membri, le Nazioni Unite e le sue agenzie specializzate nonché le altre attinenti organizzazioni intergovernative e non governative ufficialmente in relazione con l'OMS, a designare rappresentanti che partecipino alle sessioni del Comitato. Tali rappresentanti **DEVONO** presentare memorandum e, con il consenso del Presidente, realizzare relazioni sugli argomenti oggetto della discussione. Tali rappresentanti non devono avere il diritto di voto.***

3-R56 – Chiedo il nominativo del nostro rappresentante (senza voto) all'interno della discussione, copia dell'obbligato memorandum ed eventuale relazione.

Nonostante l'amore dei filnatropi, le continue Assemblee Mondiali della Sanità i cui partecipanti sognano un'Africa in salute e prospera (in Niger e Senegal gli ultimi colpi di stato), proponendo però solo vaccini [\[L\]](#), alla fine il tutto ricade sugli stati membri. Infatti, la raccomandazione dell'OMS non ha come obiettivo la salute dei paesi poveri, come da foto-gallery del sito del programma **One Health** [\[L\]](#), ma **LA NOSTRA SALUTE E CONTROLLO.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B



Come spiegato nelle premesse, il prossimo biennio sarà fondamentale per la nuova tecnologia assassina. Occorrerà infatti aspettare il 2025, ed i 5 anni dalla concessione dell'autorizzazione senza obblighi, per **concedere un rinnovo indefinito ai produttori**. Un rinnovo assolutamente necessario per i successivi piani di dittatura globale, obiettivo trasversale dell'agenda 2023, includente il controllo non solo del nostro corpo, ma del cibo, attraverso la manipolazione di flora e fauna attraverso l'epigenetica. Dunque la propaganda ripartiva e ripartirà anche il prossimo anno e con più vigore.

Nonostante le promesse del nuovo Governo (ma mantenute da oltre mezzo secolo), il **Ministro Schillaci non può recedere** dagli accordi (a lui noti) **già siglati dall'ex Ministro Speranza**, dall'ambasciatore permanente dell'Italia Gian Lorenzo Cornado e dal segretario generale del ministero dott. Giuseppe Ruocco [\[L\] \[3-A42\]](#), nella settantatreesima Assemblea mondiale della sanità tenutasi nell'agosto del 2020 (ma **dovrebbe ricusarli** nella prossima Assemblea del 2024, in base all'art. 21 della costituzione dell'OMS).

Nell'agosto del 2020, cioè appena dopo il parere positivo del CHMP all'accesso alla procedura centralizzata (23 luglio 2020) per il veleno della Biontech, si siglavano gli accordi per **l'Immunization Agenda 2030 (IA2030)** [\[L\] \[3-A43\]](#). Dopo la prima decade con **l'EVAP** (European Vaccination Action Plan), decade 2010-2020 di cui abbiamo analizzato brevemente le nefandezze, siamo entrati senza saperlo nella seconda **decade dei vaccini**, 2021-2030, che, guardando i primi risultati, **SI PRESENTA COME CRIMINE CONTRO L'UMANITÀ**.

L'immunization Agenda 2030 altro non è che la ristrutturazione del **Global Vaccination Action Plan (GVAP)** la cui contestualizzazione in Europa, è stato ed è il fondamento di tutti gli obblighi per i nostri bambini.

Il nuovo piano criminale prevede l'introduzione di nuove **500 vaccinazioni**, lungo tutto l'arco della vita.

3. DALLA LORENZINI A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

2 Promote Equity	Leave no one behind	2.1 Number of zero dose children	50% reduction in the number of zero dose children at country, regional, and global levels
	Provide access to all vaccines	2.2 Introduction of new or under-utilized vaccines* in low and middle income countries	500 vaccine introductions
3 Build strong immunization programmes	Deliver across the life course	3.1 Vaccination coverage across the life course (DTP3, MCV2, PCV3, HPVc)*	90% global coverage for DTP3, MCV2, PCV3, and HPVc
	Contribute to PHC/ UHC	3.2 UHC Index of Service Coverage	Improve UHC Index of Service Coverage at country, regional, and global levels

Come si legge nella nota, tra le 500 vaccinazioni, è presente anche quella per il Covid.

Vaccines included: HepB birth dose, Hib, HPV, IPV2, MCV2, PCV, rotavirus, rubella, DTP booster, COVID-19, JE, YF, MenA, multivalent meningitis, typhoid, cholera, dengue, rabies, HepA, influenza, varicella, and mumps. Malaria and other relevant vaccines will potentially be included when recommended.

Quale filantropo potrebbe aver a cuore la salute dei poveri del mondo? Sempre Bill, nelle vesti della Bill&Melinda Gates Foundation (che fa parte della GAVI) e della GAVI, insieme all'UNICEF (che poi fa parte della GAVI), insieme all' OMS (che poi fa parte della GAVI), insieme a Welcom (che poi fa parte della GAVI) tutti insieme (cioè solo bill) costituiscono il Core Team della **IA2030**. Nella pagina ufficiale della GAVI si possono consultare i partners [\[L\]](#).

IA2030 Core Team has been co-led by WHO and UNICEF, with members from the Wellcome Trust, Bill & Melinda Gates Foundation, the Gavi Secretariat, US Centers for Disease Control and Prevention, and the Gavi Civil Society Organisation (CSO) Constituency.

Capisco l'imbraccio del Ministro della Salute riguardo le notizie sui suoi investimenti in società farmaceutiche, del resto è naturale investire nel settore che si vuole e si deve sostenere [\[L\]](#). Non a caso buona parte del PNRR è destinato alla ricerca medica e biolaboratori, gestiti niente di meno che da Fauci. Anche il sottoscritto investirebbe se ne avesse la possibilità.

IMPRESSE E MERCATO

31

mag
2023

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

S 24

Farmaceutica: da MSD investimento decennale di 200 milioni di dollari in Italia. Schillaci: investire in ricerca. Urso: subito tema delle risorse per le materie prime

(2) STATEMENT ON THE ANTIGEN COMPOSITION OF COVID-19 VACCINES

Passiamo al secondo documento richiamato nel rationale della circolare, relativo alla composizione dei nuovi vaccini, ossia alla variazione dell'RNA messaggero in relazione al circense [\[L\]](#), inutile [\[L\]](#) e dannoso [\[L\]](#) [\[L\]](#) tentativo di seguire l'evoluzione del virus.

Tale documento [\[L\]](#) [\[3-A44\]](#), redatto dal famoso super gruppo di esperti del TAG-CO-VAC il cui presidente è la conosciutissima **Dr. Kanta Subbarao** [\[L\]](#), è stato pubblicato il **18**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

maggio 2023, qualche giorno dopo la raccomandata temporanea del Direttore Generale che metteva fine all'emergenza internazionale, **consapevoli che a breve le considerazioni sulla nuova composizione delle terapie geniche e basate sui lignaggi discendenti XBB.1, sarebbero servite per le nuove campagne.**

Come ogni documento degli ultimi 3 anni, si conosce ben poco e si portano a sostegno di ogni raccomandazione, **"dati non esaustivi"**, con la cui dicitura, tutti si sentono al sicuro da ripercussioni.

The TAG-CO-VAC convenes a subgroup comprised of Members and Advisors with virological and immunological expertise. The TAG-CO-VAC and its subgroup has reviewed published and unpublished data on the antigenicity and cross-protection following infection and/or vaccination with currently approved or candidate vaccines in the context of currently circulating XBB.1 descendent lineages. The data highlighted below, while not exhaustive, were specifically reviewed and considered by the subgroup, as well as by the TAG-CO-VAC to inform the recommendations for COVID-19 vaccine composition update:

Senza dati esaustivi, senza un quadro epidemiologico ma, con la rinnovata emergenza, si utilizza la **procedura accelerata** per la nuova approvazione.

Come dalla prima variante alpha, poi la delta ecc, i lignaggi della XBB.1, soprattutto XBB.1.5 e XBB.1.16, **sembrano essere delle varianti che eludono la profilassi inoculatoria.**

Dunque, essendo le varianti XBB.1.5 e XBB.1.6 quelle dominanti a diffusione mondiale **già a maggio 2023, si deduce che, almeno dall'inizio del 2023 o fine 2022, tutte le inoculazioni siano state inutili**, come affermato anche dallo stesso gruppo di esperti a pagina 11, quando si pone le domande e si dà una risposta. **Inutilità** confermata poi anche dai nostri **scienziati** [\[3-A94\]](#). Tuttavia, non essendo ancora approvati i nuovi vaccini aggiornati, gli esperti consigliano comunque di continuare ad inoculare le vecchie composizioni, **magari già scadute**, perché ancora "sicuri ed efficaci" contro la malattia grave.

Il gruppo di esperti cerca di valutare l'efficacia dei vaccini inoculati durante la **circolazione di varianti** inclusi i lignaggi discendenti XBB.1. **Non esiste solo il lignaggio XBB.1 ma al solito è quello scelto per la propaganda.**

La valutazione risulta molto difficile, non solo per la difficile valutazione tra una, due, tre quattro dosi (con diverse formulazioni ed eterologhe), nel cui intermezzo possono esserci una, due, tre o quattro reinfezioni, ma è difficile anche per la presenza di studi contrastanti, alcuni dei quali **associano una maggiore reinfezione negli inoculati** [\[L\]](#), sicuramente, come per ogni risultato non a favore delle inoculazioni, studi affetti da fattori confondenti che potrebbero aver aumentato il rischio osservato.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

La somministrazione eterologa (dichiarata ancora più sicura ed efficace per soddisfare tutte le case farmaceutiche e non interrompere le inoculazioni) ha portato, **solo nel 2022**, ad una **modifica degli ICSR nel contesto del COVID-19** per incorporare una guida dettagliata che chiarisca la registrazione degli ICSR in base al programma di dosaggio del vaccino ricevuto, e facilitare la distinzione delle reazioni legate alla somministrazione di **vaccini misti** [L].

Gli esperti arrivano a stabilire che la **reinfezione ripetuta, o l'inoculazione ripetuta del veleno contro la variante originaria**, conduca persino l'imprinting. Dunque, il booster aggiornato XBB.1.5 suscita anticorpi neutralizzanti e **cellule B** di memoria contro varianti che sono dominate dal richiamo di cellule B di memoria preesistenti, indotte dall'esposizione al picco di Wuhan-Hu-1, cioè il primo virus comparso nel 2019 e ora nemmeno circolante. Di conseguenza, gli individui che hanno avuto le prime infezioni dei coronavirus "cinesi" o hanno ricevuto una serie primaria di "vaccino" mRNA modificato possono possedere una frequenza elevata di cellule B di memoria che riconoscono epitopi pan-varianti, molti dei quali forse non o debolmente neutralizzanti. **Quindi la risposta immunitaria al booster è fatta in gran parte da anticorpi che non intercettano la nuova variante, che si è sviluppata proprio per sfuggire ai primi anticorpi** [L].

Addirittura, il gruppo di esperti afferma che nei **dati preclinici nei criceti** si sia osservata una maggiore risposta immunitaria rispetto alle varianti in circolazione, compreso il lignaggio XBB.1, con i vaccini aggiornati all'XBB.1 rispetto ai veleni strutturati per il lignaggio Omicron o per il lignaggio originale **MA**, questo **solo sulla parola del Titolare dell'AIC, in quanto i dati non sono stati presentati PERCHÉ RISERVATI**.

Further, preclinical data assessing vaccine candidates with an updated composition that include an XBB.1 descendent lineage across different platforms demonstrate that greater neutralizing antibody responses to currently circulating SARS-CoV-2 variants, including XBB descendent lineages, are elicited compared to those following vaccination with index virus-based or earlier Omicron lineage-containing (i.e. BA.1 or BA.5) vaccines (confidential, data not shown).

Collectively, the data available to date indicate that inclusion of an XBB.1 descendent lineage in updated vaccines may enhance neutralizing antibody responses to circulating SARS-CoV-2 variants.

In conclusione, come avviene sin dal primo EPAR, anche se **non si conosce nulla** e ci sono **rischi identificati**, gli esperti consigliano a tutti i produttori l'adattamento dei veleni, riservandosi un altro appuntamento nei prossimi 6 mesi (a partire da maggio). Un appuntamento che non potrà portare a nessun cambiamento se si vuole che i veleni siano

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

autorizzati ad inizio autunno, quando il lignaggio XBB.1 potrebbe essere già sostituito con un altro [LJ](#) e come è accaduto.

Covid, Pregliasco: "La variante JN.1 schiva il vaccino"

14 dicembre 2023 | 17.04

Redazione Adnkronos

(3) ECDC-EMA STATEMENT ON UPDATING COVID-19 VACCINES COMPOSITION FOR NEW SARS-COV-2 VIRUS VARIANTS

L'ECDC, nel documento pubblicato il 7 giugno 2023 [LJ](#) [\[3-A45\]](#), riporta le brillanti considerazioni dell'OMS, del gruppo di esperti TAG-CO-VAC e della Coalizione Internazionale delle Autorità di Regolamentazione dei Medicinali (ICMRA), la stessa Coalizione che per l'iniziale approvazione condizionata del veleno, asseriva l'impossibilità di studi a causa della penuria di scimmie!! [LJ](#) [\[3-A46\]](#)



models are considered important to understand the potential for vaccine induced disease enhancement with SARS-CoV-2 vaccine candidates.

It needs to be recognized that there is limited availability of non-human primates and requiring such studies with every SARS-CoV-2 vaccine candidate prior to FIH trials is not possible and would significantly delay clinical vaccine development.

L'ECDC scrive che, tra l'8 ed il 12 maggio, appena tre giorni dopo l'emanazione della fine emergenza internazionale dovuto al calo della casistica segnalata, l'OMS insieme al suo gruppo di esperti TAG-CO-VAC e la ICMRA (che intanto aveva recuperato le scimmie) avessero deciso che fosse necessario aggiornare la composizione dei veleni.

In assenza di dati, gli esperti scelgono la "preferita" [LJ](#) composizione XBB.1 per la ormai certa campagna autunnale. Infatti, l'ICMRA dichiara che la scelta si fonda sulla volontà di **ottenere una più forte immunità piuttosto che contrastare una singola variante, data l'evoluzione del virus, ormai lontana dal fenotipo iniziale e data l'assenza di tracciamento.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Nel *ICMRA COVID-19 Omicron variant workshop* tenutosi l'8 maggio, anche nostro **Dott. Marco Cavaleri** [\[L\]](#), responsabile del settore "Minacce sanitarie e strategia sui vaccini" presso EMA, concorda su tale iniziativa. **Lo stesso dott. Cavaleri che avvisava nel 2022 dell'accertato rischio di compromissione del sistema immunitario con l'aumentare delle dosi [\[3-V6\]](#) (oggi accertato [\[L\]](#) [\[L\]](#)) e lo stesso Cavaleri che proponeva nell'aprile del 2020 le terapie di cura messe poi al bando [\[L\]](#) [\[3-A47\]](#), afferma che ci si raffredda di più in inverno, che il siero adattato a Omicron proteggeva leggermente di più e che **in attesa di ulteriori dati, l'aggiornamento al XBB.1 sarebbe una scelta ragionevole.****

3-R58 – Quindi, è vero che, senza dati definitivi ed a causa dei tempi stringenti, le case farmaceutiche hanno avviato la produzione di centinaia di milioni di dosi (come per il primo veleno, la cui produzione iniziava prima dell'autorizzazione [\[L\]](#)) per l'avvio di una nuova serie di inoculi dopo 4 mesi dalle decisioni?

Sia EMA (con Cavaleri) che l'FDA, dal cui governo dipendiamo da anni, senza mezze misure, **propogono l'idiota strategia di pianificare incontri annuali sulla identificazione dei ceppi circolanti e la realizzazione delle terapie geniche da somministrare nella stagione autunnale.** Tutti sono affranti dal fatto che non tutte le piattaforme approvate possano riuscire ad aggiornare i loro preparati per quest'anno. Moderna forse salterà questa campagna ma sarà pronta per la prossima con il preparato mRNA **sia per covid che per l'influenza.**

Il percorso di autorizzazione utilizzato sarebbe la solita domanda di variazione maggiore, come fatto nel 2022, grazie alla furbesca modifica del regolamento UE 1234/2008 da parte del Regolamento delegato 756/2021, ottenuta con **l'illegale inclusione del pro-farmaco a mRNA nella categoria dei medicinali biologici.**

NOTA

La stessa BionTech SE, nel FORM F-1 Registration Statement (F-1 1 d635330df1) depositato presso la "Securities and Exchange Commission" il 9 settembre 2019, affermava che FDA ed EMA, consideravano le terapie mRNA come terapie geniche [\[3-A48\]](#).

Così, come per tutte le variazioni future, l'approvazione della composizione scelta non richiederà la generazione di dati di studi clinici con il vaccino specifico adattato, a condizione che la "prevista" reattogenicità e l'immunogenicità delle diverse composizioni **vengano dimostrate, in qualche topo [\[L\]](#)**

QUINDI, RIASSUMENTO BREVEMENTE:

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- **nessuno studio all'atto della autorizzazione condizionata, i cui trial** sono durati 3 mesi e subito sospesi appena palesata la pericolosità del veleno autorizzato.
- **le inoculazioni sono iniziate durante la fase III** della sperimentazione descritta nel protocollo del trial Pffizer, in cui i soggetti dovevano essere seguiti sino a 24 mesi dall'inoculazione [\[L\] \[3-A48a\]](#), concludendo con la relazione finale di sicurezza di dicembre 2023, **eliminata già ad ottobre 2022**.

- **dati fondamentali mancanti e mai ottenuti**, per la cui assenza è stato necessario presentare continuamente richieste FOIA alle autorità [\[L\] \[3-A49\]](#)

Il documento al precedente link è parte del Common Technical Document (CTD), formato standard internazionale utilizzato dalle regioni ICH (Europa, USA e Giappone) redatto dal richiedente l'autorizzazione e presentato alle autorità anitarie internazionali e nazionali (EMA ed AIFA), come spiegato nelle ottime slides del master universitario di II livello dell'università di Pavia del **13 maggio 2022**, redatto da Dr. Marco Franceschin ed **approvato da AIFA** [\[L\] \[3-A50\]](#).

3-R59 – Dunque, per emettere parere favorevole all'autorizzazione del farmaco della Pfizer-Biontech, il CHMP (ovvero il nostro rappresentante) ha visionato nella sua completezza il suddetto Dossier?

- **rapporti peridoci di sicurezza (PSUR) dichiarati da AIFA non disponibili.**

In base all'articolo 25 bis del regolamento CE 726/2004 e s.m.i, L'agenzia, in collaborazione con le competenti autorità nazionali e la Commissione, predispone e custodisce un archivio per i rapporti periodici di aggiornamento e le corrispondenti relazioni di valutazione cosicché essi siano pienamente e costantemente accessibili per la Commissione, le competenti autorità nazionali, il comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza, il comitato per i medicinali per uso umano e il gruppo di coordinamento di cui all'articolo 27 della direttiva 2001/83/CE (in prosieguo il «gruppo di coordinamento»).

3-R60 – Dunque, escludendo un blocco da parte di EMA alla stregua del blocco su facebook di una persona invadente, AIFA, il PRAC, il CHMP (ovvero i nostri rappresentanti presenti e passati) hanno visionato i PSUR del medicinale Pfizer-Biontech (comirnaty) all'interno dell'archivio?

- declassamento dell'obbligo all'autorizzazione (**obbligo imposto dallo stesso CHMP**) di presentazione della relazione finale di dicembre 2023, eliminata a causa

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

della **perdita del gruppo di controllo**, ovvero del minimo requisito richiesto dalla sperimentazione.

In order to confirm the efficacy and safety of Comirnaty, the MAH should submit the final Clinical Study Report for the randomized, <u>placebo-controlled</u> , observer-blind study C4591001.	December 2023
--	---------------

Così come, per lo stesso motivo, è stata declassata la successiva relazione di luglio 2024 per la formulazione pediatrica, contenuta nell'RMP versione 5.0 del febbraio 2022, anche quando non c'erano sufficienti dati riguardo le fasce pediatriche ed al contrario, il rischio di miocarditi e pericardite erano già inseriti nell'RCP.

<u>C4591007</u> Global	A phase 1, open-label dose-finding study to evaluate safety, tolerability, and immunogenicity and phase 2/3 placebo-controlled, observer-blinded safety, tolerability, and immunogenicity study of a SARS-CoV-2 RNA vaccine candidate against	The objective of the study is to evaluate the safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy of the BNT162b2 RNA-based COVID-19 vaccine candidate against COVID-19 in healthy children.	Phase 1/2/3 study will evaluate up to 3 dose levels of BNT162b2 in up to 3 age groups (<u>participants ≥ 5 to <12 years, ≥ 2 to <5 years, and ≥ 6 months to <2 years of age</u>) for safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy	<u>Healthy paediatric subjects and young adults.</u>	Final CSR submission	<u>31-Jul-2024</u>
---------------------------	---	---	--	--	----------------------	--------------------

3-R61 – Quali studi potremmo mai aspettarci oggi a garanzia della nostra salute?

Per avere un'idea delle garanzie offerte all'atto della prima autorizzazione (**e dedurre quindi le prossime**) analizziamo ancora l'Assessment report on the renewal of the marketing" EMA/853699/2022 [\[3-A51\]](#) [\[L\]](#), con il quale il CHMP, oltre al rinnovo annuale, concedeva parere favorevole alla modifica dell'autorizzazione, **che veniva convertita da condizionata ad autorizzazione standard esente da obblighi.**

Il documento riferisce al periodo che va dal 30 aprile 2021 al 29 aprile 2022, nella cui analisi, il CHMP (all'epoca il dott. Genazzani):

- o nota e si complimenta, per aver inoculato mezzo mondo, in particolare, per lo sforzo dell'europa, nella quale, con una popolazione di 745 milioni di individui ha ricevuto in percentuale il più alto numero di dosi, confermando le successive evidenze, cioè che **tutti gli sforzi umanitari ed i fondi indirizzati nell'ACT-A, alla fine si traducono in nostre terapie.**
- o Nota che **nessuno dei 15 trial clinici fosse ancora concluso**
- o Nota che **nessuno studio Non-Interventistico fosse concluso**

3-R62 – Oggi sarà concluso il Post Authorization Safety Study (PASS) C4591010, relativo alla sorveglianza attiva dei soggetti riceventi il siero

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Pfizer-Biontech, in Germania, Spagna e Italia, del quale chiedo cortesemente visione.

- Alla data del 15 settembre 2022, il CHMP afferma che il titolare dell'autorizzazione avesse reperito in letteratura **SOLO 7 STUDI**, di cui 4 confermati la scarsa risposta in soggetti immuno-compromessi, un paio studi di "nicchia" ed uno studio **confermante il rischio di aborto** nelle donne in gravidanza prima della 27° settimana.

3-R63 – Il CHMP ed il PRAC hanno consultato la letteratura scientifica [\[L\]](#) (centinaia e centinaia di studi) disponibile al tempo e ricalcante esattamente gli ADR provenienti da segnalazioni spontanee (e sottostimate) dichiarate dal Titolare al 18 giugno 2022 [\[3-A52\]](#)?

3-R64 – Come è possibile annoverare **solo 7 studi** quando per la stesura del **PBRER** occorre che il Titolare dell'AIC tenga conto **di tutto quello che accade in relazione all'utilizzo del medicinale?**

Il CHMP prende atto dell'elenco dei segnali di allerta e loro classificazione (nuovi, chiusi, in analisi...), in particolare viene riportata la tabella relativa ai segnali di allerta, chiusi ed in analisi, nell'intervallo tra l'inizio del periodo di osservazione *dell'Addendum to the Clinical Overview (ACO)* sino alla *Date Lock Point (DLP)* **dell'ultimo PSUR presentato e relativo al periodo 19 giugno 2021 – 18 dicembre 2021.**

- Miocardite e pericardite
- Trombosi e trombocitopenia
- Eritema multiforme
- Glomerulonefrite e sindrome nefrotica
- Ipostesia/Parestesia
- Rabdomiolisi
- Sindrome infiammatoria multisistemica (adulti e bambini)
- Epatite autoimmune
- Herpes zoster
- Trombocitopenia autoimmune
- Miastenia grave
- Convulsioni

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Un'altra tabella riporta i segnali di allerta chiusi ed in corso nel periodo tra DPL dell'ultimo PSUR presentato e la DLP della ACO.

- Rigetto trapianto di cornea
- Appendicite
- Irritabilità
- Anemia emolitica
- Uveite
- Sindrome da perdita capillare
- Vasculite
- Trombosi del seno venoso
- Colite linfocitica
- Polimialgia reumatica
- Tiroidite subacuta
- ictus cerebrovascolare
- Amenorrea
- Perdite mestruali
- Perdita dell'olfatto
- Malattie autoimmuni e disordini infiammatori

Oltre alla chiusura di segnali con il semplice aggiornamento dell'RCP ma che mietendo ancora oggi molte vittime, richiederebbero una classificate come NUOVA reazione ed un inserimento come reazione avversa grave all'interno del PBRER, voglio sottolineare che il CHMP, ovvero il rappresentante della nostra autorità sanitaria, **dichiarava l'avvenuta presentazione del primo PSUR relativamente al periodo 19 giugno 2021 – 18 dicembre 2021 e la valutazione in corso del secondo PSUR avente come DLP 18 giugno 2022, che vi allego [3-A53].**

3-R65 – Tenendo conto dell'AMMISSIONE GIUDIZIALE di AIFA nell'udienza al TAR del Lazio del 2 dicembre 2022 circa la NON DISPONIBILITÀ dei necessari e dovuti rapporti periodici di sicurezza (PSUR), chiedo un confronto tra le dichiarazioni contrastanti, espresse all'interno del Assessment report analizzato da parte del nostro rappresentante all'interno del CHMP (dott. Armando Genazzani e dott.

Gasperini), e le dichiarazioni di AIFA, nella persona del presidente dell'organismo indipendente di valutazione dott. Luca del Bene.

Il CHMP, sempre nel Assessment report della revisione annuale analizzato, con cui “**assolve**” il Titolare dagli obblighi legati alla decisione di autorizzazione, dichiara una **VALUTAZIONE POSITIVA DELLE RELAZIONI INTERMEDIE DI SICUREZZA** ed il **SODDIFACIMENTO DEGLI OBBLIGHI SPECIFICI ASSOCIATI**. Obblighi riassunti in maniera forviante all'interno degli allegati alla decisione, ma che vengono meglio dettagliati all'interno dell'EPAR e vari Assessment reports. Il semplice Obbligo SOB1, in cui si chiedeva, ad esempio, “una migliore caratterizzazione della sostanza attiva e del prodotto finito”, in realtà nascondeva all'interno preoccupanti verifiche:

- In netta violazione del regolamento delegato (UE) 2017/1569, si dichiarava insufficienza di dati caratterizzanti il modRNA, ossia l'RNA troncato e **modificato** nel prodotto finito, sia per i lotti usati nei trial sia per i lotti di qualificazione delle prestazioni del processo (Performance Process Qualification PPQ), necessari per dimostrare e documentare la coerenza e la riproducibilità di un processo di produzione presso un impianto e per stabilire la comparabilità del Prodotto fabbricato presso tale impianto con il Prodotto fabbricato in una terza parte. Tali lotti verranno fabbricati **DOPO** le inoculazioni presso lo stabilimento Pfizer Puurs, in Belgio, anche se dati necessari per la **valutazione del potenziale di traduzione in proteine e la successiva verifica di omologia tra proteine tradotte e proteine umane che potrebbero, a causa del mimetismo molecolare, causare un potenziale processo autoimmune**. Rischio acclarato oggi e facilmente documentabile dalla semplice consultazione delle diagnosi dei MMG.
- forte eterogeneità delle proteine ed incertezze sul peso molecolare teorico della proteina spike richiedente test **Western Blot** (WB) dopo deglicosilazione enzimatica per confermare l'identità e la correlazione con i pesi molecolari della proteina S1S12 [\[3-A54\]](#) [\[L\]](#).

Allo stesso modo, **semplificando**, i restanti obblighi (SOB2-SOB5) specifici richiedevano **successivi studi** riguardo:

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Revisione dei limiti di accettabilità del principio attivo e del prodotto finito e sua stabilità (studi recenti dimostrano che un maggior **degrado dell'mRNA** è associato ad una minore reattogenicità. Pezzi di RNA che non trovano codifica immediata e quindi con possibilità di processi autoimmuni, costituiscono però **materiale oncogenico** e ne vedremo i risultati nel tempo).
- valutazione dei lotti commerciali, prodotti chissà dove ed in quali condizioni
- Non solo valutazione dei lotti commerciali, **ma non erano disponibili dati sui lotti utilizzati nei trial**
- stesure di specifiche per le definizioni di criteri di accettazione e comparabilità tra lotti, in relazione ad attributi critici come la lunghezza di coda Poly(A), svolgente un ruolo fondamentale nella traduzione e stabilità dell'RNA (legata sempre al problema dell'autoimmunità) per il quale esistevano incertezze di metodo non solo nel caso specifico, ma in generale nello stato dell'arte della tecnica [\[L\]](#). Oggi, ogni dubbio è stato risolto grazie all'utilizzo di miliardi di persone come cavie.
- Studi di valutazioni sulla integrità e polidispersità dell'mRNA, necessarie per valutare la distribuzione ed efficacia.
- valutazione delle impurità legate ai lipidi, **pevista dopo mesi di inoculazioni**
- Utilizzo di **eccipienti sconosciuti e mai testati** (ALC-0315 e ALC-0159) e controlli successivi di impurità e solventi residuali, richiedenti definizione di criteri di accettazione per il **TETRAIDROFURANO (ALTAMENTE TOSSICO, AGENTE CANCEROGENO E MUTAGENO)** utilizzato nella sintesi dell'ALC-0159.

Dunque, a seguito dell'analisi delle relazioni intermedie di sicurezza, relative agli argomenti sopra esposti, il CHMP ritiene che **il pacchetto completo di dati presentato, giustifichi la conversione dell'autorizzazione condizionata in un'autorizzazione all'immissione in commercio standard e non soggetta a obblighi specifici.**

3-R66 – A seguito dell'ammissione della valutazione di almeno due PSUR e delle RELAZIONI INTERMEDIE DI SICUREZZA, nonché il necessario

accesso (senza bisogno di richieste) a tali dati da parte di ogni autorità sanitaria per una valutazione continua del rapporto rischio/beneficio ai sensi dell'articolo 27 del DM 30 aprile 2015, chiedo ancora copia di tale documentazione a tutela della salute della mia famiglia.

Infine, l'assessment report si chiude con le conclusioni del CHMP:

- Nonostante nel periodo in esame (aprile 2021 – aprile 2022) siano emersi **nuovi segnali**
- Nonostante riporti un'efficacia **relativa al placebo** prima, e poi, dopo la perdita del gruppo di controllo, una **efficacia riferita all'infezione** asintomatica **confermata in laboratorio**.

3-R67 – È vero che questo tipo di conferma presuppone una elusione della profilassi?

- Nonostante riporti un'efficacia in soggetti anche con precedenti infezioni, cosa alquanto strana senza un correlato immunologico
- Rimanendo **incertezze** nell'uso del pro-farmaco in soggetti **immunocompromessi**, incertezze su **efficacia e sicurezza a lungo termine** (ma descritte in report precedenti e quindi **non inficanti** le deduzioni del CHMP)
- Considerato il profilo si **sicurezza riferito al database iniziale** costituito dai soliti **21.744** soggetti come presentato nella domanda di autorizzazione ma, **non** considerando, solo perché ancora in analisi, le **milioni** di segnalazioni derivanti dalla sorveglianza post-marketing (passiva e sottistimata) ed elencati nel PSUR (19 dicembre 2021 – 18 giugno 2022), in particolare nella tabella dell'appendice 2.2 relativa al paragrafo 6.3 "*Cumulative and Interval Summary Tabulation of Serious and non-Serious Adverse Reactions from post-marketing Data Sources*" di cui riporto lo specchietto riassuntivo iniziale:

BNT162B2	
Cumulative Reporting Period: Through 18-JUN-2022	
Interval Reporting Period: <u>19-DEC-2021 Through 18-JUN-2022</u>	
Total Number of Cases:	507,683 (Interval) / 1,485,027 (Cumulative)
Total Number of Adverse Events (PT):	<u>1,591,026</u> (Interval) / <u>4,964,106</u> (Cumulative)
MedDRA Version: v.25.0J	
4.964.106 - 1.591.026 = 3.373.080 elencate nel precedente PSUR	

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- **Non considerando** inoltre le segnalazioni presenti ed elencate nel PSUR precedente che, come dichiarato nel report, erano ormai recepite dal CHMP, dal PRAC dai comitati tutti compreso AIFA e Ministero e che, al netto dei casi dell'ultimo intervallo considerato, ammontavano a **3.373.080 (e questo accadeva più di un anno fa!)**.
- Oltre al non considerare i milioni di eventi segnalati, **non si conosceva l'esito del 60% dei casi**. Infatti, circa il 60% riportava come esito della segnalazione il termine **"sconosciuto"** o **"non recuperato"**, **testimoniando** che, all'atto del rinnovo annuale e del declassamento degli obbighi, **il CHMP e le autorità tutte non avessero idea di cosa fosse accaduto a 3 milioni di persone, ovvero a 10 volte tanto nella vita reale.**
- Appurato addirittura la bontà del sistema di farmacovigilanza dello sponsor in varie sedi, nella maggiorparte dei casi da remoto e per l'Italia, negli uffici dell'EMA a Milano (di cui ignoravo l'esistenza), mentre subito dopo l'inizio delle inoculazioni il Titolare dell'autorizzazione (pronto ad incassare miliardi) **dichiarava l'inadeguatezza del sistema di farmacovigilanza** nel *"Cumulative Analysis Of Post-Authorization Adverse Event Reports Of Pf-07302048 (Bnt162b2) Received Through 28-Feb-2021"* [\[3-A55\]](#), documento ottenuto solo dopo richiesta una richiesta del Freedom of Information Act (FOIA) presentata dal Gruppo di responsabilità del governo degli Stati Uniti chiamato *"Public Health and Medical Professionals for Transparency"* [\[L\]](#),

Among adverse event reports received into the Pfizer safety database during the cumulative period, only those having a complete workflow cycle in the safety database (meaning they progressed to Distribution or Closed workflow status) are included in the monthly SMSR. This approach prevents the inclusion of cases that are not fully processed hence not accurately reflecting final information. Due to the large numbers of spontaneous adverse event reports received for the product, the MAH has prioritised the processing of serious cases, in order to meet expedited regulatory reporting timelines and ensure these reports are available for signal detection and evaluation activity. The increased volume of reports has not impacted case processing for serious reports, and compliance metrics continue to be monitored weekly with prompt action taken as needed to maintain compliance with expedited reporting obligations. Non-serious cases are entered into the safety database no later than 4 calendar days from receipt. Entrance into the database includes the coding of all adverse events; this allow for a manual review of events being received but may not include immediate case processing to completion.

Solo un paio di mesi dopo l'inizio delle inoculazioni, le segnalazioni furono talmente elevate che il Titolare fu costretto ad indire delle

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

selezioni di personale di bella presenza per la valutazione ed inserimento di ADR nel sistema. In totale si annoverano **42.086** report, contenenti **158.893** eventi.

Come detto, i numeri buttati a caso non tornano mai, ormai da 20 anni. Secondo la Pfizer, sino al 28 febbraio 2021, in Italia, le segnalazioni registrate ammontavano a **2.578**. Mentre nel secondo rapporto sorveglianza vaccini, l'ISS dichiarava l'inserimento di **30.015** segnalazioni, intense come singoli casi e non singoli eventi [\[3-A56\]](#).

Sempre nel documento della Pfizer si analizzano le singole patologie riscontrate. Ad esempio, relativamente ai casi di anafilassi, sino al 28 febbraio 2021 vengono riscontrati **1833 potenziali casi di anafilassi**. Di questi, 1002 vengono classificati, secondo i livelli della Brighton Collaboration (che riporta sempre ai filantropi) dai livelli 1 a 4. Solo il livello 5 esclude il caso.

Secondo la Pfizer, nel periodo in esame, le segnalazioni di anafilassi in Italia (tra i livelli 1 e 4) sono state **82**. Nel periodo considerato invece, nel Secondo Rapporto Sorveglianza Vaccini, AIFA riporta solo **29** casi di shock anafilattico. Non solo, ma rincara la dose, affermando e giustamente, che il principale imputato possa essere il polietilenglicole (PEG), una componente degli eccipienti lipidici. Infatti, nell'EPAR (pag 134), il **CHMP dichiarava il suo ottimismo nei confronti del PEG, anche senza prove definitive e, nonostante affermasse una possibile tossicità al crescere delle dosi**, ne approvava una dopo l'altra, sino alla sesta dose attuale.

3-R68 – Constatata l'ennesima discrepanza su dati concernenti la salute della mia famiglia, in base alla Direttiva 2010/84/EU, il Regolamento No. 1235/2010 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2010 e le linee guida dell'ICH E2C (R2), chiedo la visione del Company Core Safety Information (CCSI), rappresentante la sezione relativa alla sicurezza del Company Core Data Sheet (CCDS) del prodotto.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Dunque, rimarcando ancora l'assenza di dati definitivi su efficacia e sicurezza a lungo termine e, dopo due anni, **la non conoscenza dell'efficacia sulla trasmissione** (mentre i casi di infezione erano triplicati [\[3-V5a\]](#)) il CHMP riteneva il rapporto rischio/beneficio accettabile, anche per i ragazzi per i quali, la letalità era descritta, nello stesso periodo, dal report esteso sulla Sorveglianza dell'ISS del 19/08/2022 [\[3-A57\]](#):

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DELLE INFEZIONI DA SARS-CoV-2 E DEI DECESSI PER COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Classe di età (in anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Diagnosi totali				
	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %
0-9	972.925	9,6	20	0,0	<0,1	908.219	7,9	18	0,0	<0,1	1.881.144	8,7	38	0,0	<0,1
10-19	1.289.663	12,7	18	0,0	<0,1	1.288.755	11,2	16	0,0	<0,1	2.578.418	11,9	34	0,0	<0,1
20-29	1.198.353	11,8	83	0,1	<0,1	1.310.996	11,4	48	0,1	<0,1	2.509.353	11,6	131	0,1	<0,1
30-39	1.330.175	13,1	275	0,3	<0,1	1.589.591	13,8	166	0,2	<0,1	2.919.770	13,5	441	0,3	<0,1
40-49	1.585.156	15,6	1.095	1,2	0,1	1.915.850	16,7	532	0,7	<0,1	3.501.007	16,1	1.627	1,0	<0,1
50-59	1.570.432	15,4	4.329	4,5	0,3	1.828.600	15,9	1.832	2,4	0,1	3.399.034	15,7	6.161	3,6	0,2
60-69	1.034.273	10,2	12.122	12,7	1,2	1.164.030	10,1	5.034	6,7	0,4	2.198.304	10,1	17.156	10,1	0,8
70-79	740.033	7,3	27.634	29,0	3,7	801.740	7,0	14.052	18,6	1,8	1.541.773	7,1	41.686	24,4	2,7
80-89	388.136	3,8	37.032	38,9	9,5	517.726	4,5	31.687	42,0	6,1	905.869	4,2	68.719	40,3	7,6
>90	68.164	0,7	12.544	13,2	18,4	178.215	1,5	22.142	29,3	12,4	246.379	1,1	34.686	20,3	14,1
Non noto	115	0,0	1	0,0	0,9	113	0,0	0	0,0	<0,1	228	0,0	1	0,0	0,4
Totale	10.177.425	46,9	95.153	55,7	0,9	11.503.835	53,1	75.527	44,3	0,7	21.681.279	-	170.680	-	0,8

Nonostante il diniego alle cure, la mortalità sotto i 50 anni era 0!

Come spiega l'ECDC, e come sempre è stato, l'ultima parola e **responsabilità spetta al Ministro della Salute**, che opererà scelte in base alle evidenze scientifiche ed alle raccomandazioni dei gruppi consultivi tecnici per l'immunizzazione nazionale [\[L\]](#) (**NITAG**).

(4) INTERIM PUBLIC HEALTH CONSIDERATIONS FOR COVID-19 VACCINATION ROLL-OUT DURING 2023

L'ultimo documento citato in bibliografia nella circolare, addirittura un TECHNICAL REPORT "Interim public health considerations for COVID-19 vaccination roll-out during 2023", è il più interessante [\[L\]](#) [\[3-A58\]](#).

Il 5 aprile 2023, prima del futuro farneticare dell'OMS e prima della dichiarazione del suo direttore generale, l'ECDC preparava un documento basato sulla revisione della ormai certa efficacia del siero, preparava **modelli matematici** simulanti l'impatto di future campagne di inoculazioni, essenzialmente basate **sull'accettazione sociale dei trattamenti sanitari**. È superfluo dire che il rifiuto delle continue inoculazioni renderebbero improduttivi i piani in corso.

Nonostante il drammatico e crescente eccesso di mortalità rispetto al 2020, la continua assenza di dati certi riguardo i soggetti fragili, la moria di anziani che ha prodotto un

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

risparmio miliardario nelle casse dell'INPS e l'ammissione dell'assenza di un quadro epidemiologico, l'ECDC **ipotizza** un livello di contagi preoccupante che porta, soprattutto per le fasce anziane della popolazione, a ricoveri prolungati e morte, nonostante tali soggetti anziani continuino a morire per covid dopo la quarta dose. Al netto di tutte le idiozie scritte, l'obiettivo rimane quello di promuovere **l'accettazione delle inoculazioni**:

Promoting acceptance and uptake of COVID-19 vaccination becomes challenging in the context of diminishing population interest in getting vaccinated and a perception of 'return to normality'. Factors leading to declining uptake need to be identified, even in populations previously willing to be vaccinated. Future vaccination campaigns may consider developing targeted communication, focusing efforts on reaching high-priority groups through trusted channels and messengers, and providing clear information on which groups vaccination is being recommended to, the type of vaccines available and the timing. People should also be reminded why it is important to stay up-to-date with vaccination (particularly those in risk groups for severe COVID-19). Furthermore, a simplification of the COVID-19 vaccination regimen would contribute to better communication and may improve vaccine coverage.

Riassumendo brevemente le ipotesi di partenza del documento:

- Da settembre 2022, i vaccini bivalenti mirati alle sottolinee Omicron BA.1 e BA.4/BA.5 hanno rappresentato circa il 94% delle dosi totali di vaccino somministrate. Per l'efficacia dei vaccini bivalenti, è necessario un follow-up più lungo per determinare l'effetto protettivo a lungo termine di un richiamo bivalente contro esiti gravi.
- Esistono due importanti differenze tra l'immunità indotta dagli attuali vaccini COVID-19 e l'infezione naturale. In primo luogo, mentre i vaccini sono stati progettati per indurre risposte delle cellule B e delle cellule T mirate specificamente alla proteina spike della SARS-CoV-2, **l'infezione naturale induce risposte a diverse altre proteine** della SARS-CoV-2, come la nucleoproteina. In secondo luogo, i vaccini somministrati mediante iniezione intramuscolare non inducono risposte immunitarie nella mucosa respiratoria, mentre **l'infezione induce l'immunità della mucosa**, che comprende le cellule T di memoria residenti nei tessuti e le cellule B di memoria. Queste risposte sito-specifiche sono vantaggiose per la protezione dalle infezioni, in parte perché contrastano il virus nel sito di ingresso, ma anche perché **è stato dimostrato che il tipo di anticorpo secreto nella mucosa (IgA secretoria dimerica) neutralizza SARS-CoV-2 in modo più efficace rispetto agli anticorpi IgG sierici indotti dalla vaccinazione intramuscolare**

Ricordiamo la censura dei medici che affermavano questo nel 2022 [\[1\]](#) [\[2\]](#), oltre alla verifica dello stato debilitante indotto dalla vaccinazioni che introduceva per la prima volta (credo), una efficacia **negativa!** i vaccinati si ammalavano più spesso [\[3\]](#).

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- È stato costantemente dimostrato che l'immunità ibrida genera titoli IgG anti-spike più elevati e una più ampia capacità neutralizzante contro le varianti appena emerse rispetto al siero di individui con immunità non ibrida, e si ringraziava per questo l'inutilità del siero, in quanto
- l'elevata trasmissibilità e le **capacità di evasione immunitaria di Omicron** e delle sue sottovarianti (ossia le inoculazioni sono inutili) assicurano che la maggior parte della popolazione svilupperà un'immunità ibrida, ma ..
- Sebbene gli anticorpi neutralizzanti nel siero siano importanti per (e predittivi della) protezione contro infezioni e malattie gravi, non sono correlati definitivi della protezione contro gli esiti clinici di COVID-19. **Sono necessari studi epidemiologici** sull'efficacia per valutare pienamente il contributo di tutte le risposte immunitarie adattative indotte dall'immunità ibrida, e..
- **Non sono ancora disponibili dati epidemiologici** che confrontino l'efficacia protettiva degli individui immunitari ibridi potenziati con bivalente rispetto a quelli immunitari non ibridi contro questi sottolignaggi, quindi ...
- Nel contesto di un **panorama immunitario ibrido sempre più complesso ed eterogeneo**, le indagini sierologiche sulla popolazione stratificata per età dovrebbero evolversi per incorporare test quantitativi anti-spike (che misurano i valori esatti del titolo per tutti i soggetti campionati) in studi che disaggregano i risultati in base all'infezione precedente (anti-nucleocapsid positivi) stato e test funzionali (misurazione della capacità degli anticorpi di eseguire azioni specifiche che svolgono un ruolo fondamentale nella protezione, come la neutralizzazione del virus). Ciò ci aiuterebbe a comprendere meglio la distribuzione e l'entità dell'immunità ibrida a livello di popolazione.
- Verificando (con molti studi ancora in pre-print) una efficacia contro BA.5 o sottolignaggi correlati a XBB/XBB.1.5 **sotto la soglia del 50%** nella maggioranza dei casi (non indagando in questa sede tra tutte le possibili combinazioni tra dosi, tipologia ed infezioni), **limite di efficacia sotto il quale non ha senso la profilassi e non è concessa l'autorizzazione**.
- Il potenziale effetto dell'imprinting immunitario sulla protezione contro COVID-19 non è chiaro. È stato ipotizzato che l'effetto protettivo dei vaccini adattati basati su nuove varianti **sarà limitato**, a causa di un sistema immunitario già innescato nella maggior parte degli individui. Esistono studi che indicano che l'imprinting precedente di una

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

variante precedente influisce sulla successiva protezione immunitaria verso le nuove varianti, influenzando potenzialmente l'utilità dei vaccini variante-specifici.

Dunque, **non avendo la minima idea di ciò che accade**, oltre al danno arrecato alla popolazione, ci si **diletta come con un video gioco utilizzando dei software** per simulare ipotetici scenari e calcolare le future vite da salvare, ottenendo lo strabiliante risultato: **“più si vaccina, più vite si salvano”** che altro non è che la trasposizione del famoso necrologio ormai **entrato negli annali della medicina**: **“NON TI VACCINI, TI AMMALI E MUORI”**. Ed intanto, [\[3-V5b\]](#) [\[3-V5c\]](#) [\[3-V5e\]](#) [\[3-V5f\]](#) [\[3-V5g\]](#) [\[3-V5h\]](#) [\[3-V5i\]](#) [\[3-V5l\]](#) .. ecc!

Predire il futuro è facile se si presuppone una alta adesione ci si adopererà per ottenerla, con obblighi, discriminazioni, restrizioni ecc. Se si suppone un successo delle inoculazioni si censura e si continua a mentire. Tuttavia, rispetto al 2020, si pone il problema dell'accresciuta (ed incomprensibile, secondo le istituzioni) diffidenza della popolazione, che si è vista (quelli non deceduti) a letto con forti sintomi dopo il danno e malessere delle quattro dosi.

Dunque, il primo grande obiettivo sarà quello di **combattere l'esitazione a bucarsi periodicamente**, contrastando la voglia di ritorno alla normalità, per avallare e proseguire con la tabella di marcia decisa dall'OMS, o meglio dal gruppo di esperti, componenti del Gruppo Consultivo Strategico di Esperti sull'Immunizzazione (SAGE) [\[L\]](#).

Promoting acceptance and uptake of COVID-19 vaccination becomes challenging in the context of diminishing population interest in getting vaccinated and a perception of 'return to normality'. Factors leading to declining uptake need to be identified, even in populations previously willing to be vaccinated. Future vaccination campaigns may consider developing targeted communication, focusing efforts on reaching high-priority groups through trusted channels and messengers, and providing clear information on which groups vaccination is being recommended to, the type of vaccines available and the timing. People should also be reminded why it is important to stay up-to-date with vaccination (particularly those in risk groups for severe COVID-19). Furthermore, a simplification of the COVID-19 vaccination regimen would contribute to better communication and may improve vaccine coverage.

Naturalmente, **per ridurre i costi, si raccomanda di effettuare in una sola seduta**, la profilassi covid e anti-influenzale, che sarà sviluppata in futuro con la stessa tecnologia [\[2-V29a\]](#) [\[L\]](#) ed effettuata con un sol buco, risparmiando ancora!

Nonostante tutte le idiozie discusse sinora, le raccomandazioni, le linee guida ed ogni buffonata promossa da qualsiasi pazzoide, la **RESPONSABILITÀ** per tutte le inoculazioni e trattamenti sanitari **RIMANE IN CAPO ALLE AUTORITÀ SANITARIE NAZIONALI** e, per il covid, basate sulle raccomandazioni del gruppo **NITAG**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

These public health considerations are based on current scientific evidence and epidemiological trends and will be periodically reassessed. The scope of these considerations is focused on 2023 and primarily takes into account the impact of COVID-19 vaccination at population level. Ultimately, responsibility for national decisions on the best strategies suited for the local epidemiological context lies with ministries of health, taking into account the relevant advice and/or recommendations given by NITAGs. ←

3-R69 – Chiedo cortesemente copia rapporto di **valutazione di HTA (evidence-based)** redatto dal gruppo **NITAG** [\[L\]](#), a fondamento scientifico della circolare, evidenziante, con atto premonitore, il **netto beneficio** per la popolazione a seguito dell'introduzione di futuri medicinali adattati al lignaggio Omicron XBB.1.5 e redatti secondo le demenziali e criminali linee guida dell'OMS [\[L\]](#).

3.2 CIRCOLARE N. 30088 DEL 27 SETTEMBRE 2023

A completamento delle previsioni primaverili dell'ECDC, FDA ed OMS, dopo la produzione **anticipata** di milioni di dosi di medicinali "aggiornati" contro una variante già presente da inizio 2023 e presumibilmente già sostituita e contro cui la profilassi genica risulterà ancora inutile e pericolosa, a seguito del copione scritto mesi prima e pronunciato oggi dal criminale Tedros [\[3-V7\]](#) [\[3-V7a\]](#), inizia la tanto attesa campagna 2023-2024 [\[L\]](#) [\[3-A59\]](#)

Anche il rationale di quest'ultima circolare trova fondamento nel rationale richiamante i documenti analizzati precedentemente.

Oltre alle linee guida e raccomandazioni dei devianti, richiama alcuni studi (cinesi [\[L\]](#)) sulla sicurezza ed efficacia, in particolare per la **somministrazione durante la gravidanza** [\[L\]](#). Come appurato, da oltre vent'anni si propongono studi strampalati che evidenziano benefici concludendo sempre con limitazioni e **necessità di approfondimenti**.

Ogni studio richiamato dalla bibliografia conclude allo stesso modo o, laddove confermi la sicurezza, presenta alla fine **dei conflitti di interesse**. Così, si continua ad inoculare donne in gravidanza per fornire le indicazioni necessarie ai Titolari dell'AIC.

Conclusions: COVID-19 vaccination during pregnancy was not associated with any of the adverse neonatal or maternal outcomes studied. Interpretation of study findings is limited by the types and timing of vaccination. The vaccinations in our study received during pregnancy were primarily mRNA vaccines administered in the second and third trimester. Future RCTs and meta-analysis are warranted to evaluate the efficacy and long-term effects of the COVID-19 vaccines.

Come da circolare, addirittura "il cittadino si può prenotare" per il vaccino proteico Nuvaxovid XBB 1.5, in imminente e sicura approvazione, come prenotare un posto al cinema Il nuovo

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

farmaco proteico utilizzando una **nanoparticella proteica ricombinante** SARS-CoV-2 **adiuvata con Matrix-M** (a base di saponina) per migliorarne l'immunogenicità, approvato nel dicembre 2021 e soggetto anch'esso a **monitoraggio addizionale**.

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Nuvaxovid dispersione per preparazione iniettabile
Vaccino anti-COVID-19 (ricombinante, adjuvato)

La ricerca però deve proseguire spedita, anche a **scapito** della salute del sacrificabile gregge. I nostri rappresentanti, quindi, **coadiuvano** i criminali psicopatici tanto facoltosi da possedere oggi un Istituto di Ricerca [\[L\]](#), continuando a permettere sperimentazione sulla popolazione [\[L\]](#). Il **monitoraggio addizionale**, in particolare sul nuovo adiuvante **Matrix-M**, implica naturalmente mancanza di conoscenza e sperimentazioni in corso [\[L\]](#) [\[L\]](#), di cui è difficile trovare risultati.

3-R70 – Relativamente al medicinale Nuvaxovid, chedo cortesemente (oltre che ad AIFA ed al Ministero della Salute) alla **ARS TOSCANA** [\[L\]](#), delucidazioni sullo stato degli studi relativi ad efficacia e sicurezza menzionati nel proprio sito web e di cui non trovo traccia [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Novavax: accordo triennale con Bill & Melinda Institute per Matrix-M

📅 7 Giugno 2023 👤 Marco Landucci

Novavax ha firmato un accordo triennale per condividere il suo vaccino adiuvante, Matrix-M, con il Gates MRI affinché l'istituto possa utilizzarlo nella ricerca preclinica.

“Siamo entusiasti di collaborare con il Bill & Melinda Gates Medical Research Institute”, dichiara **John C. Jacobs, Presidente e CEO di Novavax**, “Il nostro adiuvante Matrix-M ha dimostrato di migliorare e ampliare la risposta del sistema immunitario quando incluso nei vaccini ed è già un componente chiave dei vaccini COVID e malaria oggi sul mercato”.

L'adiuvante Matrix-M è un componente chiave del vaccino COVID di Novavax e dei suoi vaccini in fase di sviluppo, tra cui influenza e COVID e influenza combinati.

Come accaduto per il Comirnaty, anche per il Nuvaxovid dovrebbe essere proibita la somministrazione eterologa.

Non ci sono dati disponibili sull'intercambiabilità di Nuvaxovid con altri vaccini anti-COVID-19 per il completamento del ciclo di vaccinazione primario. I soggetti che hanno ricevuto una prima dose di Nuvaxovid devono ricevere la seconda dose di Nuvaxovid per completare il ciclo di vaccinazione.

3-R71 – La popolazione sarà avvertita **sull'impossibilità** della somministrazione eterologa oltre al monitoraggio addizionale?

Parlando del gettonato prodotto della Pfizer-Biontech (**raxtozinameran**), l'RCP, **oggi tanto menzionato dalle Istituzioni**, rammenta **l'analisi del rapporto rischio/beneficio individuale**, in particolare, per la **nuova fascia di età 6 mesi 4 anni, laddove si distingue la tipologia di somministrazione sia in base alla pregressa somministrazione che in base ad una precedenza infezione.**

Essendo approvato per la nuova fascia pediatrica ed escludendo quindi una precedente profilassi per il covid nella fascia 6 mesi 4 anni, rimane l'importante discriminante della progressa infezione.

Se il bambino non ha completato un ciclo primario di vaccinazione anti-COVID-19 o non ha avuto un'infezione da COVID-19 in passato, riceverà un massimo di 3 iniezioni (il numero totale di dosi previste come ciclo primario). È raccomandabile che riceva la seconda dose 3 settimane dopo la prima dose, seguita da una terza dose somministrata almeno 8 settimane dopo la seconda dose per completare il ciclo primario.

Se il bambino ha completato una vaccinazione primaria anti-COVID-19 in precedenza o ha avuto COVID-19, riceverà 1 iniezione. Se il bambino è stato precedentemente vaccinato con un vaccino anti-COVID, non deve ricevere una dose di Comirnaty Omicron XBB.1.5 prima che siano trascorsi almeno 3 mesi dalla dose più recente.

La SCANDALOSA circolare riporta informazioni OMISSIVE rispetto all'RCP del Titolare, nel quale, si distingue chiaramente la scelta tra la SINGOLA DOSE E LE TRE DOSI, in base ad una pregressa infezione, NECESSITANTE QUINDI DI ACCERTAMENTI DI LABORATORIO.

Inoltre, la circolare confonde, sottolineando in maniera generale che una precedente infezione non costituisca impedimento (alla faccia dell'ADE).

di vaccino anti-COVID-19 più recente. Si sottolinea, inoltre, che una infezione recente da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione.

il RCP prevede una singola dose di Comirnaty Omicron XBB 1.5 anche per coloro che non sono mai stati vaccinati (ciclo primario). Per i bambini dai 6 mesi ai 4 anni compresi che non hanno completato un ciclo primario di vaccinazione anti-COVID-19 o senza storia di infezione pregressa da SARS-CoV-2, il RCP prevede, invece, 3 dosi (di cui la seconda a 3 settimane dalla prima e la terza a 8 settimane dalla seconda);

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Come accaduto sin dall'inizio e poi sperimentato sulla popolazione, **non è disponibile nessuna informazione sulla co-somministrazione della terapia genica aggiornata alla variante omicron XBB.1.5** con altri prodotti in genere, come dichiarato dal Titolare dell'AIC nell'RCP.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Non sono stati effettuati studi d'interazione.

La somministrazione concomitante di Comirnaty Omicron XBB.1.5 con altri vaccini non è stata studiata.

Al contrario, nella Circolare, il **Ministero della Salute sostiene** l'assenza di problematiche di immuno-interferenza e **raccomanda**, inoltre, la co-somministrazione del vaccino antinfluenzale, magari la nuova formulazione a DNA ricombinante, nonostante la stessa FDA dichiarò un aumento del rischio di ictus derivante dalla co-somministrazione [\[L\]](#) [\[L\]](#).

è possibile la co-somministrazione dei nuovi vaccini aggiornati con altri vaccini (con particolare riferimento al vaccino antinfluenzale), fatte salve eventuali specifiche indicazioni d'uso o valutazioni cliniche. Si rimanda all'allegato 3 per ulteriori dettagli;

3-R72 – Dunque, è corretto dire che, **forti dello scudo delle Istituzioni, gli informatori scientifici pubblici** continuano nell'inganno della popolazione:

- dichiarando di non conoscere lo sviluppo di medicinali su cui scrivono libri (Bassetti [\[3-V8\]](#)),
- dichiarando l'assenza di pericolo a seguito di miocardite e pericardite soprattutto nei giovani, invitandoli alla somministrazione (Burioni [\[3-V9\]](#)) e negando l'eccesso di mortalità dichiarato dal Ministero della Salute.
- dichiarando la sicurezza della co-somministrazione e **mentendo** sulla natura del prodotto, in quanto ancora sviluppato con lo stesso processo produttivo ed utilizzando gli stessi eccipienti (Bertolaso [\[3-V10\]](#)),
- omettendo circa **mille** decessi sino a dicembre 2022 (mai aggiornati) e con modi incivili, esultando per la presentazione di solo **96 richieste di indennizzo**, di cui **3 accolte**, nella regione Lombardia (Bertolaso [\[3-V11\]](#)).

GO Aggiornamento: 20 Ottobre 2023 19:17

Non ce l'ha fatta **Giada Pollara**, la studentessa di 15 anni colpita da un infarto mercoledì mattina durante la lezione di educazione fisica all'istituto superiore Bellisario di Inzago. La ragazza residente a Busnago è spirata nel tardo pomeriggio di oggi, venerdì 20 ottobre 2023.

Dopo 12 anni di battaglie legali, solo nel 2020 è arrivata la sentenza della Cassazione [\[3-A60\]](#) che ha stabilito il nesso tra malattia e gli 11 vaccini somministrati in 8 mesi al militare Fabio Mondello, deceduto a soli 21 anni per una leucemia fulminante. Non si conosce ancora la sorte di tanti militari, danneggiati e deceduti [\[3-A61\]](#) [\[3-V11a\]](#).

Magari tra le altre 93 richieste di indennizzo respinte nella regione Lombardia, ci saranno famiglie pronte ad iniziare battaglie legali, anche se in tutti vi è la consapevolezza che non porteranno mai a nulla.

LaVerità

► COVID, LA RESA DEI CONTI

«Ho perso mio figlio dopo il vaccino, mi nascondono l'esito dell'autopsia»

Yaser è mancato all'improvviso 15 mesi fa, a 21 anni. Siccome stava bene, il magistrato dispose subito l'esame del corpo. «Da allora ho chiamato più di 25 volte e scritto mail, nessuno mi ha mai risposto», racconta il padre

Vasto, morta a 8 anni di pericardite: il caso è stato archiviato

Date: 28 Dicembre 2023



CRONACA

Pamela è morta all'età di 8 anni per una pericardite

3-R73 – Centinaia di persone vengono ridicolizzate quando cercano di esporre i danni subiti [\[3-V47\]](#). Cosa accadrebbe a questo Paese se si avesse il coraggio di ammettere le proprie colpe?

Ogni qualvolta un genitore intraprende una lunga e dura lotta per vedere riconosciuti i danni inferti al proprio figlio, facilmente l'illustrissimo Ministero si appella, forte del facile ricorso a letteratura farlocca ed appoggiata dalla ancora più illustre comunità scientifica, come accaduto nel 2015, dopo una battaglia legale durata circa 10 anni [\[L\]](#).

Dopo l'era covid, credo che gli eccezionali casi di conferma del male subito si estingueranno. L'ultimo atto di giustizia è avvenuto l'anno scorso, quando con Ordinanza n. 17441, la Suprema Corte ha rinviato alla Corte Costituzionale la legge 25 febbraio 1992 n. 210, articolo 1, comma 1, nella parte in cui non prevede il diritto all'indennizzo per i soggetti che abbiano subito lesioni irreversibili dalla vaccinazione non obbligatoria antimeningococcica, certificando la correlazione tra l'insorgenza di una sindrome simile all'autismo e la somministrazione del vaccino antimeningococcico Menjugate, con manifestazioni di un grave ritardo nello sviluppo cognitivo di un bambino nato sano e la menomazione della sua integrità psicofisica successivamente all'inoculazione [\[L\]](#).

3-R74 – Quanto tempo occorrerà, al sindacato di Polizia OSA, solo per mappare tutti malori improvvisi [\[L\]](#) [\[L\]](#)?

OSA Polizia : Morti e Disabilità improvvise - Lettera aperta alle Istituzioni.

3-R75 – Cosa dirà alle centinaia di agenti che venivano “svergognati” in pubblico come fossero dei criminali solo perché nutrivano dei dubbi? Il 2 dicembre del 2021, “Piazza Pulita” mandava in onda questo servizio riguardante una chat di agenti contro il green pass [\[3-V55\]](#). Tre giorni dopo, il 5 dicembre 2021, uno dei partecipanti a questa chat, il 53enne Giorgio Gibbo (sovrintendente capo coordinatore presso la questura di Genova) **si sparò in testa con la pistola d'ordinanza.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

In relazione alle istanze di indennizzo, chiedo all'Assessore Bertolaso, ma soprattutto al **Ministero della Salute**, alcuni chiarimenti **sull'ammissibilità tecnica** di tali istanze, tenuto conto che:

- La terapia avanza covid-19 veniva approvata con **obblighi specifici** all'autorizzazione, necessitante di prescrizione **RRL**, e dunque **non commercializzabile** (determina AIFA n. 154/2020 - G.U. Serie generale - n. 318), tanto che, per la **Procedura di presentazione delle richieste di commercializzazione dei vaccini (Controllo di Stato per ciascun singolo lotto) per il COVID-19** [\[L\]](#), si utilizzava la "procedura d'urgenza" prevista da AIFA per il Batch Release, in base al Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008, "sulla Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta" [\[L\]](#), che **comunque esclude la dispensazione di medicinali iniettabili**, tranne l'insulina.
- Si **carpiva**, quindi, un **falso consenso informato da milioni di persone** adducendo efficacia e sicurezza che nessuno al mondo poteva garantire e senza la possibilità di indennizzo, non rientrando la profilassi per il covid all'interno della Legge 25 febbraio 1992, n. 210.

3-D75a – I genitori della povera Camilla Costanzo hanno fatto richiesta di indennizzo? [\[L\]](#)

Cronaca giudiziaria

Genova, **Camilla Canepa** morì a 18 anni dopo il **vaccino Covid: 5 medici indagati**

8 Marzo 2024 - 11:37

La Procura di Genova ha chiuso le indagini sulla morte di Camilla Canepa: notificati gli avvisi a cinque professionisti, all'epoca in servizio al pronto soccorso di Lavagna

- Chiamando unilateralmente ed impropriamente "vaccino" un medicinale classificabile tecnicamente come terapia avanzata, medicinale ancora non commercializzabile e soggetto a prescrizione RRL, si modificava la legge 25 febbraio 1992, n. 210 con l'art.20 (1) del decreto-legge n.4 del 27 gennaio 2022, inserendo l'art. 1-bis, relativo all'indennizzo a seguito di danni permanenti derivanti dalla "vaccinazione" **RACCOMANDATA** anti-covid.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

- Non potendo dunque essere obbligata, se né **estorceva la somministrazione volontaria** con la firma di un **falso consenso informato**, pena la perdita del lavoro o l'esclusione dalla vita sociale dei bambini e mentre i **contagi triplicavano**, nonostante la reclusione dei soggetti non inoculati [\[3-V5a\]](#). Unico Paese al mondo dove si permetteva questa violenza: [\[3-V14\]](#), **unica via per introdurre il green pass** [\[3-V12\]](#)

3-R76 – Il Prof. Danilo Ciuffoletti dell'Università di Firenze, e tutti i degni colleghi, potrebbero essere denunciati per violenza privata? [\[3-V18\]](#)

- Come visto, solo ad **ottobre 2022** verranno semplicemente eliminati gli obblighi all'autorizzazione, convertendola in Autorizzazione senza obblighi, ma soggetta ancora alla fase quinquennale di valutazione.

Tralasciando l'**estremo ed inutile sacrificio** di un numero ancora imprecisato di cittadini e messo da parte in modo **osceno**. Tralasciando il **malessere generale** che ha colpito la maggioranza della popolazione che difficilmente è spiegabile dal singolo cittadino, ed a maggior ragione, interpretabile da un medico di buona volontà. Tralasciando **sintomatologie croniche** ma sopportabili (amenorra, spossatezza, rush cutanei, allergie, ecc) per le quali il cittadino è consapevole della impossibilità di ottenere un risarcimento. Tralasciando anche i cittadini che, con serie patologie, **non hanno le risorse** per intentare richieste risarcitorie, la cui burocrazia richiede necessariamente l'assistenza di un legale. Tralasciando la parte dei cittadini **ancora inconsapevole** del danno a loro arrecato.

3-R77 – Tralasciando queste centinaia di migliaia di individui, nel caso in cui, un cittadino danneggiato gravemente, consapevole del torto subito, dotato di possibilità economica e con voglia far valere i propri diritti, chiedo **al Ministro della Salute, all'assessore Bertolaso ed alla FNOMCeO, quanti medici questo cittadino riuscirebbe a trovare disposti a certificare una correlazione del danno o della morte col siero magico** [\[3-V13\]](#). Centinaia di ragazze solo nel nostro paese hanno subito gravi danni, e solo in **una manciata** di casi il medico ha inviato la segnalazione [\[3-V45\]](#). Laddove il medico accertasse il nesso causale, quante possibilità ci sono che tale nesso sia poi riconosciuto dalla magistratura? [\[2-V23a\]](#).

Di tutto il male causato (sottostimato) e recuperato dal Servizio di Investigazione del Congresso sul VAERS, ovvero [\[2-V171\]](#):

- decessi: **18.372**
- disabilità permanenti: **17.842**
- ricoveri: **86.452**
- visite di emergenza: **315.048**
- eventi avversi gravi: **113.449**
- Molteplici tipi di lesioni: aborti, infarti, problemi neurologici ecc

Al 1 gennaio 2024, il CIPC aveva risarcito solo 11 delle 40 richieste ritenute aventi i requisiti.

3-R78 – Ogni giovane vite spezzata [\[L\]](#) è solo un fastidioso effetto collaterale che disturba i piani degli psicopatici. Quante possibilità ha questa povera famiglia di vedere rispettata ed accertata la morte del proprio figlio?

Papilloma virus, studente muore dopo il vaccino. L'Autorità sanitaria: «Escluso qualsiasi legame»

"Questo tipo di disagio può verificarsi a causa dello stress causato dalla vaccinazione", ha spiegato l'azienda

Lunedì 30 Ottobre 2023, 18:58 - Ultimo aggiornamento: 18:59

In tutti i siti web regionali non è mai riportata la denominazione del medicinale somministrato. Cosa accadrebbe se il decesso di quest'ultimo studente fosse avvenuto a seguito della somministrazione del **Gardasil 9** durante il quinquennio di **monitoraggio addizionale** non comunicato alla famiglia?

3-R79 – Chiedo all'assessore Bertolaso ma soprattutto al Ministero della Salute le motivazioni dell'accoglimento delle tre (3) richieste di indennizzo, quando, per non costituire un precedente, viene negata l'evidenza assolvendo, da parte della procura di Siracusa, ogni indagato coinvolto nella morte del militare Stefano Paternò, avvenuta poche ore dopo la somministrazione, archiviando così la vita del giovane militare, deceduto per una sua individuale risposta al veleno inoculato (video per l'assessore Bertolaso [\[3-V13a\]](#)). Una morte ritenuta da subito insignificante da parte di Nicola Magrini e Roberto Speranza [\[3-V13b\]](#).

Magari, potremmo anche noi proporre l'eutanasia a giovani che, dopo l'inoculazione, sono ormai paralizzati e costituiscono un peso per la società, rincuorando la famiglia con qualche migliaia di euro [3-V76].

Il nostro fitto, ingarbugliato ed "interpretativo" quadro normativo, unito alla raffinatezza della lingua italiana, offre infiniti e subdoli tecnicismi, utilizzati da sempre per svicolare dalle responsabilità. Così, la morte causata da un fenomeno accertato sin dall'introduzione della profilassi, rischio evidenziato per il medicinale in questione ed ACCERTATO dalla magistratura, si trasforma in una "**RISPOSTA INDIVIDUALE**".

**«Militare morto a causa del vaccino»
Ma per i giudici non ci sono colpevoli**

La perizia su Paternò conferma che il decesso è imputabile al siero Astrazeneca, inoculato a contagio già avvenuto. Il caso, però, è stato archiviato per assenza di reati. Sebbene bastasse un test per evitare il dramma

di PATRIZIA FLODER REITTER

La correlazione con il vaccino anti Covid c'è, ma per la morte di Stefano Paternò, avvenuta 12 ore dopo l'inoculo, non ci sono colpevoli. Non lo sono un medico e un infermiere dell'ospedale militare di Augusta dove avvenne la somministrazione

Il ruolo dell'Ade in Sars-CoV-2 non è chiaro», scrivono, «ma i report precedenti su altri coronavirus mettono in guardia sulle complicazioni associate all'Ade. Quindi, dovrebbe essere assicurata ogni dovuta cura prima di sviluppare vaccini e mAbs (anticorpi monoclonali, ndr) per la profilassi ed il trattamento di Covid-19». Non si poteva accertare

re l'anamnesi patologica e pre vaccinale con particolare attenzione alla ricerca di controindicazioni e precauzioni alla specifica vaccinazione.

Prassi poi disastrosa, quando i militari finirono vaccinati negli hub e le reazioni avverse si moltiplicarono in modo esponenziale. Il capitano di vascello che curò l'anamnesi non pensò di sottoporlo a un test sierologico.

In effetti è difficile identificare un colpevole in un **concorso di colpa** che va dal medico vaccinatore responsabile (protetto da un fittizio scudo penale), alla FNOMCeO che permetteva l'inoculazione di un medicinale con un inesistente rapporto rischio/beneficio e con le evidenze di pericolosità, senza la necessaria prescrizione limitativa ed attutata in circostanze di fortuna, all'AIFA che, autorità nazionale atta a garantire la salute pubblica secondo le migliori evidenze scientifiche, non consigliava al meglio la FNOMCeO ed il Ministero della Salute, sino al CHMP, PRAC e tutti i comitati, che approvavano un veleno pericoloso ed inutile, per arrivare agli artefici di tutto, EMA gestita da soggetti privati e stranieri.



3-R80 – Chiedo alla Direzione Generale della Vigilanza sugli Enti e della Sicurezza delle Cure (DGVESC) se, per la richiesta di indennizzo, sia necessario il rispetto dell'articolo 3(5) della Legge febbraio 1992, n. 210 [\[L\]](#), ovvero occorra specificare i dati del medico vaccinatore, o del medico responsabile delle decine di infermieri ed operatori che inoculavano la gente sotto la propria responsabilità. In tal caso, chiedo come sia possibile rintracciare il medico responsabile di **hub fatiscenti ed itineranti in tutto il paese**.

Tutto questo trova le basi nel solito robusto “razionale scientifico”, identico al precedente, al netto della mancanza di riferimenti adeguati.

Razionale tecnico-scientifico

La presente circolare è elaborata sulla base delle più recenti evidenze scientifiche e dei documenti emanati da OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), EMA (Agenzia europea per i medicinali) ed ECDC (Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie), relativi alla vaccinazione anti COVID-19 nella stagione autunnale/invernale 2023/24 e tenuto conto del parere rilasciato dalla [CTS AIFA e dal Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni \(NITAG\)](#), oltre che sull'aggiornamento in corso della composizione dei vaccini COVID-19 per le nuove varianti del virus SARS-CoV-2 e sull'attuale quadro epidemiologico.

3-R81 – Chiedo cortesemente, al Ministero della Salute, copia del rapporto di valutazione HTA (**evidence-based**) redatto dal gruppo **NITAG** [\[L\]](#) in collaborazione col gruppo **CTS AIFA** e citato nella circolare, relativo all'introduzione della variazione del medicinale Comirnaty adattato alla variante XBB.1.5 e consigliato anche alla fascia pediatrica **6 mesi 4 anni**, evidenziante il **positivo rapporto rischio/beneficio** dell'atto medico proposto, contemplante sia la mancanza di test sierologici per neonati, sia la somministrazione concomitante del vaccino antinfluenzale.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

3-R82 – Chiedo cortesemente, al Ministero della Salute, copia del rapporto di valutazione HTA (**evidence-based**) redatto dal gruppo **NITAG** in collaborazione col gruppo **CTS AIFA**, sulla **premonizione del presunto beneficio derivato dalla futura introduzione del medicinale (non ancora approvato) NUVAXOVID.**

Inoltre, il data-base dell'ECDC (**Archived COVID-19 reports** [LI](#)) contiene un archivio della panoramica nazionale e dei rapporti di sorveglianza pubblicati a partire dal 10 luglio 2020. Nuovi rapporti vengono aggiunti su base settimanale.

Consultando i dati relativi alla **settimana 44** del 2023 con in dati aggiornati al 2023-11-09 [\[3-A73\]](#), sembra che il COVID non destasse assolutamente preoccupazione:

Summary of epidemiological indicators: current value as of 5 November 2023 and observed trend (▲ or ▼) compared to the previous week									
	Tests per 100k	14-day case rate per 100k	Test positivity (%)	14-day case rate per 100k (65+ years)	Hospital admissions per 100k	Hospital occupancy per 100k	ICU admissions per 100k	ICU occupancy per 100k	14-day death rate per million
EU/EEA	227	47.8 ▼	10.0	111 ▼	1.7 ▼	3.9	0.1	0.2	3.0
Italy		58.2 ▼		103 ▼	0.2		0.0		2.1

3-R83 – Nonostante ci sia un eccesso di mortalità spaventoso, rispetto alle solite cause di morte, tra cui le infezioni ospedaliere che mietono migliaia di vittime ogni anno, perché tutta la comunità scientifica e impegnata a raccomandare la somministrazione di ulteriori dosi di mRNA per proteggerci da un'infezione non tracciata?

Il sito dell'ISS [LI](#) riporta al contrario una preoccupante situazione, considerato che i dati siano ancora provvisori. **Relativamente agli ultimi 30 giorni**, sul sito dell'ISS si legge di quasi **155.000** casi e ben **587** decessi.



3.3 CIRCOLARE N.34645 DEL 03/11/2023

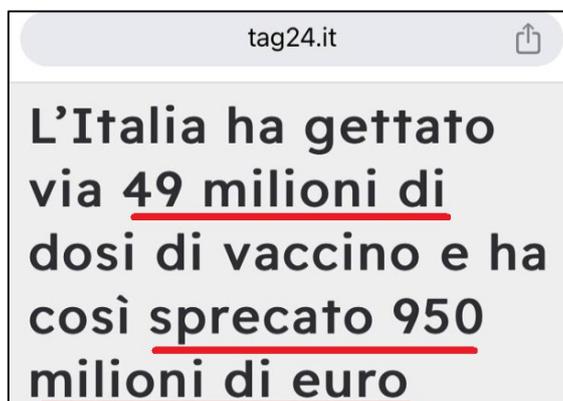
Purtroppo, è stata necessaria tanta sofferenza perché la popolazione si accorgesse a proprie spese del male causato. Sono pochi quelli che continuano a credere negli slogan “sicuro ed efficace”, così il Ministero sprona i suoi inoculatori (ed i corrotti media) nella ricerca attiva delle cavie [LI](#), aumentando la comunicazione e continuando a proporre alla popolazione moduli di consenso informato omissivi.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Infine, in risposta alla richiesta di chiarimenti da parte di alcune Regioni/PA sul consenso informato alla vaccinazione COVID-19, si rappresenta che per lo stesso possono essere utilizzate le procedure regionali già previste per le altre vaccinazioni.

3-R84 – Chiedo al Ministero della Salute, ed in particolare al dott. Vaia, copia della comunicazione inviata alla FNOMCeO in cui si avvertiva l'Ordine della necessità di corretta informazione relativamente al rischio **FATALE** a seguito di miocardite e pericardite, oltre del **monitoraggio addizionale** a cui è ancora sottoposto il pro-farmaco.

Mentre la gente muore perché non ci sono ambulanze disponibili ed abbiamo ancora, dopo 4 anni di pandemia, i soliti 5.000 miseri posti di terapia intensiva, il 2023 si è chiuso con un grave danno erariale [L].



Danno erariale che si protrarrà negli anni a causa di obblighi di acquisto a cui sono soggetti gli stati membri, pena pesanti sanzioni. E' quanto dichiarato oggi dall'eurodeputata francese Virginie Jornon [3-V50] [3-V69].

3-R85 – Essendo stati sottoscritti contratti di forniture quinquennali [L] di dosi, è corretto sostenere l'inganno perpetrato ai danni della popolazione, la quale è stata indotta alla inoculazione attraverso menzogne ed estorsioni?

3.4 CIRCOLARE N.35193 DEL 09/11/2023

Sulla base delle scelleratezze espresse nel PNPV 2023-2025 (che vedremo in seguito) continua la disperata ricerca di braccia da bucare, coinvolgendo sempre nuove figure come la rete specialistica a livello ospedaliero e territoriale [L].

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

ambulatoriali, assistenza domiciliare, assistenza presso le strutture sociosanitarie e socioassistenziali territoriali, ecc.), è opportuno coinvolgere anche la rete specialistica sia a livello ospedaliero che territoriale (es. soggetti in follow-up ambulatoriale per patologia o che accedano all'ospedale in regime di ricovero, soggetti ospiti di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali), facilitando così la tempestiva adesione dei pazienti alle campagne vaccinali.

L'erogazione delle vaccinazioni raccomandate può avvenire direttamente presso il servizio che ha in carico il paziente, ferma restando la possibilità di ricorrere, a tal fine, a protocolli interdipartimentali e/o interaziendali.

Subdolamente, vengono aizzati alcuni direttori sanitari, molti dei quali negano ancora l'accesso alle visite [\[3-V38\]](#) e forzano i pazienti alla somministrazione, mentre altri sono rinsaviti [\[3-V38\]](#).

3-R86 – In relazione ai dati inviati all'ECDC, che non rilevano nessuna situazione emergenziale, perché ancora questo comportamento disumano nei confronti di una mamma che vuole e deve assistere la figlia non autosufficiente? [\[3-V39\]](#)

Caso Crisarà, non tornano nemmeno i conti del 2023

►La denuncia Fimmg, si indaga anche ►Il faro sull'ammacco di 100mila euro sulla presidenza dell'Ordine di Padova nelle casse del sindacato dei medici

3.5 CIRCOLARE N.37743 DEL 04/12/2023

Arriva sulle tavole italiane il nuovo piatto **NUVAXOVID** [\[L\]](#), un'altra porcheria soggetta a monitoraggio addizionale [\[L\]](#).

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Nuvaxovid dispersione per preparazione iniettabile
Vaccino anti-COVID-19 (ricombinante, adiuvato)

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Anche in questo caso non si conosce la durata della protezione perché farmaco in sperimentazione.

Durata della protezione

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota, in quanto ancora in via di determinazione nelle sperimentazioni cliniche in corso.

Il Ministero propone la somministrazione a partire dai 12 anni, quando la sperimentazione per tale popolazione sia ancora in fase III e relativa al ceppo originale del virus.

Adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni

La sicurezza di Nuvaxovid negli adolescenti è stata valutata in un'analisi *ad interim* della parte di estensione pediatrica di uno studio in corso multicentrico di Fase III, randomizzato, con osservatore in cieco, controllato con placebo (Studio 2019nCoV-301). Sono stati raccolti dati sulla sicurezza relativi a 2 232 partecipanti statunitensi di età compresa tra 12 e 17 anni, con e senza evidenza di precedente infezione da SARS CoV-2, che hanno ricevuto almeno una dose di Nuvaxovid (n=1 487) o placebo (n=745). Le caratteristiche demografiche erano simili tra i partecipanti che avevano ricevuto Nuvaxovid e coloro che avevano ricevuto il placebo.

La sicurezza della versione aggiornata, come sarà sempre, è dedotta dai dati dati secretati, manipolati e occultati della versione originale.

Nuvaxovid XBB.1.5 (Nuvaxovid adattato a Omicron)

La sicurezza di Nuvaxovid XBB.1.5 si deduce dai dati di sicurezza del vaccino Nuvaxovid (ceppo originale di Wuhan) e dai dati di sicurezza del vaccino adattato Omicron BA.5.

Anche sulla co-somministrazione con il vaccino anti-influenzale si conosce ben poco e i dati sono riferiti al ceppo originale.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

La co-somministrazione di Nuvaxovid (ceppo originale di Wuhan) con vaccini antinfluenzali inattivati è stata valutata in un numero limitato di partecipanti a un sottostudio esplorativo di una sperimentazione clinica (vedere paragrafo 4.8 e paragrafo 5.1).

Naturalmente, riparte la sperimentazione sulle donne in gravidanza.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Gravidanza

I dati relativi all'uso di Nuvaxovid in donne in gravidanza sono limitati. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrio-fetale, parto o sviluppo postnatale (vedere paragrafo 5.3).

La somministrazione di Nuvaxovid XBB.1.5 in gravidanza deve essere considerata solo quando i potenziali benefici superano i potenziali rischi per la madre e per il feto.

Allattamento

Non è noto se Nuvaxovid XBB.1.5 sia escreto nel latte materno umano.

Con il Nuvaxovid continua la sperimentazione umana dell'adiuvante Matrix-M, a base di saponina, il cui comportamento era ancora sconosciuto sino a qualche anno fa [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Continua la sperimentazione occulta delle nanotecnologie essendo nanoparticelle a gabbia aperta da 40 nm.

3-R87 – Relativamente al medicinale Nuvaxovid, chedo cortesemente (oltre che ad AIFA ed al Ministero della Salute) alla **ARS TOSCANA** [\[L\]](#), delucidazioni sullo stato degli studi relativi ad efficacia e sicurezza menzionati nel proprio sito web e di cui non trovo traccia [\[L\]](#) [\[L\]](#).

3.6 LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE – LA VIA DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA MRNA

In futuro, ogni farmaco sarà sviluppato con la nuova tecnologia (questo almeno è il piano) e lo step successivo e logico, è quello di iniziare a sperimentare la modRNA con il vaccino antinfluenzale, essendo il vaccino influenzale e quello **“per il coronavirus”** gli unici inseriti nel Regolamento CE 1234/2008, concernente l'esame delle variazioni dei termini delle autorizzazioni all'immissione in commercio, modificato dal base al Regolamento delegato UE 756/2021.

Per il principio di age-scaling, la categoria iniziale continua ad essere la categoria fragile, facilmente sacrificabile e, come per il primo veleno, proseguire sino ad arrivare ai neonati.

La “stimatissima” Fondazione Veronesi, che ancora oggi esegue sondaggi tra i ragazzi [\[L\]](#) per analizzare la fiducia nei vaccini, informare “scientificamente” e calmierare l'esitazione vaccinale, pubblicizza entusiasta la sperimentazione **(su furetti)** del nuovo vaccino antiinfluenzale “universale”, o meglio includente **20 ceppi** anzicchè i soli quattro pidocchiosi. **Tutto possibile grazie alla tecnologia mRNA.**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Consiglio alla fondazione di far leggere ai giovani quanto contenuto solo nella TOC del PSUR e solo relativamente alla miocardite e pericardite.

Anche se tediato dal ripetermi, il “**vaccino universale**” è uno dei soliti progetti del solito filantropo, in essere dal 2017 [\[L\]](#) [\[3-A92\]](#).

- **Universal influenza vaccine**: Offers protection against all influenza A and B viruses, including seasonal viruses and existing or emergent zoonotic viruses with pandemic potential.
- **Broadly protective influenza vaccine**: Offers protection against multiple influenza viruses but does not meet the criteria for a universal vaccine. For example, a broadly protective vaccine could confer protection against all strains within a single HA subtype (subtype-specific), multiple HA subtypes within a single group (multi-subtype), all group 1 or group 2 influenza A viruses (pan-group), or all influenza B viruses.
- **Next-generation influenza vaccine**: Involves a different strategy than currently licensed seasonal vaccines to elicit protective immune responses against influenza viruses (e.g., uses different vaccine platforms or targets antigens other than, or in addition to, the variable HA head epitopes), demonstrating an improvement over current vaccines in durability, efficacy, or breadth of protection. Both universal vaccines and broadly protective vaccines could be considered next-generation vaccines, but next-generation vaccines also could include strain-specific vaccines if they offer significant public health advantages, such as greater durability or a 15% to 20% increase in effectiveness.

CIDRAP is developing the Landscape with support from the [Global Funders Consortium for Universal Influenza Vaccine Development](#), which was established in 2017 with funding from the Bill & Melinda Gates Foundation. The goal is to compile, curate, and maintain information on universal influenza vaccine technologies and share the information online in a publicly accessible location. As an academic unit operating independently within the University of Minnesota, with no conflicts of interest regarding any influenza vaccine R&D activities or outcomes, CIDRAP serves as a neutral platform for gathering and analyzing influenza vaccine data. CIDRAP is developing and maintaining the Landscape in parallel with the ongoing [IVR Initiative](#) monitoring, evaluation, and adjustment effort.

3-R88 – Ma a cosa mai servirebbe un nuovo vaccino universale per l'influenza, dato che, da propaganda, quelli attuali sono sicuri ed efficaci?

CURRENT INFLUENZA VACCINES ARE SUBOPTIMAL

Vaccines are essential for protecting populations from seasonal and pandemic influenza, yet our current influenza vaccines and vaccination programs fall short. First, antigenic mismatches can occur between circulating viruses and viruses used for generating strain-specific vaccines, and the vaccines need to be reformulated and readministered annually. Second, even in years with good antigenic matches, vaccine effectiveness is often suboptimal, particularly in the elderly. Third, researchers have yet to unlock the keys to developing influenza vaccines that generate durable immunity—for example, lasting 5 to 10 years. Fourth, researchers also have yet to develop broadly protective vaccines that can protect against multiple strains of influenza, including novel pandemic viruses. Finally, although seasonal influenza vaccines are widely available, many countries—particularly low- and middle-income countries (LMICs)—do not have robust seasonal influenza vaccination programs in place, and vaccine uptake varies across nations and populations. Universal and durable vaccines that protect against all current and future strains of influenza would be a tremendous breakthrough by ensuring that vaccines are readily available in sufficient quantities at the onset of future influenza pandemics.

A questa domanda risponde lo stesso “Global Funder Consortium for Influenza Vaccine”, nel proprio documento proponente la road map dei progetti [\[L\]](#).

Nello stralcio sopra riportato, gli “scienziati” affermano che l'attuale vaccino anti-influenzale **sia una ciofecca!** In particolare è inutile per gli anziani ed i fragili, soggetti che ogni anno vengono danneggiati inutilmente [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), **affermato in un report del dipartimento di giustizia degli Stati Uniti [\[L\]](#) [\[3-A98\]](#).**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Nella stessa pagina della Fondazione Veronesi [\[L\]](#), relativamente alla vaccinazione influenzale, prima si dichiara l'80% di efficacia ma poi si definiscono i limiti che "costringeranno" all'introduzione della nuova terapia genica per l'influenza.

I LIMITI DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

Pur funzionando in maniera più che soddisfacente -l'efficacia del vaccino antinfluenzale nell'evitare malattia grave e morte è pari al 70-80% a seconda del virus-, una delle principali difficoltà della **vaccinazione** è quella di **selezionare i ceppi virali** contro cui proteggersi. L'influenza è infatti una malattia stagionale causata da differenti ceppi virali e il vaccino, somministrato prima della stagione, viene prodotto in base a una stima di quelli che saranno i **ceppi maggiormente circolanti**. Non solo, un altro problema è legato alla **possibilità di una scarsa efficacia contro un eventuale variante virale che potrebbe emergere**. Come nel caso della pandemia di **influenza suina H1N1** del 2009 dove il vaccino sviluppato per quel tempo offrì una modesta protezione fatta eccezione per gli adulti più anziani che erano stati esposti a ceppi H1N1 durante l'infanzia. Questi ultimi, con la suina, svilupparono sintomi lievi.

L'inutilità della profilassi anti-influenzale è nota da tempo immemore. La sindrome influenzale che si manifesta dall'autunno alla fine dell'inverno è causata da molti virus e solo l'8-9% di queste infezioni è causata dal vero virus influenzale. Quindi il vaccino antinfluenzale, supposto efficace al 100%, potrebbe proteggere solo l'8-9% dei vaccinati. In realtà, la sua efficacia è molto inferiore (40-60%) e quindi è presumibile una protezione solo per il 3-6% dei vaccinati (nella ottimistica situazione che il virus epidemico sia tra quelli selezionati per dare origine al vaccino, cosa che non è assolutamente avvenuta nell'inverno 2014-2015, quando l'efficacia del vaccino antinfluenzale fu del 23%) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Nonostante tutta la comunità scientifica sia consapevole non solo della inutilità ma anche della pericolosità della profilassi influenzale [\[L\]](#), a febbraio 2023, l'organizzazione criminale costituita e finanziata da soggetti privati (oltre che dagli stati membri), **IPOZZA** **quelli che saranno i ceppi influenzali circolanti nel mondo** [\[L\]](#) e prontamente l'ISS ne prende atto, **non menzionando mai in pubblico** [\[L\]](#) **della scorpacciata di uova embrionate di pollo, ma allevato a terra!**

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo

- A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like virus
- A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like virus
- B/Austria/1359417/2021 (lineaggio B/Victoria)-like virus
- B/Phuket/3073/2013 (lineaggio B/Yamagata)-like virus

Non potendo spaventare con epidemie i genitori e costringere alla profilassi antiinfluenzale la popolazione pediatrica, questa tipologia di vaccini, ed altri, è stata sperimentata essenzialmente negli operatori sanitari, ricoperta dal solito manto di altruismo ed invocando l'etica. In vari studi, alcuni dei quali condotti addirittura da nostri connazionali [\[L\] \[3-A84\]](#), **è dichiarato l'impegno assunto dagli Stati Membri, nell'agevolare la sperimentazione delle case farmaceutiche.**

4. Discussion

This study was included in a European project (DRIVE) aimed at measuring seasonal IVE against medically attended laboratory-confirmed influenza during 2018–2019 season [15]. The DRIVE project came in response to the European Medicines Agency (EMA) guideline on influenza vaccines [32], which requires that annually observational IVE studies be conducted in the EU/EEA as part of the post-licensure commitments of vaccine manufacturers.

Lo studio menzionato, coinvolgente operatori sanitari degli ospedali di Genova e Milano, rientrava nel progetto denominato DRIVE (*Development of Robust and Innovative Vaccine Effectiveness*) [\[L\]](#), per **accrescere l'ignoranza** riguardo i vaccini influenzali, mentre se ne decanta la solita sicurezza ed efficacia. Tra i principali membri del consorzio, tra varie autorità sanitarie e case farmaceutiche, spicca il nostro **Istituto Superiore di Sanità**. Tale consorzio di dimena annualmente per stimare l'efficacia di **alcuni marchi di medicinali** tra tutti quelli commercializzati [\[L\]](#). Inutile discutere in questa sede l'inutile sforzo e spreco di risorse, oltre che l'esposizione a rischio della popolazione [\[3-A86\]](#).

Il consorzio DRIVE, quindi la nuova sperimentazione, è stata introdotta nella "Guideline on Influenza Vaccines" di EMA del 2016 [\[L\] \[3-A85\]](#), **in quanto, si rendeva necessaria per l'ormai evidente e riconosciuta inutilità di quanto fatto sino a quel momento. Anche per la profilassi anti-influenzale e rivolta alla popolazione pediatrica, si continua a consigliare attente valutazioni soprattutto in relazione al rapporto antigene-adiuvante, data la penuria di dati.**

Il percorso sperimentale della inutile profilassi anti-influenzale, ormai al 70° anno, è già scritto, aggiornato a settembre 2023 e condiviso dalle autorità sanitarie con i soliti criminali [\[L\] \[L\] \[3-A80\]](#). All'interno della nuova decade di vaccini (**IA2030**), troviamo tra le prime

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

posizioni i nuovi medicinali per l'influenza stagionale e la preparazione alle pandemie. Pandemie che, anche in questo caso, necessitano di nuovi farmaci atti a contrastarle.

(CIVICs) program from the US National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) (NIAID 2020), the EU-India Joint Call (EEAS 2018), and the Bill & Melinda Gates Foundation Grand Challenge for Universal Influenza Vaccine Development (BMGF 2018a). The ultimate goal of these efforts is to develop durable, broadly protective vaccines suitable for widespread use. Innovations being considered include new vaccine approaches (such as messenger ribonucleic acid [mRNA] lipid nanoparticles and recombinant protein nanoparticles) and novel constructs that target conserved viral epitopes to induce broadly neutralizing antibodies (Wu 2020) and cross-reactive T cell responses (Wei 2020).

Adducendo alla **fortunosa** pandemia e la conseguente disponibilità delle nuove **piattaforme tecnologiche**, si dichiara il nuovo percorso della grande e secolare sfida all'influenza, sfida annualmente persa dalla popolazione, ma costantemente produttiva per le case farmaceutiche che, oggi, iniziano un nuovo decennio di lotta [\[L\]](#).

Come ulteriore esempio della sperimentazione in atto sulla popolazione indifesa, prendiamo ad esempio il cosiddetto **vaccino influenzale pandemico FOCLIVIA** [\[L\]](#).

Il vaccino è stato autorizzato centralmente in **circostanze eccezionali nel 2009** [\[L\]](#), sinonimo di mancanza di studi di efficacia e sicurezza e con la possibilità che il richiedente **non possa redigere** un dossier autorizzativo, con l'obbligo di raccolta dati di sicurezza ed efficacia conducendo studi prospettici di coorte. Immesso sul mercato a seguito della dichiarata influenza pandemica da parte dei soliti criminali (OMS), a **condizione che il titolare consideri il ceppo dichiarato pandemico**.

Senza tediarcici con norme, tabelle e studi , si propone il confronto delle informazioni contenute nell'RCP del febbraio 2023 [\[L\]](#) ed in quello dell'agosto 2023 [\[L\]](#).

Per entrambi gli RCP varrà sempre:

Foclivia è stato autorizzato in "circostanze eccezionali".
Ciò significa che per motivi scientifici non è stato possibile ottenere informazioni complete su questo medicinale. L'Agenzia Europea dei Medicinali revisionerà annualmente qualsiasi nuova informazione che si renderà disponibile sul medicinale e questo Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) verrà aggiornato, ove necessario.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Inoltre, come per tanti vaccini utilizzati da tempo immemore:

Protezione dall'influenza

Per l'influenza A (H5N1) non è stato definito alcun correlato immunitario di protezione.

Ed infine, per entrambi gli RCP:

Sorveglianza post-marketing

Non esiste alcuna esperienza post-marketing per Foclivia.

Oltre agli eventi avversi elencati rilevati dagli studi clinici, i seguenti eventi avversi sono stati segnalati dalla sorveglianza post-marketing con H1N1v (autorizzato per l'uso dai 6 mesi di età in poi durante la pandemia influenzale del 2009, contenente lo stesso adiuvante MF59 e prodotto con lo stesso processo impiegato per Foclivia).

Si riporta, dunque, la lunga lista di eventi avversi riscontrati in vaccini utilizzanti lo stesso adiuvante **MF59C.1**, **adiuvante che faceva sorgere preoccupazione all'atto dell'autorizzazione nel 2009 [L] [L] e per questo sperimentato sui topi italiani per prima [L] e poi sospeso a seguito di qualche decesso.**

Come da consolidata prassi scientifica, **dopo 11 anni**, si eseguono indagini selezionando letteratura appropriata (48 in questo caso), rilevando che i vaccini antinfluenzali trivalenti adiuvati MF59 si sono rivelati più efficaci di **"nessuna vaccinazione"**. **Sulla base di dati limitati**, non si riscontra alcuna differenza significativa confrontando l'efficacia dei vaccini adiuvati **MF59** con le loro controparti non adiuvate.

Sempre per entrambi gli RCP varrà:

L'Agenzia Europea per i Medicinali ha rinvio l'obbligo di presentare i risultati degli studi con Foclivia in uno o più sottogruppi delle popolazioni pediatriche nell'immunizzazione attiva verso il sottotipo H5N1 del virus dell'influenza A. Vedere paragrafo 4.2 per informazioni sull'uso pediatrico.

Concentrandoci sulla popolazione pediatrica, lasciando la lettura dell'effetto deleterio sulla salute riportato solo come paragone con medicinale equivalente, analizziamo le differenze riguardo la posologia:

RCP febbraio 2023

Popolazione pediatrica

La sicurezza e l'efficacia di Foclivia in soggetti di età inferiore a 18 anni non sono ancora state stabilite. I dati attualmente disponibili in soggetti di età compresa tra 6 mesi e 18 anni sono descritti nel paragrafo 5.1, ma non possono essere fornite raccomandazioni sulla posologia.

RCP agosto 2023

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Posologia

Soggetti di 6 mesi di età e oltre: devono essere somministrate due dosi (0,5 mL ciascuna), a distanza di 21 giorni.

I dati relativi a una terza dose (booster) somministrata 6 mesi dopo la prima dose sono limitati (vedere paragrafi 4.8 e 5.1).

L'estensione sino alla fascia di 6 mesi di vita è successiva al parere favorevole del PRAC (dott. Cuppelli) EMA/PRAC/258271/2023 del luglio 2023. Il PRAC concede parere favorevole all'estensione nella fascia 6 mesi – 18 anni, sulla base del primo studio in essere e del successivo studio **V87_30 di fase II**.

Per avere un'idea della bontà del vaccino influenzale pandemico del 2009, riporto sotto uno stralcio del rapporto sorveglianza post-marketing di AIFA 2009-2010.

	2009		2010		Totale
	N. Segnalazioni	%	N. Segnalazioni	%	
da 1 mese a meno di 2 anni	898	25,3	816	35,2	1.714
da 2 a 11 anni	668	18,8	745	32,2	1.413
da 12 a 17 anni	436	12,3	194	8,4	630
da 18 a 64 anni	1.338	37,7	369	15,9	1.707
da 65 anni	207	5,8	192	8,3	399
Totale	3.547	100,0	2.316	100,0	5.863

In relazione alla tipologia di vaccini, sempre per effetto della numerosità delle segnalazioni relative al vaccino pandemico, il 56% delle segnalazioni riguarda vaccini virali (ATC J07B), il 25% vaccini batterici (ATC J07A) ed il 19% vaccini batterici e virali in associazione (ATC J07C) (Tabella 4). La maggior parte delle segnalazioni pervenute nel periodo analizzato si riferisce a casi non gravi (86%); l'11% è relativo a casi gravi, e nel 3% la gravità non è stata definita.

Si registrarono moltissimi casi di **narcolessia** associata alla vaccinazione e anche in quel caso il contratto di acquisto con Novartis, l'azienda produttrice, fu inizialmente tenuto "segreto" per poi riemergere con le solite clause di sgravio di responsabilità dell'industria e della piena responsabilità delle varie Autorità Sanitarie, **responsabilità mai assunta [L]**.

Oggi, il piano PAN FLU 2021-2023 sarà sostituito dal piano **Piano Pandemico nazionale 2024-2028**, in cui le autorità destinatarie della presente si glorificano per la prosecuzione delle linee criminali dell'OMS e dell'ECDC.

3-R89 – Perché si è approvata ad agosto 2023 la variazione di un vaccino pandemico? Come potevate sapere ad agosto che a gennaio 2024 si sarebbe presentato il sottotipo A H1N1, proprio simile a quello del 2009 [2-V139] [L]?

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

3-R90 – Chiedo al Ministero della Salute, nonché alla regione Veneto, le analisi di laboratorio confermanti il caso ed inserite nel sistema PREMAL ai sensi del DM 22 luglio 2022 [\[L\] \[2-A90\]](#). Anche se non inserita specificatamente all'interno dell'elenco delle **malattie infettive sottoposte a sorveglianza**, l'infezione da virus A H1N1 ha costituito una precedente pandemia, necessitante dunque di verifica in base all'art. 4, per l'emanazione di misure sanitarie come la raccomandazione della profilassi.

Nell'ambito della sperimentazione sulla popolazione e relativamente all'influenza, (anche questa oggi molto in voga per abituare ai farmaci del prossimo anno), puntualizzo che:

- **il nuovo vaccino spray, propagandato da vari pediatri sul web, è stato introdotto in modo tortuoso e non compreso dal sottoscritto, nel 2020. Nel Rapporto vaccini 2020 AIFA scrive:**

Al di là dei brand commercializzati in Italia, sono state importate dosi aggiuntive dall'estero al fine di scongiurare possibili carenze di vaccino e far così fronte alle richieste del territorio. In alcune Regioni, pertanto, è stata utilizzata la forma spray nasale autorizzato, per la fascia d'età pediatrica e ancora non commercializzata nel nostro Paese. Dal monitoraggio delle segnalazioni non sono emerse criticità relative all'uso delle dosi vaccinali d'importazione.

Tabella 28. Vaccini anti-influenzali autorizzati in Italia per la stagione 2020/2021

Nome vaccino	Tipologia	
Agrippal S1	trivalente	subunità
Fluad	trivalente	adiuvato
Fluarix Tetra	tetraivalente	split
Flucelvax Tetra	tetraivalente	subunità
Fluenz Tetra	tetraivalente	vivo attenuato
Influpozzi subunità	trivalente	subunità
Influvac S	trivalente	subunità
Influvac S Tetra	tetraivalente	subunità
Vaxigrip Tetra	tetraivalente	split

¹³ EMA/CHMP/BWP/134670/2020 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) BWP Ad hoc Influenza Working Group Amended1 EU recommendations for the seasonal influenza vaccine composition for the season 2020/2021.

¹⁴ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/101823/Determinazione_AIFA_478-2020_GU.pdf

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Dunque, il vaccino anti-influenzale sarà il primo medicinale/vaccino “classico” aggiornato alla piattaforma mRNA (e poi così via..) e sarà pronto a breve, come conferma Moderna [2-V29a] [2-V46] [L]. Con l'avverbio breve si intende sicuramente l'anno prossimo [2-V170], anche se gli studi del nuovo modRNA-1083 siano ancora in **fase I/II** [L].

D'altronde, Moderna sperimentava tale pro-farmaco nei topi ed in qualche poveretto ridotto alla fame già nel 2018. Tali studi erano citati **dall'odierno Nobel dott. Drew Weissman** [L] [2-A31a].

Moderna Therapeutics	Nucleoside-modified viral Ag mRNA (i.m.)	Zika virus	NCT03014089 (I/II)	Recruiting ⁸⁵
		Influenza virus	NCT03076385 (I)	Ongoing ²²

Non poteva mancare la Pfizer-Biontech che, **appena eliminati gli obblighi all'autorizzazione e sicuri quindi dell'appoggio incondizionato degli stati membri**, a novembre 2022 annunciava l'avvio dei trial per la formulazione combinata [L], elogiando l'elevata flessibilità e velocità della nuova piattaforma nel costruire nuovi veleni.

3-R91 – Quidi l'introduzione della piattaforma mRNA si configura più come atto d'amore o come atto programmato da anni [2-V29b] e dunque talmente prioritario da surclassante la stessa sicurezza pubblica?

La sperimentazione sul vaccino antinfluenzale ormai è decennale. Sin dal 2013 era in essere il progetto FLUCOP [L] [L], un partenariato **senza precedenti tra produttori europei di vaccini, istituzioni accademiche, organismi di regolamentazione e agenzie di sanità pubblica (IMI)** per migliorare gli strumenti disponibili nella **valutazione** della capacità dei nuovi vaccini antinfluenzali di stimolare il sistema immunitario negli esseri umani. **Naturalmente, l'Italia sempre in prima fila attraverso la SCLAVO** [L].

Non occorrono ulteriori conferme circa la volontà di sostituire la profilassi anti influenzale con terapie geniche in quanto apertamente dichiarato dal dott. **Francesco Vaia**, direttore dell'Istituto Spallanzani di Roma e nuovo direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute. **Il dott. Vaia sponsorizza** il prossimo futuro nel salotto intellettuale di **Forum**, certo della visibilità tra la maggior parte della popolazione anziana [2-V62].

Non vi sono dubbi sull'imminente formulazione bivalente mRNA (covid + antiinfluenzale) grazie alla modifica del regolamento CE 1234/2008 da parte del regolamento delegato UE 756/2021, che permetterà di gestire le successive modifiche come variazioni di tipo II (allegato II):

1) le variazioni relative alla sostituzione o all'aggiunta di un sierotipo, un ceppo, un antigene o una sequenza codificante o di una combinazione di sierotipi, ceppi, antigeni o sequenze codificanti per un vaccino contro il coronavirus per uso umano.

Dunque, la tecnologia mRNA entrerà già dal prossimo anno nella vita di tutti e la sua somministrazione a **platee sempre crescenti** sarà essenziale e sicuramente ancora imposta da soggetti ritenuti dal sottoscritto dei **traditori [3-V80]**.

quotidianosanità.it 14 maggio 2020

Mozione Forza Italia alla Camera: "Vaccino antinfluenzale sia obbligatorio per gli over 65"

Presentata dalla capogruppo Gelmini e sottoscritta anche da Andrea Mandelli e altri parlamentari: "Il vaccino obbligatorio per una determinata fascia d'età renderebbe più agevole la certezza della diagnosi in relazione al Covid-19 e darebbe sollievo alle nostre strutture sanitarie, oltre naturalmente a proteggere tutti i soggetti più esposti. Ci aspettiamo che il Parlamento voglia accogliere questa nostra proposta di buon senso".

	M. Gelmini capogruppo di Forza Italia alla Camera dal 27 marzo 2018 al 13 febbraio 2021		A. Mandelli Presidente della Federazione Ordini Farmacisti Italiani
---	--	---	--

3-R92 – In attesa della formulazione bivalente ad mRNA, relativamente alla circolare (0012781-21/04/2023-DGPRES-DGPRES-P [L]) "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024", chiedo al Ministero della Salute la valutazione del gruppo NITAG, oltre al parere dell'ISS, riguardanti gli aspetti di sicurezza ed efficacia delle raccomandazioni.

Le raccomandazioni annuali per l'uso dei vaccini antinfluenzali in Italia sono elaborate dal Ministero della Salute, sentito il NITAG, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PA, dopo la revisione di una serie di aspetti, come il carico della malattia influenzale e le popolazioni target per la vaccinazione, sicurezza, immunogenicità ed efficacia dei vaccini antinfluenzali e altri aspetti rilevanti.

In particolare, tra gli aspetti di sicurezza ed efficacia, chiedo il razionale scientifico che porta a consigliare la somministrazione contemporanea di più vaccini, compresa la co-somministrazione di TUTTI i prodotti anti SARS-COV2.

Somministrazione simultanea di più vaccini

Il vaccino antinfluenzale non interferisce con la risposta immune ad altri vaccini inattivati o vivi attenuati. Per la somministrazione del solo vaccino spray nasale a virus vivo attenuato bisogna attendere almeno 4 settimane da un vaccino vivo attenuato, quando le vaccinazioni non sono cosomministrate.¹³

I soggetti possono quindi ricevere il vaccino antinfluenzale contemporaneamente ad altri vaccini (secondo le indicazioni del PNPV vigente), in sedi corporee e con siringhe diverse.

Fatte salve specifiche ^{quali?} indicazioni d'uso, è possibile altresì, la co-somministrazione di tutti i vaccini antinfluenzali con i vaccini anti-SARS-CoV-2/COVID-19^{14 15}

Sottolineo che non sarà accettato da parte di centinaia di esperti remunerati con denaro pubblico, il semplice e sfaticato rimando (evidenziato in blu nell'immagine sopra) a documenti di altre autorità saitarie, essendo in particolare:

- il riferimento (13) [L] è una pubblicazione privata e costosa, redatta da un fisico alle dipendenze delle case farmaceutiche e membro della Wistar's active research faculty [L], ma soprattutto, perché testo decantato dallo psicopatico che oggi ha inoculato il mondo con una terapia genica pericolosa (Bill).
- Il riferimento (14) è relativo alla "Use of COVID-19 Vaccines in the United States", linea guida di un'autorità sanitaria straniera la quale, a sua volta, rimanda alla "General Best Practice Guidelines for Immunization" che, per la co-somministrazione, rimanda ancora ad una becera pubblicazione del 1994 [L]
- Il riferimento (15), è relativo al sito dell'NHS inglese, non contennete alcuna informazione sulla co-somministrazione. Sito web che dovrebbe essere chiuso per falso ideologico, truffa e pericoloso sfruttamento della credulità popolare.

3.7 IL PNPV 2023-2025

Per quanto esposto, il recente PNPV 2023-2025 contiene come innovazione solo la nuova data aggiornata, ma si fonda, esattamente come i predecessori, **sul nulla** [L] [3-A73].

A conferma delle mie affermazioni, riporto innanzitutto lo stralcio contenuto sul sito dell'ISS [L].

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

7/9/2023 - Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023 (G.U. Serie Generale, n. 194 del 21 agosto 2023). Il PNPV e il relativo Calendario nazionale vaccinale hanno lo scopo primario di armonizzare le strategie vaccinali messe in atto nel Paese per garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito, livello socioculturale e status giuridico, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione. Una delle principali novità introdotte con il nuovo Piano, su indicazione del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG), è la predisposizione del Calendario vaccinale come documento distinto e, quindi, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico, ad esempio l'introduzione di nuovi prodotti vaccinali. Leggi l'[approfondimento](#) a cura dei ricercatori ISS.

Non si conosce nulla, ma si avvisa della possibilità di introduzione di **nuovi preparati** in accordo alla sperimentazione dell'industria farmaceutica.

Ancora, nel sito, nella sezione *documenti di contesto*, si citano i riferimenti dei criminali a fondamento dei precedenti piani e delle future intese analizzate, prime tra tutte, l'agenda di sterminio dell'OMS (**IA2030**) firmata già da Speranza, e quella dedicata in particolare a noi (**EIA200**).

Documenti di contesto

- [Piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020](#) (European Vaccine Action Plan 2015 - 2020, EVAP)
- [Agenda dell'OMS sull'immunizzazione 2030](#) (IA2030)
- [Agenda europea dell'OMS sull'immunizzazione 2030](#) (EIA2030)
- [PNP 2020-2025](#)

Tali documenti sono infatti citati a **fondamento** del continuo danneggiamento della salute pubblica, costituenti il transito dalla prima decade di inoculazioni criminali (**GVAP** ed **EVAP**) alla seconda decade più tecnologica e più estesa (**IA2030** e **EIA2030**).

Il presente aggiornamento del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), che va ad integrare il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, discende dai seguenti documenti internazionali, che rappresentano un punto di riferimento nell'ambito delle politiche vaccinali:

- Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 (EVAP)
- Agenda dell'OMS sull'immunizzazione 2030
- Agenda Europea dell'OMS sull'immunizzazione 2030

Come fatto in precedenza, analizziamo le quattro idiozie a fondamento del nuovo PNPV 2023-2025, RIPORTANDO LE STESSE PAROLE CONTENUTE NEL DOCUMENTO.

3.7.1 PIANO D'AZIONE EUROPEO PER LE VACCINAZIONI (2015-2020)

L'EVAP è stato sviluppato attraverso un processo consultivo che ha coinvolto gli **Stati Membri** e il Gruppo Tecnico Consultivo Europeo sulle Vaccinazioni (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization, ETAGE) e mirava a fornire agli Stati Membri una **guida** per la realizzazione del **demenziale (e finto)** obiettivo di una Regione **libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione**, mentre, dalla sua imposizione, impediamo l'accesso a scuola ai nostri bambini ma permettiamo l'ingresso nel nostro paese di centinaia di migliaia di immigrati da ogni angolo del mondo.

L'EVAP si fondava, ed ancora si fonda, su principi che nulla hanno a che fare con la sicurezza della popolazione:

Per il raggiungimento degli obiettivi, EVAP ha previsto che:

- Tutti i paesi riconoscano le vaccinazioni come una priorità;
- Gli individui comprendano il valore dei servizi di immunizzazione e dei vaccini e richiedano attivamente le vaccinazioni;
- I benefici della vaccinazione siano equamente estesi a tutta la popolazione attraverso strategie mirate e innovative;
- Sistemi di immunizzazione forti siano parte integrante di sistemi sanitari efficienti;
- I programmi di immunizzazione abbiano accesso sostenibile a un finanziamento stabile e a vaccini di elevata qualità.

Solo una **imposizione** ed **assuefazione** al buco, **garantito dai finanziamenti**.

Almeno nella fase post-marketing ed in assenza di farmacovigilanza, la sicurezza NON POTEVA ESSERE GARANTITA.

Inoltre, L'EVAP (ossia i devianti criminali) inviavano gli stati membri a:

Il Piano Europeo richiede che i singoli Stati Membri si impegnino per il raggiungimento di obiettivi nazionali allineati a quelli regionali e globali, suggerendo anche alcuni passi, atti a garantirne il successo:

- a) Rivedere, predisporre o aggiornare il piano nazionale delle vaccinazioni in linea con la guida strategica fornita dall'EVAP e le priorità nazionali, con il coinvolgimento di tutti gli attori che contribuiranno successivamente all'attuazione del piano stesso.
- b) Sviluppare o aggiornare le azioni, tenendo conto delle lezioni apprese, e concentrarsi sui problemi ancora irrisolti e gli ostacoli ancora presenti.
- c) Stimare il costo del piano nazionale di vaccinazione e individuare bisogni, anche finanziari, e fonti di risorse affidabili e stabili.
- d) Garantire che risorse adeguate siano allocate per la realizzazione degli obiettivi del piano.
- e) Attivare meccanismi di monitoraggio e valutazione coerenti e rilevanti, per controllare l'attuazione e l'efficacia del piano stesso.

Durante l'EVAP, il nostro paese ha proseguito l'applicazione delle linee guida dell'industria farmaceutica, autorizzando veleni pericolosi, molti dei quali ritirati, omettendo le azioni di sorveglianza per la verifica dell'impatto di tali misure.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Giunti al termine dell'EVAP, lo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) dell'OMS, pubblicava alcune riflessioni sull'esperienza cumulata con il GVAP 2011-2020 al fine di contribuire **all'Agenda di immunizzazione 2030** [\[L\]](#). In sintesi, l'OMS si rammarica di non essere riuscita a realizzare completamente la sua **AMBIZIOSA VISIONE** ma, prendendo spunto dal male fatto e dello stato dell'arte della tecnologia, propone l'avvio di una ulteriore decade di buchi ma rivolta ad una platea più numerosa.

3.7.2 AGENDA DELL'OMS SULL'IMMUNIZZAZIONE 2030

L'IA2030 si focalizza su:

- Riduzione dell'iniquità;
- Strategie di genere;
- Rafforzamento dei sistemi sanitari (i.e. individua il morbillo come vaccinazione di riferimento per valutare l'adeguatezza dei servizi sanitari, importante indicatore per raggiungere l'Obiettivo di sviluppo sostenibile 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età);
- Promozione delle vaccinazioni durante tutto il corso della vita, anche rafforzando le collaborazioni con attori non sanitari; ←
- Innovazione sullo sviluppo di nuovi vaccini ma anche sul miglioramento delle performances dei programmi vaccinali, della sorveglianza e della qualità, anche attraverso un'integrazione dei dati sanitari e non-sanitari;
- Uso ottimale delle risorse per garantire l'auto-sostenibilità.

La nuova agenda riporta addirittura 7 obiettivi, inserendo i **buchi per tutta la vita** ed i **buchi imposti dalle prossime emergenze, creati con la pericolosa tecnologia mRNA, includendo "siringhe personalizzate", anche rosa, per essere conformi a tutti i generi.**

La vaccinologia, infatti, è una scienza che vede coinvolte simultaneamente numerose discipline in ambito biomedico (igiene e sanità pubblica, virologia, immunologia, genetica, epidemiologia, ecc.) e sociale (antropologia, economia, etica, scienze della comunicazione, ecc.) ed è a tutti gli effetti divenuta con il passare degli anni una materia a sé con un approccio prettamente multidisciplinare.

È presente l'utilizzo di dati sanitari (genomici) attraverso il FSE, e non sanitari, come stili di vita, biometria ed altro, da analizzare con l'intelligenza artificiale, nella nuova era della vaccinologia che ci vedrà ancora nella parte dell'inutile branco di scimmie.

3.7.3 AGENDA EUROPEA DELL'OMS SULL'IMMUNIZZAZIONE 2030

Arriviamo dunque alla vera caratterizzazione dell'IA2030 che, come per il GVAP, sarà imposta solo ai soliti paesi sotto il controllo dell'OMS, per raggiungere finalmente la salute per tutti, almeno per **quelli che sopravvivranno**.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

La visione dell'EIA2030 è "un mondo in cui tutti, ovunque, ad ogni età, traggano pieno beneficio dai vaccini per vivere bene e in buona salute" e mira a raggiungere i seguenti obiettivi:

1. ridurre la mortalità e la morbilità dovute a malattie prevenibili con vaccino per tutti i gruppi di età nel corso di tutta la vita;
2. diminuire l'impatto della malattia aumentando l'accesso equo e la somministrazione dei vaccini esistenti e di nuova generazione;
3. assicurare buona salute e benessere per tutti rafforzando l'immunizzazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base e contribuendo al progresso verso la copertura sanitaria universale e lo sviluppo sostenibile.

Per mia colpa, non avevo mai letto un PNPV, fiducioso dall'essere governato da gente che sentisse il peso della responsabilità del bene più prezioso dell'uomo, la salute. **Ho chiesto scusa a mia figlia per aver messo la sua vita in balia di tale degrado dell'animo umano.**

Dunque, sempre circondato da un alone di mistero, riemerge la necessità di una immunizzazione vita natural durante, contribuendo con la nostra vita al progresso.

3.7.4 PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite¹⁵, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali rilevanti per il benessere delle persone e lo sviluppo delle società, affrontando il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi.

Il PNPV 2023-2025 si inserisce nella cornice del PNP 2020-2025, avente anch'esso come obiettivo l'AGENDA 2030, non la salute e l'interesse degli Stati Membri.

Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di governance e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, piani di settore. Il PNP 2020-2025 rappresenta la cornice al cui interno si dispiegano anche le strategie vaccinali da attuare in maniera uniforme nel Paese, per raggiungere gli obiettivi, condivisi ed irrinunciabili, declinati nel presente Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale.

Come descritto precedentemente e come esposto in Procura, le strategie vaccinali costituiscono una importante misura trasversale a tutti gli obiettivi dell'Agenda, inserita anche nel contesto del controllo sociale, sperimentato col **green-pass**.

3.7.5 IL VALORE ETICO E SOCIALE DELLE VACCINAZIONI

Entriamo nell'ambito dell'Etica, sostantivo **rimosso** definitivamente nell'Accordo Collettivo Nazionale firmato solo nel **gennaio 2022**, per l'approvazione della proposta di accordo relativa al triennio 2016-2018.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Non avendo nessun tipo di argomentazioni a riguardo, si rivangano, **in maniera vergognosa**, le tre paginette di "sgomento" del Comitato di Bioetica del 2015, derivanti dalla presunta diminuzione della copertura vaccinale, calo che non poteva essere desunto in alcun modo (par. 2.1).

Dal 2015, il CNB ha trascorso quasi un decennio di preoccupazione, a causa della tendenza di rimandare o rifiutare le continue inoculazioni, Ormai stremato, il CNB rassicura ancora l'infondatezza di correlazione tra vaccinazioni e varie "**patologie**", rimanendo oggi nel vago **e non menzionando più (prudentemente) l'autismo [L]**.

L'incessante preoccupazione del CNB, lo porta a **non escludere ulteriori obblighi ed imposizioni**, educando con la propaganda operatori sanitari e genitori.

Porto all'attenzione del sempre preoccupato Comitato di Bioetica una questione sorta in questi ultimi anni di crimini contro l'umanità [L]. Nel documento VACCINI ANTI-COVID-19 E ADOLESCENTI del 29 luglio 2021 [3-A74], Il Comitato, citando **un solo studio** che raccomandava la vaccinazione **nonostante i casi di miocardite riscontrati [L]**, sosteneva:

Se la volontà del grande minore di vaccinarsi fosse in contrasto con quella dei genitori, il Comitato ritiene che l'adolescente debba essere ascoltato da personale medico con competenze pediatriche e che la sua volontà debba prevalere, in quanto coincide con il migliore interesse della sua salute psico-fisica e della salute pubblica. Per gli adolescenti con patologie e rientranti nelle categorie identificate dal Ministero della Salute (in una lista aggiornata), per le quali la vaccinazione è raccomandata, emerge in forma ancora più pressante l'obbligo dei genitori (rappresentanti legali) di garantire ai propri figli il miglior interesse; è importante ricorrere al comitato di etica clinica o ad uno spazio etico e, come extrema ratio, al giudice tutelare.

3-R93 – Chiedo, e con fermezza, quale ETICA ci sia stata nel fuorviare e ricattare ragazzi che non avevano la minima idea (al contrario dei nostri governanti) della pericolosa tecnologia che introducevano nel loro corpo, perchè paragonata dalle Istituzioni alla semplice aspirina. Ragazzi che per poter continuare la loro vita sociale o per l'ingannevole senso di colpa nella protezione dei loro cari, si ammassavano davanti a tendoni fatiscenti per strada, spintonadosi per iniettarsi la loro dose e poter continuare la loro vita, e quindi, morendo in numero tale da richiedere l'inserimento di esito fatale nell'RCP, a seguito di miocardite/pericardite. Il Dott. Dean Patterson, uno dei principali cardiologi consulenti di Guernsey e membro del Royal College of Physicians, ha scritto all'autorità di regolamentazione professionale medica

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

britannica, il **General Medical Council (GMC)**, chiedendo un'indagine sui danni derivanti dai vaccini COVID-19 (miocardite aumentata di 47 volte nei soggetti vaccinati) [\[L\]](#).

3-R94 – chiedo al CNB, quale etica ci sia stata nell'ingannare i genitori sulla somministrazione di un veleno pericoloso, quando lo stesso CNB affermava della necessaria, corretta, esaustiva e calibrata informazione da dare ai genitori?

benefici/rischi. Si evidenzia, inoltre, l'importanza dell'informazione rivolta ai genitori, che dovrà essere la più completa, aggiornata e calibrata in base all'età del minore.

3-R95 – Chedo al Comitato di Bioetica, quanta etica si sia accumulata negli anni, obbligando i genitori ad inoculare neonati per malattie non trasmissibili (tetano), con medicinali che non fermano la trasmissione (difterite), per malattie oggi curabili e sotto controllo (pertosse)?

3-R96 – Chiedo al Comitato di commisurare l'etica nel continuare a spingere i genitori alla somministrazione di terapie geniche mortali in neonati, per una malattia meno invasiva dell'influenza per tale fascia.

3.7.6 MIGLIORARE LA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE PREVENIBILI DA VACCINO

Si conferma l'attesa di ben 5 anni per l'attivazione del registro PREMAL (GU 7 aprile 2022 - Serie Generale n. 82) e le tante criticità nella sorveglianza, come la completa informatizzazione dei registri.

In particolare, l'allegato 1 della circolare 0034905-02/08/2022-DGPRES-DGPRES-P [\[3-A71\]](#) elenca le **malattie infettive sottoposte a sorveglianza** ai sensi del DM 22 luglio 2022 concernente il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL).

3-R97 – Tra le tante malattie infettive sottoposte a sorveglianza (tranne ancora le infezioni ospedaliere che causano ogni anno migliaia di decessi), perché **NON È ESPRESSAMENTE ELENCATO il SARS COV-2 ?**. In quale registro vengono annotati i casi di infezione trasmessi poi all'ECDC?

Si conferma l'ancora mancato pieno regime dell'anagrafe nazionale vaccini, nonché il mancato obiettivo di piattaforme uniche regionali, atte a collettare le segnalazioni delle varie unità territoriali e previste a regime entro il 2020, come illustrato, ad

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

esempio, nel documento descrittivo della piattaforma SMI della regione Emilia-Romagna del 2012 [3-A79].



3-R98 – Chiedo cortesemente alla Direzione Generale del Ministero della Salute competente, il NUMERO DI UTENTI ABILITABILI all'utilizzo di PREMAL ai sensi del par. 3,2 del disciplinare tecnico per quantificare oggi la capacità gestione.

3.7.7 SCOPO

Tralasciando le altre buffonate (su cui naturalmente si può discutere puntualmente), concludiamo l'analisi del PNPV 2023-2025, con lo **scopo** del documento in riferimento al calendario vaccinale.

NON ACCETTO LE IDIOZIE DEL GRUPPO NITAG FORMULATE NEL 2021 E SEMPLICEMENTE CONFERMATE DALL'ATTUALE NITAG, NONOSTANTE LA MORTE DEI NOSTRI RAGAZZI.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Scopo del documento

Facendo seguito ad una indicazione del Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG) del settembre 2020¹, e confermata dal NITAG attuale, secondo la quale l'aggiornamento del calendario vaccinale nazionale dovrebbe seguire un percorso distinto, determinato - nei tempi e nei contenuti - da esigenze via via emergenti, al fine di adeguarlo alla situazione epidemiologica e all'introduzione di nuovi prodotti vaccinali (ed eventualmente anticorpi monoclonali per la profilassi pre-esposizione di malattie infettive), o di indicazioni fornite dalle competenti autorità, il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) viene pubblicato separatamente e verrà aggiornato o confermato periodicamente in base allo sviluppo delle evidenze scientifiche.

È INACCETTABILE CHE DECINE DI TECNICI E MEDICI RICOPINO PER DECENNI SOLO LE BEOTE PAROLE CRIMINALI DETTATE DA SOGGETTI ESTRANEI AL NOSTRO PAESE, E DOPO, AFFERMINO DI NON AVERE LA MINIMA IDEA DI COME EFFETTURE UNA VALUTAZIONE DI HTA E DELLA NECESSARIA DEFINIZIONE DI PROCESSI DECISIONALI STANDARDIZZATI, MENZIONATI PERO' A SUPPORTO DEI PRECEDENTI CALENDARI VACCINALI, A PARTIRE DAL 2010.

Mancata definizione di un processo decisionale standardizzato per l'inserimento delle nuove vaccinazioni nel calendario e dei relativi finanziamenti dedicati alla produzione di analisi indipendenti di costo-efficacia e di HTA che possano essere utilizzate ai fini della valutazione di nuove indicazioni nel calendario vaccinale da parte del NITAG e del Ministero della Salute.

Solo con il regolamento UE 2282/2021 si è normata valutazione delle tecnologie sanitarie, modificando la direttiva 2011/24/UE, superando le semplici raccomandazioni dei criminali nostri padroni che, comunque, **non sono mai state rispettate.**

Il gruppo NITAG continua a non rispettare le linee guida sempre menzinate, ed oggi, i regolamenti europei, che mi permetto di ricordare essere **immediatamente applicabili** in ogni stato membro, continuando per anni a disquisire di inutili valutazioni economiche.

Oltre alla dichiarata inadempienza del regolamento **UE 2282/2021, dopo 6 anni dall'ultimo atto lesivo della salute dei bambini e dopo 23 anni dall'introduzione della vaccinazione nei LEA, iniziamo la seconda decade di vaccini (IA2030) con gravi criticità, come calendari vaccinali stilati a cottimo in base alle gare d'acquisto più convenienti o fruttuose, senza nessun criterio di vera protezione.**

Disomogeneità tra le procedure e l'offerta vaccinale in ogni regione e P.A.: dopo la pubblicazione del PNPV 2017-2019 si era raggiunta una certa omogeneità di offerta vaccinale tra le Regioni. Tuttavia, con la disponibilità di nuovi vaccini, i calendari vaccinali regionali sono stati aggiornati senza seguire un razionale concordato a livello nazionale e creando diseguaglianze per la popolazione.

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

Mancanza generale di visione d'insieme dell'impatto di trattamenti sanitari pericolosi, nonostante leggi e regolamenti in vigore da un decennio.

Difformità nell'organizzazione e gestione del processo vaccinale, inclusa la registrazione delle vaccinazioni effettuate sul territorio nazionale: in assenza di standard definiti sull'organizzazione e gestione dei servizi vaccinali, sorgono problemi di equità nell'accesso alla vaccinazione e di efficienza sul territorio nazionale. Inoltre, in assenza di sistemi informativi standardizzati, si possono verificare criticità e divergenze nella stima delle coperture vaccinali.

Assenza di revisione obbligata dell'impatto delle imposizioni imposte, in violazione del Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73, scaturita dalla mancanza generale di strumenti valutativi e dall'omissione delle obbligate indagini specifiche post-marketing.

Completamento del percorso di valutazione previsto sull'obbligatorietà delle vaccinazioni, così come previsto dal Decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119.

Allo stato attuale ed in considerazione **dell'assenza di dati clinici e studi interventistici** per la maggior parte dei veleni proposti, **nessuna valutazione HTA può essere condotta.** **Intenduto la vera e primaria valutazione di sicurezza, necessaria per la somministrazione di sostanze attive in bambini sani.**

3-R99 – Chiedo dunque al Minisero della Salute, in particolare al gruppo NITAG, i cui componenti sono elencati nella pagina del sito del Ministero [\[L\]](#), la corretta **VALUTAZIONE CONGIUNTA (art. 7 reg. 2282/2021)** di **Health Technology Assessment** ai sensi del regolamento UE 2282/2021, esplicitante il innanzitutto il **netto positivo rapporto rischio/beneficio** dall'introduzione di nuove sostanze attive e dal mantenimento delle precedenti. In particolare, in relazione alla denominazione dei "vaccini" introdotti nei LEA ed utilizzati nell'adempimento di obblighi e raccomandazioni inserite nel PNPV 2023-2025, considerando separatamente:

- **RISCHI/SICUREZZA:** derivati dall'analisi di evidenze di livello II e III, ovvero di studi clinici, PASS e studi interventistici che andranno a costituire un potente data-base di sicurezza, oltre alle solite **buffonate epidemiologiche**. Nonché i rischi probabili e plausibili per medicinali nella fase di sperimentazione post-marketing, ottenuti dalla relazione del CHMP o CMDh ed in collaborazione con i Comitati citati ed i rischi accertati dall'analisi dei PSUR.
- **BENEFICI:** valutazione dell'impatto delle misure di profilassi negli ultimi 5 anni, derivanti dal confronto tra le segnalazioni dei casi inviate all'ECDC tramite piattaforma Tessy e per ogni malattia infettiva, e la copertura vaccinale della

3. DALLA LORENZIN A SCHILLACI, PASSANDO PER SPERANZA E TRASCURANDO LE TANGENTI A DE LORENZO PER L'INSERIMENTO OBBLIGATORIO DELLA VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

popolazione, effettuando inoltre il confronto con tra le segnalazioni di eventi avversi gravi in relazione alla pericolosità della malattia da prevenire.

Solo dopo la verifica puntuale del netto miglioramento dello stato di salute, proiettato nel tempo, sarà possibile effettuare le vostre analisi economiche.

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

4.1. LA TECNOLOGIA RDNA

La tecnologia rDNA venne introdotta con il Regolamento Regolamento CEE **2309/93**, che stabiliva inoltre le procedure comunitarie per l'autorizzazione e la vigilanza dei medicinali per uso umano e veterinario ed istituiva la prima associazione criminale chiamata Agenzia, avente **il compito principale di fornire alle istituzioni comunitarie e agli Stati membri una consulenza scientifica al MASSIMO LIVELLO per l'esercizio dei poteri loro conferiti dalla legislazione comunitaria** nel settore dei medicinali, in materia di autorizzazione e vigilanza di tali prodotti;

Dunque, sino ad oggi, nonostante lo scudo del parere dell'Agenzia, **LA RESPONSABILITÀ DELLA SALUTE PUBBLICA RIMANE IN CAPO ALLE AUTORITÀ NAZIONALI.**

Il regolamento veniva utilizzato per immettere nel mercato **nuove tecnologie e medicinale biotecnologici in genere.**

considerando che la direttiva 87/22/CEE del Consiglio, del 22 dicembre 1986, per il ravvicinamento delle disposizioni nazionali concernenti l'immissione in commercio dei medicinali di alta tecnologia, in particolare di quelli derivati dalla biotecnologia ⁽⁴⁾, ha istituito un meccanismo comunitario di concertazione preliminare a tutte le decisioni nazionali relative ai medicinali di alta tecnologia, in modo da pervenire a decisioni uniformi in tutta la Comunità; che occorre proseguire per questa strada, in particolare allo scopo di assicurare il buon funzionamento del mercato interno nel settore farmaceutico;

i cui effetti ed impatti sconosciuti dovevano essere attentamente indagati da una **meticolosa** farmacovigilanza (**e siamo negli anni 90!**)

La tecnologia rDNA venne ripresa con il Regolamento CE 726/2004, la quale, insieme ad altre tipologie di medicinali o di nuove sostanze attive, richiedeva una autorizzazione centralizzata.

L'allegato I al regolamento elenca le categorie di medicinali che richiedono l'autorizzazione centralizzata. **Nessun vaccino era menzionato** ed anche dopo il 2008, con la possibilità di autorizzare medicinali per malattie virali, tali **medicinali erano autorizzati esclusivamente a SCOPO TERAPEUTICO, ossia, il regolamento 726 facilitava l'accesso a CURE per persone gravemente malate.**

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

Dopo varie modifiche, quali ad esempio l'introduzione del PRAC e del Comitato Pediatrico a norma del Regolamento 1901/2006, l'introduzione del mandato (auto-assegnato) della Commissione per la modifica del regolamento non appena le case farmaceutiche esordissero con nuovi preparati, quindi l'introduzione dell'approvazione delle terapie avanzate (ATMP) e del relativo comitato (CAT), sino ad arrivare al regolamento Regolamento (UE) 2019/5 per permettere l'approvazione della piattaforma mRNA, in poche parole, **da sempre nell'allegato I al regolamento, contenente l'elenco dei medicinali richiedenti procedura centralizzata, viene riportato:**

MEDICINALI CHE DEVONO ESSERE AUTORIZZATI DALL'UNIONE	
1.	Medicinali derivati dai seguenti procedimenti biotecnologici: <ul style="list-style-type: none">— tecnologie da DNA ricombinante,— espressione controllata di geni portatori di codici per proteine biologicamente attive nei procarioti e negli eucarioti, comprese cellule trasformate di mammiferi,— metodi a base di ibridomi e di anticorpi monoclonali.
1 bis.	Medicinali per terapie avanzate, quali definiti all'articolo 2 del regolamento (CE) n. 1394/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 novembre 2007, sui medicinali per terapie avanzate ⁽¹⁾ .
3.	Medicinali per uso umano contenenti una nuova sostanza attiva non autorizzata ► M8 nell'Unione ◀ alla data di entrata in vigore del presente regolamento, aventi come indicazione terapeutica il trattamento di una delle seguenti malattie: <ul style="list-style-type: none">— sindrome da immunodeficienza acquisita;— cancro;— disordini neurodegenerativi;— diabete; e, con effetto da 20 maggio 2008, <ul style="list-style-type: none">— malattie autoimmuni e altre disfunzioni immunitarie;— malattie virali.

Inoltre, da sempre, il regolamento 726 utilizza la parola “vaccino” solo e soltanto nell'articolo 57, citandolo come:

q) al fine della tutela della salute pubblica, raccogliere le informazioni scientifiche concernenti gli agenti patogeni che potrebbero essere utilizzati nella guerra biologica, compresa l'esistenza di **vaccini** e di altri medicinali per uso umano e di medicinali veterinari attualmente disponibili per prevenire o trattare gli effetti di detti agenti;

Ossia, sino al 2019, si poteva pensare allo sviluppo di un ipotetico vaccino utilizzando la base legale del regolamento CE 726/2004 solo in caso di guerra biologica e MAI per approvare farmaci da iniettare a bambini sani e sperimentare nuove tecnologie. NON AVEVO CONSIDERATO PERO', SINO AD OGGI, DA QUALE PARTE POTESSE ARRIVARE UNA MINACCIA BIOLOGICA.

Ancora oggi la direttiva CE 83/2001 differenzia tra vaccini “vivi” e medicinali immunologici (art 114), così come non fa menzione di tecnologia rDNA nella definizione di medicinale immunologico contenuta nell’articolo 1.

Tuttavia, AIFA, in disaccordo con le normative europee, modificava la nostra definizione di vaccino, inserendo tale tecnologia nella descrizione [\[L\]](#).

Come si classificano i vaccini

In base alla tipologia della componente attiva i vaccini si distinguono in:

- vaccini vivi attenuati, prodotti a partire da microrganismi resi non patogeni (ad esempio, quelli contenenti i virus di morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e il micobatterio della tubercolosi)
- vaccini inattivati, prodotti a partire da microrganismi uccisi tramite esposizione al calore oppure con specifiche sostanze (ad esempio, quelli contenenti i virus di epatite A, poliomielite e influenza definito "split" o "a virus frammentato")
- vaccini ad antigeni purificati, prodotti attraverso raffinate tecniche di purificazione di quelle componenti del batterio o del virus che interagiscono con l'organismo (ad esempio, quelli contenenti gli antigeni dei batteri che causano la pertosse, la meningite e quelli contenenti gli antigeni del virus dell'influenza definito "a sub-unità")
- vaccini ad anatossine/tossoidi, prodotti nella maggior parte dei casi da quelle proteine rilasciate dal microrganismo (tossine) che sono in grado di determinare la malattia (ad esempio, quelli contenenti le esotossine dei batteri tetano e difterite)
- vaccini a DNA ricombinante (biotecnologici), prodotti a partire dalle porzioni del DNA dei microrganismi che codificano per un determinato antigene attraverso un procedimento biotecnologico (ad esempio, quelli per l'epatite B e per il meningococco B)

La confusione nella classificazione regna in ogni documento; nella relazione Relazione annuale dell’Area Autorizzazioni Medicinali - Anno 2022, il termine vaccino è incluso nella sotto-categoria di medicinale biotecnologico, parte della categoria dei medicinali biologici [\[4-A8\]](#).

Come per ogni documento relativo alle inoculazioni, **privo di firma digitale e riferimenti temporali nonostante la normativa delle PA**, non è possibile stabilire la data della modifica delle definizioni.

Leggendo l’entusiasmante studio *Infanrix Hexa, 12 anni di esperienza in Italia* [\[L\]](#) [\[4-A1\]](#) si deduce che **la tecnologia rDNA fosse utilizzata prima dell’emanazione del regolamento CE 726/2004** e che, confrontando le segnalazioni delle reazioni avverse tra Italia e resto del mondo, il farmaco fosse utilizzato solo in Italia ed in qualche villaggio sperduto dell’africa.

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

MedDRA preferred term	Number of events		Rate per 100 000 doses of Infanrix™ hexa distributed	
	Worldwide <u>n = 4102</u>	Italy <u>n = 2167</u>	Worldwide n = 92 302 373 doses	Italy n = 15 395 443 doses
Pyrexia	2113	1337	2.29	8.68
Crying	680	227	0.74	1.47
Hypotonia	367	173	0.40	1.12
Pallor	336	118	0.36	0.77
Vomiting	248	80	0.27	0.52
Urticaria	214	129	0.23	0.84
Erythema	212	110	0.23	0.71
Rash	195	89	0.21	0.58
Cyanosis	185	-	0.20	-
Convulsion	184	-	0.20	-
Irritability	-	93	-	0.60
Decreased appetite	-	76	-	0.49

Forse anche per questo onorevole incarico, **AIFA rifiutava la sospensione cautelativa** [\[L\]](#) che avveniva nel 2012 in 19 paesi, a seguito della comunicazione dall'Istituto di Stato per Controllo dei Farmaci della Slovacchia (SUKL) recante URGENZA di CLASSE 1 [\[4-A2\]](#), adducendo l'assenza dei lotti segnalati. Puntualizzo che nello studio è citato anche il prodotto **Hexavac**, anch'esso costruito con DNA ricombinante e sospeso dopo che l'Italia ha rappresentato il **secondo mercato mondiale** [\[L\]](#).

4-R1 – CHIEDO CORTESEMENTE AL CENTRO VACCINALE DI SESTO CALENDE IL NUMERO DI LOTTO DEL MEDICINALE INFANRIX HEXA INOCULATO A MIA FIGLIA NELLE SEDUTE DEL 15 MARZO 2011 E 29/12/2011.

L'utilizzo di medicinali ricavati da tecnologia rDNA, ai sensi del solo regolamento **2309/93**, è confermata inoltre dalla lettura dell'elenco dei vaccini somministrati in Emilia-Romagna, contenuto nel report di sorveglianza degli eventi avversi nella fascia 0-17 nell'anno 2006 [\[L\]](#) [\[4-A3\]](#).

L'utilizzo della tecnologia a DNA ricombinate è dichiarato dalla ulteriore lettura del "modello operativo svolgimento seduta vaccinale" del 2016 [\[4-A4\]](#) a cura della **Societa' Italiana D'igiene, Medicina Preventiva E Sanita' Pubblica SiTi**, nella cui bibliografia è richiamata già la seconda edizione de **"Raccomandazioni Generali Sulla Pratica Vaccinale"** della regione Veneto del **2002** [\[L\]](#) [\[4-A5\]](#).

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

Ancora, nel documento “**VACCINI: SICUREZZA E STABILITA**” elaborato dalla SIFO (Sezione Regionale Toscana-Gruppo Informazione Scientifica) e presentato al XXIV Congresso Nazionale il 28 settembre - 01 ottobre **2003** a Venezia.

L'utilizzo della tecnologia rDNA avviene in concomitanza dell'utilizzo di adiuvanti per accrescere lo stato infiammatorio, ovvero la risposta immunitaria. Infatti, nel documento della Regione Veneto del 2002, si dichiarava l'uso di adiuvanti (Sali di alluminio, **MF59 tornato oggi in voga**), senza una regolamentazione specifica e fornendo numeri arbitrari.

I vaccini contenenti adiuvanti devono necessariamente essere somministrati per via intramuscolare. L'eccesso di alluminio può essere gravemente tossico nei pazienti con insufficienza renale cronica, a basso filtrato glomerulare. Poichè nei soggetti in dialisi cronica la quantità di vaccino contro l'epatite B deve essere doppia per avere un buon effetto immunizzante, è sorto il problema della quantità di alluminio somministrabile in ognuno di questi pazienti. La quantità di 1,25 mg per dose è stata considerata il massimo somministrabile.

4-R2 – Chiedo al Ministero della Salute, ad AIFA ed all'ISS, nonché alla regione Veneto, gli studi del 2002 a supporto della definizione del limite massimo di adiuvanti.

4.2. GLI ADIUVANTI

I GATTI NON SONO TUTTI UGUALI...

OGNI STILE DI VITA HA BISOGNO DI UNA PROTEZIONE VACCINALE SU MISURA

GATTI DA APPARTAMENTO
È consigliata una protezione essenziale nei confronti dell'Herpesvirus, Calicivrosi e Panleucopenia infettiva.

GATTI CHE VIVONO ALL'APERTO E/O IN COLLETTIVITÀ
Solo una vaccinazione contro l'Herpesvirus, il Calicivrosi, la Panleucopenia, la Chlamidia e la Leucemia Felina consente una protezione completa.

GATTI CHE ESCONO RARAMENTE
Al vaccino contro l'Herpesvirus, Calicivrosi e Panleucopenia infettiva è fortemente raccomandato aggiungere quello contro la Leucemia Felina.

È IMPORTANTE SCEGLIERE:
La vaccinazione con 2 ceppi sinergici della Calicivrosi in modo da offrire la protezione più completa.
Vaccini che non abbiano adiuvanti per ridurre il rischio d'insorgenza di fibrosarcomi.

È fortemente raccomandato aggiungere quello contro la Leucemia Felina.

MEDICO VETERINARIO SCINALE PIÙ ADATTO

Confermata la dedizione nella protezione dei nostri animalletti, per i quali la scienza presta attenzione nell'utilizzo di adiuvanti tossici, passiamo alla verifica delle attenzioni sui nostri bambini.

Tralasciando inutili dettagli tecnici, la tecnica del **DNA ricombinante** permette di ingegnerizzare il plasmide o il genoma di un microrganismo (vettore d'espressione) che risulta in grado di esprimere, in vitro, la proteina d'interesse. Questa tecnica permette di produrre **grandi quantità** di un'unica proteina (subunità) o di diverse proteine di un agente infettivo, che possono essere utilizzate come vaccini a subunità. Data la scarsa risposta immunitaria di tale costrutto, **l'aggiunta di un adiuvante era fondamentale.**

Sin dalla prima linea guida dell'EMA " *Guideline On Adjuvants In Vaccines*" del 2005 [L] [4-A12] (anni dopo il suo utilizzo sui nostri bambini) sono evidenziati gli interessi riguardo gli adiuvanti perché sostanze in grado di potenziare e modulare la risposta immunitaria. Grazie ad essi si poteva impiegare una minore quantità di antigene avendo allo stesso tempo una rapida e forte risposta (anche specifica), nell'ottica dell'utilizzo di vaccini a DNA ricombinate o a peptidici (coniugati) che per natura avevano una scarsa immunogenicità, **non sufficiente per l'approvazione.** Tale riduzione di antigene era necessaria, oltre che per questioni economiche, anche legate alla sicurezza e ad eventi avversi legati al contenuto di antigene [L].

non era e non è una autorità sanitaria pubblica

Interest in vaccine adjuvants has been growing rapidly for several reasons. Vaccine manufacturers and public health authorities, e.g. WHO, have established ambitious goals for enhancing present vaccines and for developing new ones, and new vaccine candidates have emerged over the past years against infectious, allergic and autoimmune diseases and also for cancer and fertility treatment. In many cases, because of their low immunogenicity these vaccines require adjuvants. New technologies in the fields of analytical biochemistry, macromolecular purification, recombinant technology, and a better understanding of immunological mechanisms and disease pathogenesis have helped to improve the technical basis for adjuvant development and application.

Anche se prove passate erano fallite a causa di problemi di sicurezza, la seconda era dei medicinali immunologici era in partenza (oggi la terza), spinta da Produttori e, a detta dell'EMA, **dalla presunta autorità sanitaria** pubblica denominata OMS.

Even if no serious adverse effects are observed in an extensive non-clinical toxicological and safety study, it cannot be guaranteed that the new vaccine/adjuvant formulation presents no risks to vaccinees and unexpected events may occur. Unpredictability of adjuvant effects in humans results from a complex interplay between such factors as route of administration, antigen dose and the nature of the antigen. For this reason, a final safety evaluation of the newly developed vaccine formulation can only be conducted on the basis of clinical trials.

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

La complessità d'azione degli adiuvanti era **sconosciuta e di difficile indagine** se non in ambito clinico, i cui gravi effetti ed il campione di bassa potenza utilizzato, continuavano a porre problemi regolatori [L]. Il necessario sviluppo della ricerca tuttavia, mettendo in secondo piano la sicurezza della popolazione, in particolare della popolazione pediatrica, spingeva sperimentazioni di diverse tipologie di adiuvante atte a caratterizzare i meccanismi di interazione, ancora sconosciuti [L].

Nuove tecnologie nei campi della biochimica analitica, purificazione macromolecolare, tecnologia ricombinante e una migliore comprensione dei meccanismi immunologici e la patogenesi delle malattie hanno contribuito a **migliorare le basi tecniche** per lo sviluppo e l'applicazione di adiuvanti (ancora sconosciute nel 2005). La commissione OMS aveva stabilito obiettivi ambiziosi per migliorare i vaccini in uso e svilupparne di nuovi, contenenti necessariamente degli adiuvanti per aumentare l'esigua immunogenicità che non permetteva l'autorizzazione. Obiettivi ripresi ed integrati nelle linee guida europee del 2005 [L] e proseguiti negli anni, ammettendo gli errori passati [L].

Dopo anni di inoculazioni senza controllo, basate su linee guida obsolete [L] [L] [4-A6], solo nel 2005 si ipotizzava la pericolosità degli adiuvanti e la **necessaria valutazione del beneficio apportato**, in termini di immunogenicità, rapportata al rischio degli eventi avversi [L].

It is critical that the clinical data demonstrate that the amount of adjuvant used in the vaccine is appropriate to enhance the immune response to the antigen(s), to further direct the immune response towards the intended effect, or to improve the safety profile. In a combination vaccine, the adjuvant should improve the response to at least one of the relevant antigen(s) without exerting a clinically significant detrimental effect on immune responses to any other antigen in the vaccine. Any increase in the rates and/or severity of adverse reactions as a consequence of the presence of an adjuvant in a vaccine is of concern. Therefore, the risk associated with the adjuvant must be outweighed by the potential benefit conferred by enhancement of the immune response.

Si **ipotizzava** che tali **futuri studi** si sarebbero effettuati su adulti ed anziani, prima di coinvolgere la popolazione pediatrica, come del resto richiesto sin dalla **"ICH Topic E 11 Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population"** [4-A20], puntualizzando inoltre che la linea guida era rivolta al **PAZIENTE PEDIATRICO** e non al **soggetto sano usato come cavia**, non menzionante mai la parola vaccino [L]!

Accanto alla linea guida sull'utilizzo di adiuvanti del 2005, vigeva la **GUIDELINE ON CONDUCT OF PHARMACOVIGILANCE FOR Ì MEDICINES USED BY THE PAEDIATRIC POPULATION** [L] [4-A23], emanata dal CHMP (oggi sostituita dalle GVP).

AL CONTRARIO, TUTTA LA SPERIMENTAZIONE È STATA EFFETTUATA NEL MONDO REALE E DURANTE LA FASE POST MARKETING, INGANNANDO E COSTRINGENDO ALL'INOCULAZIONE [L].

It is likely that these studies will be performed mainly in healthy adults and in relatively small numbers of individuals. If the vaccine is wholly or predominantly intended for use in infants or young children or is very likely to be administered to the elderly, subsequent to studies in healthy adults some data should be obtained from these age groups if possible.

Tali linee guida [L] venivano aggiornate dalla successiva EMEA/CHMP/VWP/164653/2005 [L], la cui discussione iniziava nel 2005 e veniva adottata solo nel 2007 [4-A11].

Nel 2007 si cercava ancora di delineare il percorso pre-autorizzativo di medicinali, richiedenti attenti studi di efficacia a causa della complessità dei nuovi preparati, soprattutto combinati, e del problema di immunointerferenza associato, in particolare, quando non era conosciuto un correlato immunologico [L]. Si imponeva attenzione nello sviluppo di nuovi prodotti destinati alla **co-somministrazione** quando studi particolareggiati non potevano essere effettuati. La linea guida, costituita banali e naturali consigli iniziali per le successive regolamentazioni a seguito dei successivi pareri scientifici, richiesti dalle autorità sanitarie, aveva come base legale la direttiva CE 83/2001.

DATA L'ASSOLUTA NECESSITÀ DEGLI ADIUVANTI NEI NUOVI PREPARATI, nonostante le necessarie normative atte a regolamentare la valutazione di tali sostanze, **MAI** la direttiva CE 83/2001 ne ha fatto menzione. Nell'ultimo aggiornamento della direttiva, il termine **adiuvante** viene menzionato solo nella sezione 3.2.2.1 dell'Allegato I, relativa alla semplice descrizione del prodotto finito.

3.2.2.1. Descrizione e composizione del medicinale finito

Deve essere presentata una descrizione del medicinale finito e della sua composizione. Le informazioni devono comprendere la descrizione della forma farmaceutica e della composizione con tutti gli elementi costitutivi del medicinale finito, la loro quantità per unità, la funzione dei componenti:

- degli eccipienti, qualunque sia la loro natura o il quantitativo impiegato, compresi i coloranti, i conservanti, gli adiuvanti, gli stabilizzanti, gli ispessenti, gli emulsionanti, i correttori del gusto, gli aromatizzanti, ecc.,

L'informazione **proposta ancora oggi** all'utente riguardo agli adiuvanti è riassunta nelle due righe presenti nel foglio illustrativo, ad esempio in quello relativo al Triaxis Polio per la

prossima vaccinazione obbligatoria di mia figlia, mentre la pericolosità di tali composti viene periodicamente evidenziata e postposta [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[4-A25\]](#).

Il fosfato di alluminio è incluso in questo vaccino come adiuvante. **Gli adiuvanti sono sostanze incluse in alcuni vaccini per accelerare, migliorare e/o prolungare gli effetti protettivi del vaccino.**

Le linee guida concertanti le modalità di sperimentazione di nuovi farmaci, adiuvanti, co-somministrazioni ecc, venivano applicate direttamente su tutta la popolazione pediatrica, oltre che alla sperimentazione sulla popolazione anziana, per l'obiettivo dell'invecchiamento in salute, e per gli anni sino al 2017, quando, a seguito degli ulteriori obblighi imposti dai devianti criminali, si emetteva una revisione in draft [\[L\]](#) della linea guida del 2005 (EMA/CHMP/VWP/164653/05 Rev. 1).

Dopo 10 anni dalla precedente, nel 2017 si formula **un draft** di indicazioni (**Guideline on the clinical evaluation of new vaccines**), riassunti (ed abroganti) le precedenti linee guida:

- EMA/CHMP/VWP/164653/05 - Guideline on the clinical evaluation of new vaccines
- EMA/CHMP/VWP/382702/06 - SPC requirements
- EMA/CHMP/VEG/134716/04 - Guideline on adjuvants in vaccines for human use

La guida, con dettagli pari ai consigli materni sul coprirsi quando fa freddo, propone la valutazione clinica dei vaccini destinati alla prevenzione delle malattie infettive ed include considerazioni per sperimentazioni intese a documentare la sicurezza, l'immunogenicità e l'efficacia dei nuovi vaccini candidati e a supportare i cambiamenti nelle informazioni sulla prescrizione dei vaccini autorizzati, in quanto **"*emergeva*" la necessità di fornire indicazioni aggiornate o aggiuntive su alcune questioni**. In particolare, sulle considerazioni per la conduzione di studi sull'efficacia dei vaccini, sull'identificazione dei correlati immunitari della protezione, sui vaccini destinati ad essere utilizzati in regimi **eterologhi** prime-boost e sui vaccini da somministrare alle donne in gravidanza per proteggere i loro bambini durante i primi mesi di vita, popolazioni ancora esposte a rischi sconosciuti ed in continua indagine.

Dopo 10 anni di inoculazioni, si scriveva della necessità di indagine:

- Della proporzione antigene-adiuvante, in termini di efficacia e sicurezza
- Di dosi booster, attraverso il followup nel lungo periodo dei titoli anticorpali il cui decadimento, comunque, non era sinonimo di mancata protezione.
- Degli effetti tra somministrazioni combinate e singole

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

- Della somministrazione eterologa
- Della co-somministrazione, causante squilibri nelle risposte immunitarie e delle indagini sulla co-somministrazione con almeno un vaccino contenuto nei calendari.
- Del confronto dei lotti commerciali con quelli clinici, anche a seguito di modifiche nel processo produttivo (avvenuto in molti casi)
- Dell'efficacia per comparazione con prodotti precedenti o simili nel caso di mancanza di correlato immunologico, anche se, per mia ignoranza, non comprendo cosa qualifichi il medicinale già approvato o simile **come riferimento**.
- Di end point primari di efficacia, presupponenti una documentata incidenza della malattia (**mentre non si aveva nessuna idea ne dei casi accertati ne dell'esposizione vaccinale**)
- Di **Effectiveness**, ovvero di efficacia della profilassi (**mentre non si avevano dati di esposizione e si riscontravano continui focolai nonostante le imposizioni**)
- Di followup di sicurezza, in caso di nuovo adiuvante (perché pericoloso) o per i dati registrati per qualunque componente.
- Di AGE-SCALING, nel caso di vaccini pediatrici, partendo dalla fasce più alte, prima di arrivare ai neonati. **Mentre si sperimentavano direttamente nei neonati nuovi prodotti durante la fase post-marketing**
- **Di approcci cauti nella popolazione pediatrica**, quando gli adiuvanti differiscono da una formulazione precedente (perché pericolosi), nella scelta delle dosi (dal 2012 somministravamo tutti i vaccini disponibili e booster), iniziando da piccole coorti (noi obbligavamo tutti)

Nel draft del 2017 si afferma come nella precedente decade, molti vaccini siano stati approvati grazie al propizio articolo 58 del regolamento CE 726/2004, mentendo sulla natura del medicinale.

Benchè la prima ridicola guida dell'associazione criminale chiamata OMS [\[L\]](#) fosse pubblicata nel **2005**, già nel **2002** la Regione Veneto garantiva sicurezza e definiva valori tollerabili per gli adiuvanti in base a studi sconosciuti.

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

Gli adiuvanti più comuni e gli unici autorizzati nella pratica clinica americana sono i sali di alluminio (fosfato e idrossido). Altri adiuvanti utilizzati sono emulsioni acqua-olio, emulsioni olio-acqua (MF59), i liposomi, ecc.

I vaccini contenenti adiuvanti devono necessariamente essere somministrati per via intramuscolare. L'eccesso di alluminio può essere gravemente tossico nei pazienti con insufficienza renale cronica, a basso filtrato glomerulare. Poichè nei soggetti in dialisi cronica la quantità di vaccino contro l'epatite B deve essere doppia per avere un buon effetto immunizzante, è sorto il problema della quantità di alluminio somministrabile in ognuno di questi pazienti. La quantità di 1,25 mg per dose è stata considerata il massimo somministrabile.

4-R3 – Chiedo nuovamente alla Regione Veneto (coordinatrice regionale) e naturalmente al Ministero della Salute, AIFA ed ISS, un elenco dei principali studi che, **nel 2002**, confermassero la sicurezza di tali sostanze iniettate nei nostri bambini in preparati immunologici, classificati all'epoca come **nuova tecnologia**, considerando i successivi studi, tutti confermantici la necessità di ulteriori indagini circa la tossicità di tali materiali, sino al draft del 2018 e della successiva adozione nel 2022.

Nella discussione scientifica del **2004**, a seguito del ritiro dell'esavalente Hexavac [\[L\]](#) [\[4-A10\]](#), si dichiarava l'utilizzo dell'idrossido di alluminio in **quantità ritenute ancora accettabili**.

All tests on other ingredients used as starting materials, such as aluminium hydroxide, sodium chloride, sodium carbonate, etc. are performed according to the European Pharmacopoeia.

(- 2.5 M sodium hydroxide or 10% acetic acid up to pH 6.80 to 7.20)

An aluminium content specification range 0.20-0.40 mg/dose was considered to be acceptable.

The selected formulation resulted in a partial adsorption for diphtheria toxoid and for tetanus toxoid in contrast to a complete adsorption of each of these antigens in other vaccines.

Nonostante le perenni dichiarazioni di sicurezza di tali sostanze, la letteratura del 2010 confermava ancora la mancanza di conoscenza dei meccanismi di interazioni [\[L\]](#) e la tossicità della prima generazione di adiuvanti, tra cui l'AS04 [\[L\]](#), legata alla comparsa di patologie autoimmuni [\[L\]](#) [\[L\]](#). **Da buoni sperimentatori, patologie ammesse dopo anni di inoculazioni e quando il danno era ormai evidente** [\[L\]](#).

E' un dato ormai ammesso quello **della sperimentazione umana di tali sostanze**, chiamata **studio empirico** [\[L\]](#).

4-R4 – Chiedo nuovamente al Ministero della Salute, AIFA e ISS, l'elenco degli studi clinici sino al **2004**, a supporto della sicurezza dell'accettazione di determinate quantità di adiuvanti, epoca in cui erano già noti gli effetti di tale metallo sul sistema neurologico [L]. Alti livelli di alluminio erano sempre associati a malattie degenerative come l'Alzheimer's [L] **così come il danno epatico da alluminio parentale era noto ancor prima [L].**

Solo nel 2018, dopo anni di danni alla salute dei bambini, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Biologi, nelle vesti della dott.ssa Bolgan, si interrogava circa la sicurezza di tali sostanze [L] a seguito della pubblicazione di alcuni studi [L] [L]. La Federazione dichiarava l'inesistenza di studi clinici e l'alta esposizione a tali sostanze attraverso un **Riesame dei livelli minimi di sicurezza [4-A9]**, invitando le autorità sanitarie ad una rivalutazione dell'esposizione.

In una follia recente, si è somministrato in topi un "vaccino" per prevenire l'ingresso del fentanyl nel cervello. L'ANOVA mostra una significativa interazione tra sesso e status di vaccinazione, mostrando che il vaccino, nel bloccare il fentanyl, ha un'efficacia minore nelle femmine. Per cui, per rendere il vaccino più efficace anche per le femmine, si è pensato di aggiungervi un agonista dei recettori tool-like, INI-4001 ([L], [L]) come adiuvante. Questo adiuvante viene somministrato insieme **all'idrossido di alluminio, che è tossico**, senza alcuno studio di tossicità ma **supponendo** la sicurezza [L] perché inserito in alcuni tipi di **vaccini anti-covid** (BBV152).

L'idrossido di alluminio è in realtà tossico, come mostrano alcuni studi che ne indagano la tossicità ([L] [L] [L] [L] [L] [L] [L]) quando veniva amministrato durante la dialisi, dando origini ad encefalopatie nella fase acuta, e demenza nella fase cronica.

Le patologie autoimmuni sono causate da una risposta aberrante del sistema immunitario che colpisce le stesse cellule del corpo [L], gli adiuvanti vengono messi nei vaccini perché sono sostanze iperinflammatorie che fanno reagire il sistema immunitario al vaccino, che altrimenti da solo non farebbe produrre alcun anticorpo, o quanto meno, al di sotto delle soglie per l'autorizzazione. Ne va da sé che sovrastimolando il sistema immunitario, gli adiuvanti vanno ad amplificare le reazioni autoimmuni. Gli adiuvanti possono essere oli, nanolipidi, batteri e virosomi estratti dal virus dell'influenza. Oltre a peggiorare gli effetti avversi dei vaccini, gli adiuvanti hanno anche degli effetti avversi di per sé. Innanzitutto quelli a base di alluminio sono tossici e passano la barriera ematoencefalica ([L] [L] [L] [L] [L] [L]).

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

A differenza dell'alluminio ingerito o a contatto con la pelle tramite i cosmetici (che comunque fa male) che viene eliminato subito dall'organismo, quello contenuto nei vaccini può rimanere anche fino a 11 anni nell'organismo [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Dal 1990, grazie ai progressi tecnologici, si è osservato che le piccole quantità di alluminio che rimangono nel corpo umano interferiscono con una serie di processi cellulari e metabolici nel sistema nervoso e nei tessuti di altre parti del corpo [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). I maggiori effetti negativi dell'alluminio sono stati osservati nel sistema nervoso e vanno dalla compromissione delle abilità motorie all'encefalopatia (alterazione dello stato mentale, cambiamenti di personalità, difficoltà di pensiero, perdita di memoria, convulsioni, coma e altro [\[L\]](#) [\[L\]](#) perchè causanti **morte cellulare e nervosa** [\[L\]](#) [\[L\]](#).

È proprio questa tossicità che stimola il nostro sistema immunitario. Gli adiuvanti di alluminio causano anche **disregolazione immunitaria**, motivo per cui vengono utilizzati nei laboratori per indurre l'autoimmunità nei topi.

Oggi, dopo **23 anni** (periodo di indagine), viene approvato il draft del 2018 “**Guideline on clinical evaluation of vaccines**” [\[L\]](#) [\[4-A15\]](#) in cui si ripetono le decennali idiozie, rimarcando la necessità di confronto tra prodotti **adiuvati** e **non adjuvati** ma sottesi al gran risparmio di antigeni delle case farmaceutiche, risparmio camuffato dalla velocità di preparazione di veleni adjuvati per intervenire in caso di pandemie.

The justification for inclusion of an adjuvant in a candidate vaccine may be based on a combination of nonclinical and clinical data. In most cases, enhancement of the immune response to one or more of the antigenic components should be demonstrated in a clinical trial that directly compares adjuvanted and non-adjuvanted formulations. Alternatively, or in addition, inclusion of an adjuvant may serve to reduce the amount of the antigenic component(s) required to achieve a target immune response. This strategy may be important when there are vaccine supply limitations related to manufacture of the antigenic component(s) and there is anticipation of a need to provide large numbers of doses within a limited time frame (e.g. to address pandemic influenza).

Dopo decennali rassicurazioni ma richiedenti ulteriori indagini [\[L\]](#), nel 2019, gli avvocati dell'ICAN [\[L\]](#) hanno presentato una richiesta FOIA chiedendo al CDC di produrre prove della sicurezza dell'alluminio nei vaccini per neonati e bambini [\[L\]](#) [\[4-A16\]](#). Nel marzo 2019, il CDC ha respinto la richiesta, lamentando che la richiesta FOIA fosse troppo ampia [\[L\]](#) [\[4-A17\]](#). A seguito dell'opposizione dell'ICAN, il CDC ha ammesso di non avere documenti che dimostrino la sicurezza dell'alluminio nei vaccini infantili [\[L\]](#) [\[4-A18\]](#)! Stessa mancanza era dichiarata dall'NHI [\[L\]](#) [\[4-A21\]](#).

4. LA SECONDA ERA DEI VACCINI: ADIUVANTI E TECNOLOGIA rDNA

La ricerca personale di conferme ha avuto come risultato la conferma della totale omissione di informazioni, nonché la scrittura di documenti fuorviati e **approdanti, come tutta la vostra scienza, nel falso ideologico**. Nelle slides del CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN FARMACOVIGILANZA 2015-2016 [\[4-A26\]](#) [\[L\]](#) pubblicato sul sito della SEFAP, nell'analisi del vaccino HPV si evidenzia la maggior reattogenicità dei prodotti adiuvati, attribuendola addirittura **al solo adiuvante** contenuto nel placebo, costituito in un caso dal vaccino HAV [\[4-A27\]](#) [\[L\]](#) e nell'altro da iniezioni di idrossido di alluminio [\[L\]](#).

4-R4a – Essendo citato e dunque analizzato, chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute, i risultati dello studio **clinical trial: NCT00196924 (rif. 32 dello screenshot successivo), non essendo ancora pubblicati i risultati.**

alle dosi seguenti [29-31]. Negli studi vaccino vs placebo, i sintomi al sito di iniezione sono quelli più comunemente riportati e l'incidenza di segnalazioni nel gruppo vaccino è significativamente più alta che nel gruppo controllo [32-34]. Nello studio di Block et al. [35] la percentuale di report individuali di reazioni avverse al sito di iniezione era più elevata per il vaccino gHPV (82,9%) e per il placebo contenente alluminio (77,4%) che per il placebo non contenente alluminio (49%) [36]. Nella loro review sistematica e metanalisi, Lu et al. hanno documentato in dettaglio i risultati

LA VOSTRA SCIENZA VALUTA LA SICUREZZA DI UN FARMACO IN RELAZIONE AD UN PRODOTTO TOSSICO, COSÌ COME HA VALUTATO LA MORALE IN RELAZIONE AL NUMERO DI BUCHI EFFETTUATI.

4-R5 - Al netto di un paio di studi così datati da non possedere le tecniche necessarie di indagine, dunque poi criticati scientificamente [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[4-A24\]](#), a seguito di copiosa letteratura confermatrice i possibili danni indotti da tale sostanza (**sono elencate 107 pubblicazioni** [\[4-A22\]](#)), di ulteriori e recenti studi [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[5-V1\]](#) confermantici ancora la pericolosità di tali sostanze e vista la mancanza di studi clinici a supporto della sicurezza garantita, sicurezza ancora oggi indagata [\[L\]](#) [\[L\]](#), nonché della necessità di studi comparativi decantati dalle linee guida adottate da anni, rivolgo la stessa domanda al **Ministero della Salute, ad AIFA e all'ISS: Chiedo le copie di eventuali studi sull'uomo** o sugli animali che coinvolgono la via sottocutanea o intramuscolare iniezione di **adiuvante di alluminio** su cui si basa l'EMA per stabilire la sicurezza **nell'iniettare neonati e bambini** con idrossido di alluminio, fosfato di alluminio o solfato idrossifosfato di alluminio amorfo la cui esposizione, diversa dalla semplice ingestione [\[L\]](#) [\[L\]](#), supera di gran lunga i valori massimi dichiarati dall'EMA [\[L\]](#).

Puntualizzo che non saranno accettate buffonate di questo tipo [\[L\]](#).

4-R6 - Riguardo al contenuto di alluminio presente nei vaccini pediatrici, chiedo il controllo di stato evidenziante la quantità dichiarata dal produttore. Analisi da effettuare, ad esempio, attraverso la determinazione dell'alluminio come complesso 8-idrossichinolina mediante **cromatografia ionica con rilevazione UV/VIS** [\[L\]](#).

Di seguito il confronto tra gli RCP del vaccino PolioBoostrix e Triaxis-Polio, entrambi aventi contenuto di antigene ridotto e indicati nella vaccinazione di richiamo (booster) contro difterite, tetano, pertosse e poliomielite in soggetti a partire dai 3 anni di età.

4-R6a - Da capra ignorante, senza saper leggere ma solo a seguito del confronto tra le lettere contenute nell'RCP del vaccino Polioboostrix e Triaxis-Polio, è possibile associare la diversa casistica di eventi avversi ed imputare la patologia del **disturbo dell'attenzione, riscontrata negli studi clinici e con frequenza NON COMUNE, al maggior contenuto di adiuvante** contenuto nel PolioBoostrix?

PolioBoostrix	
¹ adsorbito su idrossido di alluminio, idrato (Al(OH) ₃)	0,3 milligrammi Al ³⁺
e fosfato di alluminio (AlPO ₄)	0,2 milligrammi Al ³⁺
² propagato in cellule VERO	
TriaxisPolio	
Adsorbiti su alluminio fosfato.....	1,5 mg (0,33 mg Al ³⁺)

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

A seguito del primo invito recapitato per posta ordinaria dall'asst sette-laghi [\[5-A1\]](#) a **luglio 2022**, il sottoscritto si è recato al centro indicato per chiedere informazioni sulla denominazione dei farmaci che dovevano essere inoculati alla propria figlia, non presenti nella comunicazione e nell'impossibilità di consultare il link informativo istituzionale, ancora oggi inattivo [\[L\]](#).

5-R1 – Chiedo al Centro vaccinale ed alla Regione Lombardia le giustificazioni dell'invio di un **invito anticipato di 5 mesi** rispetto al compimento del **12° anno** di età, come previsto dal calendario ministeriale, attuabile dal 12° al 18° anno [\[L\]](#).

Calendario Nazionale Vaccinale per età

	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	14 mesi	5 anni	11 anni	13 anni	18-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTPa-IPV-HBV-Hib)																
Rotavirus (RV)																
Pneumococco coniugato (PCV)																
Meningococco B (MenB)																
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MPRV o MPR+V)																
Meningococco ACWY (MenACWY)																
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTPa-IPV/dTpa-IPV)																
Papillomavirus (HPV)																
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTpa)																
Influenza (FLU)*																
Herpes Zoster (HZV)																
Pneumococco polisaccaridico 23-valente (PPSV23)																

Le colonne fino a 13 anni si riferiscono a singoli accessi, considerando quindi le relative co-somministrazioni.

Vaccinazione raccomandata per età

Nota Bene: i mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.

5-R2 - Chiedo al Centro vaccinale ed alla Regione Lombardia le giustificazioni dell'invio di un **invito anticipato di due anni** rispetto al calendario della stessa azienda sanitaria [\[L\]](#)?

5-R3 – L'azienda è in arretrato nell'erogazione dei LEA ed in difficoltà con i rimborsi o sono in scadenza le dosi [\[5-A2\]](#) e per questo si propone la co-somministrazione scongiurate (il gardasil era previsto l'anno prima) e non in calendario, risparmiando 5 minuti di lavoro del personale sanitario?

Nella DELIBERAZIONE N° X / 7629 Seduta del 28/12/2017 avente per oggetto *DETERMINAZIONE IN ORDINE ALLE VACCINAZIONI DELL'ETÀ INFANTILE E DELL'ADULTO IN REGIONE LOMBARDIA: AGGIORNAMENTI ALLA LUCE DEL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2017-2019* [\[L\]](#), la regione Lombardia specifica (pag 44):

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Le tempistiche di chiamata attiva per l'offerta universale sono descritte nello schema seguente. Le ASST, ove le risorse lo permettono e gli obiettivi minimi siano raggiunti, possono anticipare la chiamata alle corti previste per l'anno successivo.

5-R4 – Chiedo al **Ministero della Salute** la **VALUTAZIONE HTA** del calendario proposto nel PNPV 2017-2019, redatto dalla **cabina di regia** istituita Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2015.

5-R4a – Chiedo al **Ministero della Salute** la successiva **VALUTAZIONE HTA** redatta dal gruppo **NITAG** **istituito nel 2018 [L]** e **dell'aggiornamento del 2021 [L]**, **descrivente il razionale scientifico della schedula vaccinale proposta, in relazione alle indicazioni generiche contenute nell'RCP del medicinale.**

Negli adolescenti e negli adulti con uno stato di vaccinazione non noto o incompleto contro la difterite o il tetano, una dose di TRIAXIS POLIO può essere somministrata come parte della serie di vaccinazioni contro la pertosse e la poliomielite e, nella maggior parte dei casi, anche contro il tetano e la difterite. Una dose aggiuntiva di un vaccino contenente difterite e tetano (dT) può essere somministrata un mese dopo, seguita da una terza dose di un vaccino contro la difterite o dT 6 mesi dopo la prima dose per ottimizzare la protezione contro la malattia (vedere paragrafo 5.1). Il numero e la schedula delle dosi devono essere determinati in base alle raccomandazioni locali.

TRIAxis POLIO può essere utilizzato come dose di richiamo per la vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse con un intervallo da 5 a 10 anni (vedere paragrafo 5.1).

5-R4b - Nell'ambito della richiesta della **VALUTAZIONE HTA** del calendario proposto nel PNPV 2017-2019, redatto dalla **cabina di regia** istituita Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2015, nonché della successiva valutazione HTA da parte del gruppo **NITAG** **istituito nel 2018 [L]** e **dell'aggiornamento del 2021 [L]**, **chiedo ed alla Regione Lombardia, la normativa ed il razionale scientifico, a supporto della sicurezza, nella discrezionalità della singola Regione sulla modifica della schedula vaccinale così impattante.**

5-R4c - Nell'ambito della richiesta della **VALUTAZIONE HTA** del calendario proposto nel PNPV 2017-2019, redatto dalla **cabina di regia** istituita Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2015, nonché della successiva valutazione HTA da parte del gruppo **NITAG** **istituito nel 2018 [L]** e **dell'aggiornamento del 2021 [L]**, **chiedo alla Regione Veneto la normativa ed il razionale scientifico, a supporto della sicurezza, nella discrezionalità della singola Regione sulla modifica della schedula vaccinale così impattante, come espresso nella comunicazione 10183/A1409C del 16 marzo 2022 [L] [5-A48].**

Come comunicato dal centro vaccinale a Sesto Calende, la prossima vaccinazione dovrebbe essere eseguita con i medicinali **TRIAxis POLIO** (obbligatorio) e **GARDASIL 9** (raccomandato). Nonostante la manifesta preoccupazione, legata al comportamento

scellerato riguardo la vaccinazione anti covid per i ragazzi e che mi portavano a voler approfondire l'atto medico obbligato (**accettato con sciagurata fiducia precedentemente**), **contrariamente ad ogni norma sul consenso informato**, al centro vaccinale consigliavano di consultare le schede tecniche dei medicinali cercando sul web.

Il PNPV 2017-2019, ancora applicabile nel 2022, riporta a pagina 44 la tabella "Descrizione delle attività, modalità operative e responsabilità" e descrive sommariamente il processo.

<p>Chiamata attiva</p>	<p><u>Il personale sanitario incaricato provvede all'invito scritto alla vaccinazione (chiamata attiva), che deve raggiungere l'interessato nei tempi previsti dal calendario vaccinale (entro 90 giorni d'età per i nuovi nati), corredandolo eventualmente dal materiale informativo predisposto e approvato dalla Regione.</u> <u>Ogni accesso o richiesta spontanea dell'utenza al Servizio vaccinale deve rappresentare un'occasione per verificare lo stato vaccinale del richiedente, completare i cicli vaccinali o proporre eventuali richiami e offrire tutte le vaccinazioni raccomandate dal Ministero della Salute e dalla Regione e non ancora effettuate.</u></p>	<p>Assistente Sanitario (in assenza, Infermiere/Infermiere pediatrico specificatamente incaricato)</p>
-------------------------------	---	---

La Regione **non ha bisogno** di validare nessuna brochure illustrativa, materiale fotografico o siti isituzionali gravemente omissivi [\[L\]](#), rappresntati bambini e mamme felici, sullo sfondo di tramonti speranzosi, infondendo, con tanta superficialità, falsa sicurezza [\[L\]](#).

La Regione dovrebbe solo garantire l'invio, assieme al cortese invito, dei Fogli Illustrativi (FI) e dei Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP), contenenti importanti informazioni sui medicinali inoculati, mentre propone locandine per soggiorni vacanza.

Foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore
TRIAxis POLIO
sospensione iniettabile in siringa pre-riempita

Vaccino antidifterico, antitetanico, antipertossico (componenti acellulari) e antipoliomielitico (inattivato)
 (adsorbito, contenuto antigenico ridotto)

Legga attentamente questo foglio prima che lei o il suo bambino siate vaccinati perché contiene importanti informazioni per Voi.

- **Conservi questo foglio.** Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
- Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere.
- Questo vaccino è stato prescritto soltanto per lei o per il suo bambino. Non lo dia ad altri.
- Se lei o il suo bambino manifestate qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere. Vedere paragrafo 4.

5-R5 - Tralasciando l'inutile circolare del Ministero della Salute [\[L\]](#) che viola ogni principio etico e legale in ambito di consenso informato, **chiedo alla Regione Lombardia ed ancora**

al **Ministero della Salute**, l'**indicazione dell'istituto giuridico** in base al quale vengono redatti opuscoli, brochure, pagine web (cap 6) ed informativa in genere, tanto riduttiva da **superare il limite del falso** [L] [5-A2a], sfruttando la credulità popolare e la fiducia nella parte non credulona, per la somministrazione di farmaci non sicuri, o quanto meno di profilo di sicurezza incompleto. Ancora più **demenziale** è l'opuscolo informativo della regione Veneto [L] [5-A3].

Stesse pratiche venivano suggerite dalla **Società Italiana d'Igene** in una **proposta** di MODELLO OPERATIVO SVOLGIMENTO DELLA SEDUTA VACCINALE del 20 settembre 2016 [L] [5-A4], di cui **non sono riuscito a reperire il documento approvato**. Addirittura, la **Siti** proponeva l'acquisizione del consenso informato da parte di qualsunque operatore sanitario, quando tale atto risulta essere di **esclusiva titolarità del medico**, continuando con l'illegale acquisizione dell'anamnesi da parte di un infermiere e basata su poche demenziali domande.

Per un **Istituto di Igene e profilassi** sarebbe "**POCO IGENICO**" consentire la lettura dell'**RCP** da parte dei genitori, con le avvertenze e le possibili reazioni avverse. Per non parlare della possibile ulteriore ricerca di qualche genitore, giustamente curioso, sul significato di alcuni termini [L] [L].

Anche non sapendo della contaminazione dei vaccini da DNA di scimmia, come l'infanrix hexa (dott.ssa Bolgan 2017 [5-V4]), cosa accadrebbe se milioni di persone, gente comune, leggesse il significato del termine **VERO (numero ATCC®, CCL-81), cellule derivanti dai reni di scimmia verde africana** (Chlorocebus) [L], manipolati geneticamente con complessi processi (93 step di purificazione), conservati utilizzando siero fetale animale [L], responsabili della possibile propagazione all'uomo del virus animale SV40 negli anni 60 (anche all'epoca si parlava di salto dispecie, alla stregua dell'odierno pipistrello), propagazione probabile se si considerano le innumerevoli variabili del processo di purificazione, rapportato a quegli anni. DNA di scimmia fu riscontrato

In relazione all'ultimo veleno miracoloso, l'esperto di biologia molecolare Kevin McKernan discute dei rischi di interazione tra i "GC boxes" del virus SV40 presenti nei plasmidi (usati per fabbricare il mRNA delle famose nanoparticelle iniettabili e ivi presenti come contaminanti) con la p53 (che ha la funzione di sopprimere la trasformazione neoplastica). Speriamo si sbaglia [L]. Oggi siamo costretti ad indagare ciò che inoculano a forza, scoprendo che nulla è cambiato [L] [L].

Cosa accadrebbe se la persona comune leggesse il significato del termine **WI-38 (Winstar Institute 38, numero ATCC®, CCL-75)** [\[L\]](#) [\[L\]](#), ossia **cellule diploidi umane** (contenuto nel M-M-R VAXPRO e co-somministrato a mia figlia nel 2011, assieme all' INFANRIX HEXA).

La folla che va annualmente in pellegrinaggi cristiani sarebbe felice di sapere che inietta ai loro figli **Cellule fibroblastiche polmonari di un feto femmina svedese abortito dopo 3 mesi di gestazione?** La linea cellulare, isolata la prima volta da Leonard Hayflick e Paul Moorhead nel 1964 è stata ampiamente utilizzata nella ricerca scientifica, con applicazioni che vanno dalla creazione di importanti teorie nella biologia molecolare alla produzione di molti tipi di vaccini anti-morbillo+parotite+rosolia, anti-varicella e anti-herpes zooster.

Tralasciando le varie inchieste, soprattutto inegli Stati Uniti [\[L\]](#), riguardo l'utilizzo di nuove e "fresche" linee cellulari provenienti da feti abortiti [\[L\]](#), la stessa casa produttrice afferma di riuscire ad utilizzare sempre la stessa linea degli anni 60 **grazie all'aumento di crescita ottenuto con all'aggiunta di un fattore di necrosi tumorale (TNF alfa)**. Tuttavia, solo una mente ingenua potrebbe credere al solo utilizzo di linee cellulari vecchie di 60 anni. **Queste le dichiarazioni del Dr. Plotkin [\[5-V1\]](#) durante la deposizione: bambini disabili, orfani, figli di madri detenute e feti abortiti, tutti usati come cavie.**

Ancora più inquietante è il brevetto della linea cellulare **MRC-5 (Medical Research Council 5, numero ATCC®, CCL-171)** [\[L\]](#) sempre prodotto dalla ATCC, contenuto ad esempio nel Priorix (morbillo, parotite, rosolia, varicella). Si tratta di **cellule polmonari** prelevate da un feto maschio abortito di 14 settimane da una mamma di razza caucasica. Questa linea è stata preparata e sviluppata da J. Jacobs nel 1966 partendo dalle cellule espianate di feto di una donna di 27 anni inglese ricoverata in manicomio.

Riguardo la linea cellulare MRC-5, utilizzando sequenziatori di nuova generazione, recentemente è stato eseguito il Sequenziamento del genoma completo di MRC-5 contenuto in **Priorix Tetra lot. n. A71CB256A, genoma di origine fetale; il lavoro è stato svolto presso un'azienda localizzata negli USA che routinariamente si occupa di analisi di genomi umani mediante ri-sequenziamento [\[L\]](#). Il DNA genomico umano contenuto nel vaccino Priorix lot. n. A71CB256A è evidentemente anomalo, presentando importanti incongruenze rispetto a un genoma umano tipico, cioè a quello di un individuo sano. Numerose sono le varianti sconosciute (non annotate in database pubblici) e diverse di esse sono localizzate in geni coinvolti nel cancro. Risultati esposti alla Camera dalla dott.ssa Bolgan nel 2017 [\[5-V4\]](#).**

Quello che è evidentemente anomalo, è l'eccesso di genoma che mostra cambiamenti del numero di copie (CNV) e varianti strutturali (SV), quali traslocazioni, inserzioni, delezioni, duplicazioni e inversioni, molte delle quali coinvolgenti geni. Il potenziale contributo delle moltissime varianti (non presenti nella letteratura scientifica e nei database pubblici) al fenotipo delle cellule utilizzate per la crescita dei virus vaccinali, NON È CONOSCIUTO [5-A5].

La linea cellulare **HIGH FIVE CELLS™ (Numero catalogo B85502)**, cellule di origine animale estrapolate dall'ovaio di un insetto: la falena *Trichoplusia*, sono la scelta migliore per via dell'alto numero di espressione proteica, e in questo substrato vengono coltivati i virus vaccinali come quelli dell'HPV, il Papilloma Virus umano, uno dei veleni più pericolosi [5-V3] (almeno fra quelli che analizzati negli ultimi anni).

La **HEK 293 [L]** (Human Embryonic Kidney, esperimento n. 293) è una linea cellulare specifica, originariamente derivata da cellule renali embrionali umane coltivate in colture di tessuti renali, o più probabilmente surrene, prelevati da un feto di sesso femminile nel 1973 nel laboratorio di Alex van der Eb presso l'Università di Leiden, in Olanda. Le cellule sono state ottenute da un feto la cui origine precisa non è chiara e create da Frank Graham con la tecnica della trasfezione che prevede il trasferimento di materiale genetico, utilizzando come vettore l'adenovirus 5, nel cromosoma 19 del genoma delle cellule fetali.

La linea **PER.C6 [L]** è una linea cellulare fetale derivata dal tessuto retinico prelevato da un feto di 18 settimane che è stato abortito nei Paesi Bassi nel 1985. Il dottor Alex van der Eb, che ha sviluppato la linea cellulare, ha dichiarato durante un'audizione presso la FDA nel 2001 quanto segue: *«ho isolato la retina da un feto, da un feto sano per quanto si poteva vedere, di 18 settimane. Non c'era niente di speciale con una storia familiare o la gravidanza era del tutto normale fino alle 18 settimane, e si è rivelato essere un aborto socialmente indicato, ed era semplicemente perché la donna voleva sbarazzarsi del feto... Quello che era scritto era che il padre era sconosciuto, e questo era, infatti, il motivo per cui è stato richiesto l'aborto».*

Meno usata (almeno credo, da profano) è la linea **WALVAX 2**, derivata dal tessuto polmonare di **un feto di sesso femminile**, di età gestazionale di 3 mesi, scelto tra 9 campioni di feti abortiti. Secondo uno dei primi studi pubblicati [L], gli scienziati hanno notato che le cellule WALVAX 2 si replicano più rapidamente rispetto alle linee cellulari già esistenti

ed utilizzate per la coltura dei virus destinati alla produzione dei vaccini. Per ottenere questa linea cellulare fetale, gli autori dello studio hanno effettivamente interrotto la gravidanza in **9 donne** – scegliendo genitori attentamente selezionati – fino a trovare il **candidato ideale**. Le donne sono state messe in condizione di effettuare un parto abbondantemente prematuro, con la tecnica “water bagging” [una versione del parto in acqua] che rende certa la nascita di feti vivi, i **cui organi intatti sono stati immediatamente inviati ai laboratori**.

Nell'aprile 2019 la Dr.ssa Theresa Deisher, fondatrice e scienziata capo del **Sound Choice Pharmaceutical** e la cui missione è quella di educare il pubblico sulla sicurezza dei vaccini, ha scritto una lettera aperta [\[L\]](#) per tutti i legislatori proprio riguardo all'utilizzo delle linee cellulari fetali, per illustrare la problematica riguardo **la capacità delle stesse di generare patologie autoimmuni, anche in presenza di piccolissime quantità di DNA fetale**.

Frammenti di DNA fetale con una lunghezza di circa 300 paia di basi si trovano nel siero di una madre incinta. Quando raggiungono una concentrazione compresa tra 0,46 e 5,08 ng/mL, innescano il travaglio attraverso il meccanismo TLR9. I livelli ematici corrispondenti sono 0,22 ng/ml e 3,12 ng/ml. I livelli di DNA fetale in un bambino dopo l'iniezione di vaccini di produzione fetale raggiungono lo stesso livello che scatena il rigetto autoimmune del bambino da parte della madre. **Se il DNA fetale può scatenare il travaglio (una reazione autoimmune naturalmente desiderata), allora quegli stessi livelli nei vaccini possono scatenare l'autoimmunità in un bambino:**

- Il diabete di tipo 1, causato dalla distruzione delle cellule b-pancreatiche è correlato alle vaccinazioni pediatriche se somministrate qualche mese o anno dopo la nascita [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).
- La sclerosi multipla è un'altra delle patologie che viene associata alla vaccinazione [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Il rischio varia in base sia al tipo di vaccino, sia alla marca. Attualmente quello più correlabile alla sclerosi multipla è il vaccino per l'epatite B.
- Il Lupus eritematoso associato alla vaccinazione per l'epatite B [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Come con tutte le malattie associate al vaccino, anche qui vale un discorso correlazionale e di associazione temporale. Ma ignorare questi dati perché non è stata stabilita a puntino la connessione causale è da incoscienti, soprattutto perché i vaccini si somministrano ai sani.
- La trombocitopenia idiopatica è associata al vaccino morbillo-parotite-rosolia [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), si tratta di una patologia autoimmune che porta alla distruzione delle piastrine. Il

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

rischio è particolarmente alto per i bambini fino a 2 anni di età, con un'incidenza di 1 caso ogni 22300 vaccinazioni. Da questa patologia si guarisce in 6 mesi e quasi il 10% la sviluppa in forma cronica.

- L'artrite reumatoide è associata al vaccino morbillo-parotite-rosolia [\[L\]](#), [\[L\]](#), soprattutto nelle bambine. Nonostante si manifesti spesso in forma lieve, in rari casi può richiedere ospedalizzazione ed è comunque un disturbo fastidioso.

Nel 2017, dopo 17 anni di inoculazioni, la Dott.ssa Bolgan espose alla camera i risultati dell'analisi di alcuni vaccini, tra cui l'Infanrix Hex ed il Gardasil9, evidenziando la contaminazione di DNA di scimmia [\[5-V4\]](#), proveniente dalla linea cellulare VERO, utilizzata per il farmaco obbligato Triaxis-Polio. In altri vaccini, utilizzando la linea acellulare MIRC5, le analisi confermavano la presenza di DNA umano, oltre a svariate tossine.

Alla reattogenicità intrinseca del vaccino, **occorre aggungere quanto visto per adiuvanti [\[L\]](#).**

Oltre a continuare a recitare, mostrando la facilità con cui si possono vaccinare i neonati e bambini attraverso l'utilizzo di spray nasali [\[5-V2\]](#), si dovrebbe fornire il foglio illustrativo ai genitori, in modo che possano leggere da soli le informazioni relative al **Fluenz Tetra** adesso utilizzato [\[L\]](#), contenente virus vivi e geneticamente modificati. **L'ideale sarebbe che il medico esponesse il beneficio di tale somministrazione in relazione alla malattia da cui proteggersi!**

- | |
|--|
| * <u>propagato in uova fertilizzate di gallina provenienti da allevamenti sani. allevati a terra!</u> |
| ** <u>prodotto in cellule VERO mediante ingegneria genetica inversa. Il prodotto <u>contiene organismi geneticamente modificati (OGM).</u></u> |
| *** unità fluorescenti. |

L'FDA ha rilasciato l'elenco degli eccipienti contenuti nei vaccini, sicuri ed efficaci [\[L\]](#) [\[5-A6\]](#).

5-R6 - Per tali ragioni, relativamente al medicinale Triaxis Polio (analogo al Priorix), chiedo al Ministero della Salute il certificato del controllo di stato sui lotti attualmente in uso nel nostro paese, in particolare nella regione Lombardia, ai sensi dell'articolo 138 del Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219, relativo ai medicinali immunologici, e realizzati dal Centro Nazionale per il Controllo e la Valutazione dei Farmaci (CNCF) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [\[L\]](#), Laboratorio Ufficiale Italiano di Controllo dei

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Medicinali (OMCL-IT_ISS-H) [\[L\]](#), ovvero il certificato di rilascio dei lotti dallo stato membro con il quale sono in essere accordi bilaterali.

5-R7 - Chiedo inoltre, per il Triaxis Polio obbligato, la relazione annuale prodotta dall'OMCL o in alternativa la dichiarazione di assenza di informazioni importanti pervenute all'EMA e la Commissione europea, tramite DEQM, per il medicinale in questione.

5-R8 - Come descritto nel documento **“Proposta di Modello Operativo – Svolgimento della Seduta Vaccinale”** del 2016 [\[L\]](#) [\[5-A7\]](#) (unico reperito), chiedo alla **ASST-Settelaghi** la necessaria **specifica di procedura aziendale** atta a gestire l'atto medico, comprendente la definizione del fabbisogno, approvvigionamento, stoccaggio, monitoraggio, corretta **gestione della catena del freddo** nonché la **gestione delle scadenze dei lotti in base ai dati di stabilità**, come stabilito ad esempio nel documento **“PROCEDURE OPERATIVE PER LA GESTIONE DELLE VACCINAZIONI”** della regione Veneto [\[5-A8\]](#).

5-R9 - Chiedo soprattutto linee guida specifiche inerenti le diverse operazioni e procedure dell'attività vaccinale o testi di riferimento onde evitare l'errore programmatico a cui è attribuita la percentuale maggiore dell'insorgenza di un evento avverso, come specificato dal documento **“VACCINI: SICUREZZA E STABILITA”** redatto dal gruppo SIFO-Sezione Regionale Toscana-Gruppo Informazione Scientifica [\[L\]](#) [\[5-A9\]](#).

Dopo una prima **e personale ricerca** di informazioni relativamente ai medicinali menzionati, invio tramite PEC [\[5-A10\]](#), al pediatra ed al centro vaccinale, alcune richieste di chiarimento a partire dalla semplice domanda che scaturiva da **una prima e superficiale lettura** dei fogli illustrativi:

In uno studio clinico condotto su 843 maschi e femmine adolescenti sani di età compresa tra 11 e 17 anni, la somministrazione della prima dose di Gardasil in concomitanza con TRIAXIS POLIO ha mostrato che ci sono state più segnalazioni di gonfiore al sito di iniezione e mal di testa a seguito di somministrazione concomitante. Le differenze osservate erano <10% e nella maggior parte dei soggetti, gli eventi avversi sono stati segnalati di intensità da lieve a moderata

TRIAxis POLIO può essere somministrato in concomitanza con una dose di vaccino del Papillomavirus umano ricombinante senza interferenze significative con la risposta anticorpale a nessuno dei componenti di entrambi i vaccini. Tuttavia, è stata osservata una tendenza a GMT anti-HPV inferiori nel gruppo con somministrazione concomitante. Il significato clinico di questa osservazione non è noto. Questo si basa sui risultati di uno studio clinico in cui TRIAXIS POLIO è stato somministrato in ~~concomitanza~~ con la prima dose di Gardasil (vedere paragrafo 4.8).

Su un campione già statisticamente **insignificante** è stata riscontrato un aumento di reattogenicità nel 10% dei casi.

Di questi poi, la maggioranza è stata di entità da lieve a MOERATA?? E LA RESTANTE PARTE? Questo approccio costituirà sempre la massima espressione di concretezza.

A riguardo sono riuscito a reperire **un solo studio del 2015** [L]. È disponibile solo un abstract di ben **otto** paginette, in cui si ammette la maggior reattogenicità della somministrazione contemporanea, giudicata però non rilevante.



5-R10 - Chiedo copia delle ulteriori 619 pagine dello studio e degli ulteriori studi se disponibili, a supporto della sicurezza nella co-somministrazione.

Dopo decenni di inoculazioni, proposte con drammatici dati di incremento della malattia, non si conosce ancora **l'esatta l'esposizione** della popolazione e dunque **l'impatto** che il continuo iniettare veleni abbia comportato. Si produce, dunque, l'ulteriore buffonata epidemiologica [5-A12] [L], **avente i soliti conflitti di interesse ed analizzante dati di registri pubblici vecchi di 10 anni, per valutare gli effetti ancora sconosciuti della co-somministrazione proposta a mia figlia.**

Buffonate redatte da dipendenti di case farmaceutiche [L] [L] [L] [L] che intasano i repository ed utilizzate come ultime scelte tra migliaia, nel caso di una meta-analisi. Buffonate che terminano sempre con [L]:

Conclusions: Concomitant administration of 9vHPV vaccine with MCV4/Tdap was generally well tolerated and did not interfere with the antibody response to any of these vaccines. This strategy would minimize the number of visits required to deliver each vaccine individually.

5.1. LA CO-SOMMINISTRAZIONE

A seguito delle perplessità sulla co-somministrazione esposte nella PEC, il centro vaccinale rispondeva inviando un ulteriore invito, **eliminando la proposta del Gardasil 9.**

La Dr.ssa Liz Mumper esprime la sua angoscia per l'aggiunta dei 'vaccini' Covid al programma di immunizzazione infantile. Soprattutto, è preoccupata per il fatto che

quando ne vengono aggiunti nuovi **non vengono mai effettuati studi clinici in combinazione con quelli già nella lista [5-V1]**.

Nonostante la accertata maggior reattogenicità, l'invito alla co-somministrazione è avvenuto ingannevolmente almeno negli ultimi 20 anni, arco di tempo analizzato nella presente, giustificato nel risparmio di qualche minuto di lavoro dell'operatore sanitario.

Dopo l'autorizzazione del Gardasil9 nel 2015 iniziarono le solite pubblicazioni farlocche, redatte dalle case farmaceutiche ed utilizzate per avallare la co-somministrazione dell'ultimo intruglio con la profilassi già in calendario, adducendo, come unico beneficio, il minor accesso alle strutture pubbliche [L].

Conclusion:

Overall, concomitant administration of 9vHPV vaccine and REPEVAX was generally well tolerated and did not interfere with the immune response to either vaccine. This strategy would minimize the number of visits required to deliver each vaccine individually.

5-R11 - A partire dagli albori della farmacovigilanza, purtroppo non tanto lontani (reg. 1235/2010, direttiva ue 84/2010, direttiva ue 26/2012, dm 30 aprile 2015), non dovrebbe essere cura delle istituzioni mitigare ogni situazione di rischio per i nostri bambini?

Da tempo immemore si discute della necessità di indagine sull'interferenza immunologica della co-somministrazione. Nel 2009, un anno prima della vaccinazione sconsigliata di mia figlia (cap 8) si rimarcava la necessità di chiarezza sulla simultanea somministrazione del prevenar ed altri vaccini [L] [5-A11] e su cui ancora si finge di indagare.

Sin dalla prima linea guida "GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEI NUOVI VACCINI (EMEA/CHMP/VWP/164653/2005) [L] [5-A13] si chiedeva di porre attenzione alla problematica dell'immuno interferenza soprattutto nell'immunizzazione primaria infantile, in relazione **all'immatùrità immunitaria** dei soggetti. Tal linee guida, rivista in draft nel 2018 ed integrante le raccomandazioni sugli adiuvanti [L] [5-A14] **è stata applicabile sino al 01/02/2023**, data in cui è stata adottato il draft del 2018 [L] [5-A15].

Nel caso di medicinali immunologici, il decreto D. Lgs. 24.4.2006 n. 219 e s.m.i., prevede inoltre che nel modulo 4 del CTD sia descritta l'induzione di anticorpi e la loro interferenza, **chiarendo il significato di somministrazione ripetuta**.

Le "ICH guideline E2C (R2) on periodic benefit-risk evaluation report (PBRER)", indicavano (ed indicano con la versione R3) che durante gli studi clinici, i sottogruppi a rischio più elevato e i pazienti con malattie concomitanti che richiedono **l'uso di altri farmaci siano esclusi, ed i dati sul trattamento a lungo termine siano limitati**.

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

La co-somministrazione di più vaccini sospetti è stato ed è un elemento di criticità nelle definizioni di caso, oltre ad altre problematiche come la disomogeneità tra regioni e la preparazione degli operatori sanitari, problematiche evidenziate ad esempio nel 2014 nel Xxiii Seminario Nazionale Di Farmacoepidemiologia [\[L\]](#) [\[5-A16\]](#) ed ancora irrisolte ed indagate. Nel 2017 ancora molte regioni non riuscivano ad inviare i rapporti sulle segnalazioni di eventi avversi, come evidenziato dall'inchiesta di report nella puntata del del 17/04/2017 [\[L\]](#) [\[3-V45\]](#), **in netta violazione**, dopo 5 anni, dell'intero Regolamento di Esecuzione UE 520/2012, della Direttiva UE 84/2010 e 26/2012 compreso il loro **già ritardatario** decreto attuativo (DM 30 aprile 2015). **Nonostante tutto questo, si procedette con l'obbligo della Lorenzin.**

Ancora oggi, sul sito della banca dati europea delle segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci, la pagina relativa alla *fonte dei dati* riporta [\[L\]](#):

Sono escluse le segnalazioni dove il medicinale o il principio attivo sono riportati come **medicinali concomitanti**.

Con il Regolamento UE 1235/2010 si riaffermava la scarsa conoscenza del profilo di sicurezza ed efficacia di un medicinale appena immesso sul mercato. Tra le righe del regolamento si legge dell'inadeguatezza del sistema di farmacovigilanza e della necessità di una sua strutturazione, a partire dall'istituzione del PRAC. Vengono così introdotti i rapporti di valutazione post-marketing basati sull'analisi dei dati registrati nei Registri Nazionali di FV. Ci si preparava per l'introduzione ufficiale dei medicinali biologici. Solo **4 anni dopo** (fine 2014) nel nostro Paese venne istituito il Gruppo di VaccinoVigilanza [\[L\]](#), il quale, nella **indecorosa** relazione di 10 paginette [\[5-A17\]](#) richiamata nella Prima (ed ultima) Relazione Annuale al Ministero della Salute ai sensi dell'articolo 1, comma 3-bis della Legge 119/2017, scriveva giustamente:

Poiché la popolazione target è rappresentata prevalentemente da soggetti sani, per la maggior parte di età pediatrica, il livello accettabile di rischio è inferiore a quello degli altri prodotti medicinali. Inoltre, le fasce di età maggiormente coinvolte nelle campagne di immunizzazione sono caratterizzate dall'insorgenza di specifiche patologie età correlate. Queste peculiarità dei vaccini rendono necessarie attività di farmacovigilanza post-marketing che vadano oltre quelle routinarie, al fine di monitorare e valutare adeguatamente gli eventuali rischi.

NON SI DEVE somministrare a bambini **SANI** farmaci ancora in analisi ed occorre approntare efficaci e tempestivi studi post-marketing, oltre alle analisi routinarie (che non venivano cmq eseguite)!

Si dovrà aspettare ancora due anni (2016) per la pubblicazione, da parte del Gruppo, della “Guida per la valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione” [\[L\] \[5-A18\]](#), ovvero **5 anni dopo** l’inoculazione concomitante a mia figlia dell’Infanrix Hexa e del PREVENAR 13, medicinale biologico utilizzante tecnologia rDNA, approvato centralmente solo nel 2009 [\[L\]](#), ed introdotto nei LEA nel PNP 2010-2012, il quale specificava la necessità dell’acquisizione di nuove informazioni [\[L\]](#). **Finalmente, nella linea guida si quantificano le finestre temporali di osservazione per alcuni eventi importanti, come il necessario periodo di osservazione fino a 3 mesi**, dopo l’inoculazione, per la valutazione del nesso relativo a patologie quali: trombocitopenia, encefalite, encefalopatia e Paralisi di Bell. Persino le convulsioni non febbrili a seguito di DTP necessitano di un intervallo di un mese.

5-R12 - DOPO 12 ANNI dalla somministrazione a mia figlia, per valutare il rischio a cui è stata sottoposta, chiedo cortesemente l’invio dei PSUR descritti nell’agenda del meeting del PRAC in data 28-31 agosto 2023 [5-A19] (PSUSA/00009263/202301) elencati nella EURD LIST [5-A20] con data lock point al 0/01/2023 e presentati in data 09/04/2023. Aspetterò il 2028 per richiedere l’ulteriore PSUR come nell’aggiornamento del 18 ottobre 2023 della lista EURD [5-A5e] [5-A21].

Di seguito sono analizzati tutti i report di sorveglianza post-marketing di AIFA e del Gruppo di VaccinoVigilanza, dal 2010 (entrata in vigore) al 2020, **ESCLUSIVAMENTE IN RELAZIONE ALLA PROBLEMATICHE DELLA CO-SOMMINISTRAZIONE**, riferiti al calendario vaccinale denominato ironicamente “VITA”, introdotto nel 2012 su proposta del board di società “scientifiche” discusso in precedenza.

a) Rapporto 2009-2010 (redatto nel 2012) [\[5-A22\]](#)

Nel 2012, a seguito del cambio di normativa che avallava l’utilizzo dei nostri bambini alla stregua di topi da laboratorio, veniva pubblicato il primo “timido” rapporto sulla vigilanza post-marketing, nel quale si iniziava a giustificare la co-somministrazione per vaccinare di più in meno tempo, in linea con le disposizioni viste nel capitolo 1:

ricella e papilloma virus umano (HPV). Per agevolare i programmi di immunizzazione ed aumentare l’aderenza, vengono spesso effettuate delle co-somministrazioni, che prevedono l’impiego di varie combinazioni di vaccini diversi, nella stessa seduta vaccinale. Inoltre, sono aumentate le popolazioni esposte a vaccini, non più limitate a

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

La sorveglianza degli eventi avversi dopo immunizzazione è un'attività svolta costantemente, divenuta nel tempo più complessa per il crescente numero di vaccini utilizzati, per le frequenti co-somministrazioni, ma anche per il miglioramento e l'incremento dell'attività di segnalazione a livello nazionale. Richiede, tuttavia una maggiore interazione tra gli attori a vario titolo coinvolti ed una maggiore sinergia degli interventi. Conoscere solo i dati delle segnalazioni di eventi avversi non è sufficiente a garantire l'efficienza del sistema. È necessaria una maggiore e rapida disponibilità di dati accessori per la valutazione delle reazioni osservate, come i dati di esposizione o i dati di ospedalizzazione per alcune tipologie di eventi. In particolare, per alcune vaccinazioni il quadro di insieme dovrebbe essere completato anche dalla disponibilità dei dati di effectiveness e di monitoraggio dei sierotipi circolanti a causa del fenomeno del replacement dei ceppi inseriti in un vaccino.

Per favorire l'aderenza alla campagna vaccinale, la vaccinazione con l'antipneumococco 7 o 13 valente viene effettuata generalmente nella stessa seduta vaccinale dell'esavalente. Entrambi però possono dar luogo ad insorgenza di febbre e, come riportato nel RCP del vaccino antipneumococco-7 valente, la frequenza di reazioni febbrili risulta più elevata se il vaccino è somministrato contemporaneamente all'esavalente. Nella maggioranza delle segnalazioni in seguito a somministrazione di vaccino antipneumococcico, ed in particolare nei casi segnalati come gravi, i bambini hanno ricevuto contemporaneamente il vaccino esavalente. Questa consuetudine rende quindi più difficile la valutazione dei dati. Complessivamente sono pervenute, nel biennio con-

La valutazione in co-somministrazione era ed è più complessa ed alcuni vaccini in co-somministrazione favorivano **eventi gravi nei bambini**. Erano necessari strumenti di monitoraggio ed indagini di sicurezza ed efficacia ma, si deve favorire l'aderenza per la sperimentazione ed assuefazione alla profilassi, quindi nulla veniva fatto e, per sicurezza, si **abrogava il Titolo IX del Dgls 219/2006 sulla farmacovigilanza**.

Dunque, all'inizio dell'imposizione del **rischio** alla popolazione pediatrica, non si conosceva quasi nulla e **non era presente un vero sistema di FV**,

Le segnalazioni di reazioni insorte nei sei mesi di utilizzo del vaccino antipneumococco-13 valente sono state 133 (tasso di segnalazione di 16 per 100.000 dosi vendute). Considerata la situazione di passaggio da un vaccino all'altro, avvenuta a partire dal secondo semestre 2010 e la variabilità di questa situazione a livello regionale, è possibile che l'esposizione effettiva al vaccino antipneumococco 13 valente sia stata inferiore al numero di dosi distribuite. Anche in questo caso sarebbe stato utile poter disporre dei dati di esposizione dei vaccinati, ma la parziale informatizzazione delle anagrafi vaccinali non consente la pronta rilevazione del dato. Bisognerà quindi attendere almeno la fine del 2011 per avere un quadro più consolidato delle reazioni a vaccino antipneumococco 13 valente.

Nel 2010 si passa al vaccino antipneumococco 13valente e nei primi **6 mesi** si registrano **133** segnalazioni in un sistema di FV fatiscente, con un tasso riferito alle numerose dosi vendute. L'anno dopo saranno **450**.

Valutazione segnale

Sulla base dell'associazione temporale e della co-somministrazione di vaccini potenzialmente correlabili all'insorgenza di encefalopatia nei due casi presi in considerazione, il segnale viene considerato da archiviare.

La valutazione sopra esposta definisce il livello di indagine in un contesto privo di sorveglianza, di procedure di analisi e gruppi di valutazione qualificati. L'assenza di un sistema di farmacovigilanza a livello nazionale non consentiva il tracciamento di nessun possibile evento con frequenza superiore al "non comune", rilevati negli **inadeguati e sottostimati trial clinici.**

5-R13 - Nel 2010, a chi era affidato il compito di valutazione del nesso di causalità delle ADR, analizzate almeno nel contesto statistico minimo nazionale?

b) Rapporto 2011 [5-A23]

Vaccini esavalente

Il vaccino esavalente (DTP, IPV, HBV, Hib) è il vaccino maggiormente utilizzato per l'immunizzazione primaria contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B e malattie invasive da *Haemophilus Influentiae tipo B*. La schedula vaccinale prevede la somministrazione di tre dosi a partire dal terzo mese di vita (3, 5, 11-13 mesi).

Nel 2011 sono state inserite nella RNF 532 segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccino esavalente pari ad un tasso di segnalazione di 34 per 100.000 dosi vendute (Tabella 6). Rispetto al 2010 la numerosità si può considerare stabile (541 segnalazioni nel 2010) con un lieve aumento della percentuale di gravi dal 12,9% al 14%. In 351 segnalazioni è riportata la somministrazione contemporanea di vaccino esavalente e Prevenar 13 con una percentuale di casi gravi pari al 18%.

5-R14 – Chiedo ad AIFA la modalità di suddivisione delle 63 segnalazioni gravi tra i vaccini co-somministrati?

Nel 2011 le segnalazioni gravi in co-somministrazione aumentano ed è **l'anno in cui si co-somministrava a mia figlia INFANRIX HEXA e PREVENAR 13.**

Delle 77 segnalazioni gravi, solo in cinque casi l'esavalente è stato l'unico vaccino somministrato, le altre si riferiscono a co-somministrazioni di cui 2 con vaccino antimeningococco, 3 con vaccino MPR ed i rimanenti 67 casi con vaccino antipneumococcico. Di questa co-somministrazione si parlerà in seguito a proposito del vaccino antipneumococco. La distribuzione per classe sistemico organica delle reazioni segnalate è riportata in tabella 7.

All'epoca non esisteva ancora la linea guida dell'OMS sulla valutazione del nesso di causalità, redatta solo nel 2013 ed aggiornata nel 2019 ed in cui si raccomandava

la **valutazione del nesso separata nel caso di somministrazioni multiple**. Nel rapporto si menziona la realizzazione di un **protocollo operativo** nato dalla cooperazione tra AIFA, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e dai referenti dei Centri Regionali per la FV

Per l'analisi dei segnali sono state definite le modalità di lavoro attraverso l'elaborazione di un protocollo operativo e sono stati condivisi gli strumenti di lavoro, incluso l'accesso al database della RNF per la visibilità dei casi segnalati.

5-R15 - Chedo ad AIFA copia del protocollo prodotto ed utilizzato all'epoca della vaccinazione di mia figlia.

Un protocollo atto a definire il cosiddetto **Proportional Reporting Ratio (PRR)**, **sostituito dal 2017 col ROR (Reporting Odds Ratio)**.

L'analisi è articolata in più fasi e prevede inizialmente il calcolo della disproporzionalità delle coppie vaccino-evento all'interno dell'intero database per identificare quantitativamente segnali potenziali. Viene calcolato il Proportional Reporting Ratio (PRR) che è il rapporto tra la proporzione di una particolare reazione avversa segnalata in associazione ad un vaccino e la proporzione della stessa reazione segnalata in associazione a tutti gli altri vaccini nel database. Più alto è il valore del PRR più alta è la

5-R16 - Non ricevendo e non gestendo segnalazioni, non avendo la reale esposizione delle dosi somministrate, quale validità aveva questo parametro?

Sottolineo subito che i tassi di segnalazione dichiarati si riferivano alle dosi **vendute**, non conoscendo per i prossimi anni, la vera esposizione della popolazione. Infatti, sempre nello stesso report, relativamente al maggior rischio di insorgenza di AESI per la vaccinazione pneumococcica (senza distinzione tra 7 e 13 valente) da sola o in co-somministrazione, rispetto a quella con il solo esavalente, si dichiara:

Questi aspetti, emersi fin dall'inizio dell'utilizzo del vaccino antipneumococco-13 valente e consolidatisi, con l'aumentare delle dosi somministrate, sono stati portati all'attenzione del Rapporteur del prodotto e del Pharmacovigilance Working Party dell'EMA e contestualmente è stato condotto un approfondimento a livello nazionale. Il sistema di raccolta dei dati sulle vaccinazioni non ha permesso però di stabilire l'esatta distribuzione dei bambini per numero di dosi di vaccino antipneumococco-13 valente ricevute e la quota in co-somministrazione. La mancanza di un denominatore certo non ha permesso la valutazione quantitativa del potenziale segnale, ma la sua persistenza, derivante sia dai dati di segnalazioni spontanee che dai dati provenienti da una sorveglianza attiva, ha reso necessario l'avvio nel 2012 di un ulteriore approfondimento, attualmente in corso, che prevede la revisione dei dati sia dei vaccinati che delle segnalazioni di sospette reazioni avverse nelle quattro regioni nelle quali era stato osservato il maggior numero di segnalazioni.

Non solo non si conosceva **nulla** della problematica dell'interferenza ma non si conosceva l'esatta esposizione della popolazione pediatrica. Le 4 regione menzionate, se realmente esistenti, erano le uniche che riuscivano ad inviare i dati di FV. Vedi inchiesta di report del 2017 menzionata prima [\[L\]](#).

5-R17 - Chiedo ad AIFA copia dei risultati dello studio avviato nel 2012, menzionato nel rapporto.

Si prosegue con la vaccinazione meningococcica e numeri senza senso:

In 20 delle 110 segnalazioni, il Menjugate è stato riportato come unico vaccino sospettato di aver causato l'evento osservato; negli altri casi invece risulta somministrato contemporaneamente ad altre tipologie di vaccini. In tabella 12 è riportata la distribuzione delle reazioni segnalate del vaccino Menjugate per classe sistemica organica. Le reazioni segnalate con maggiore frequenza sono state la febbre, eritema e cefalea.

5-R18 – Chiedo ad AIFA la modalità di distribuzione delle restanti 90 segnalazioni in co-somministrazione, essendo il Menjugate il medicinale sospetto.

Menjugate Kit non protegge contro le infezioni meningococciche causate da altri batteri meningococcici diversi dal gruppo C (A, B, 29-E, H, I, K, L, W-135, X, Y, o Z, anche non tipizzati). Non è possibile garantire la protezione completa contro le infezioni causate dal sierogruppo meningococcico C.

Non sono ancora disponibili dati sull'utilizzazione del vaccino per il controllo dell'insorgenza della malattia dopo esposizione.

Non ci sono dati per gli adulti sopra i 65 anni (vedi sezione 5.1).

Oltre ad essere sospetto era anche inutile. Nel 2009, il medicinale prodotto in Italia fu ritirato dal mercato inglese a causa di contaminazione [\[L\]](#).

c) **Rapporto 2012** [\[5-A24\]](#)

VACCINAZIONI CONTRO MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA E VARICELLA

Le segnalazioni ricevute nel 2012 per le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia e varicella riguardano essenzialmente i vaccini trivalenti MPR Priorix e M-M-R-VaxPro da soli o in co-somministrazione con i due vaccini contro la varicella Varivax e Varilrix, e il tetravalente MPRV Priorix Tetra. In tabella 13 vengono riportati il numero totale di segnalazioni per ciascun vaccino, la percentuale delle reazioni gravi ed il reporting rate calcolato per 100.000 dosi vendute. In assenza di dati di esposizione, le segnalazioni vengono rapportate al numero di dosi vendute e vengono qui considerate complessivamente, indipendentemente dall'età, poiché in accordo con il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è previsto che vengano vaccinati anche i soggetti adulti non immuni e lavoratori suscettibili. Anche per quanto riguarda la varicella il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 raccomanda la vaccinazione oltre che agli adolescenti suscettibili ad altri gruppi di popolazione adulta.

Ancora nel 2012 non si conosce l'esposizione della popolazione e la tipologia di somministrazione ma occorre acquistare dosi di medicinali e rispettare il piano nazionale prevenzione 2012-2014 [LU](#), di cui non si rispettano neanche gli infantili e banali schemi proposti dall'OMS (a disposizione per una verifica puntuale del documento). **Per non stravolgere i calendari, causando eccessivo lavoro nel personale addetto alla protezione dei nostri figli, si procedeva alla co-somministrazione GARANTENDO la non maggiore reattogenicità:**

si è garantito che le co-somministrazioni, quando proposte, non aumentino significativamente la frequenza o severità degli effetti collaterali e che non venga compromessa l'immunogenicità dei singoli vaccini. A questo riguardo si è tenuto conto delle evidenze disponibili nella letteratura scientifica e delle indicazioni fornite dal Produttore nello RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) specifico per ciascun vaccino

Nel 2012, il Piano Nazionale Prevenzione **garantiva** che la co-somministrazione **non** comportasse problemi di interferenza e sicurezza:

si è stabilito, per migliorare la compliance alle vaccinazioni, che in ogni seduta vaccinale non siano somministrati contemporaneamente più di due vaccini per via iniettiva, in sede diversa, anche se ciò non è correlato a problemi di immunogenicità e/o sicurezza e potrà essere adottato in situazioni di necessità o opportunità;

5-R19 - Chiedo copia o l'indicazione dei i link degli studi dell'epoca che avvaloravano tali assunzioni.

Elemento fondamentale della valutazione HTA è il coinvolgimento di tutte le professionalità e gli stakeholders interessati all'attuazione dell'intervento vaccinale.

Le valutazioni omnicomprensive svolte alla luce di tutti gli elementi descritti permettono di avere un quadro chiaro ed *evidence-based* sulla tecnologia-vaccino in assessment utile al fine di decidere quali vaccinazioni debbano essere garantite ed incluse nei LEA a fronte delle risorse economiche disponibili.

Ultimamente si è ben compreso l'interesse degli stakeholders (GAVI, Bill&Melinda Gates Foundation, CEPI,..in collaborazione con EMA, FDA, CDC..etc ad esempio nel

Joint Coordination Group [\[L\]](#) nell'attuazione di campagne vaccinali. L'unico dato ricavabile dalle **persunte valutazioni HTA** è il ritorno economico per i portatori di interesse, **compresa la quota parte del mancato acquisto di colonie di topi, sostituite dai bambini.**

5-R20 - Per valutare l'intervento di tutte le autorità coinvolte, compresi i bisogni degli stakeholders, chiedo cortesemente COPIA DELLA RELAZIONE HTA menzionata nel rapporto sorveglianza post-marketing relativo al 2011.

DA QUESTO PUNTO IN AVANTI, LE GARANZIE OFFERTE RISULTERANNO MENDACI A CAUSA DELL'ABROGAZIONE DEL TITOLO IX DEL DGLS 219/2006 SULLA FARMACOVIGILANZA. I RAPPORTI SARANNO PRODOTTI NEL 2017 COME SCUDO LEGALE PER LE SUCCESSIVE IMPOSIZIONI.

d) Rapporto 2013 (redatto nel 2016) [\[5-A25\]](#)

Proseguono le garanzie del PNP 2012-2014 sulla sicurezza della co-somministrazione:

Le segnalazioni di reazioni insorte dopo somministrazione di esavalente nel 2013 sono state 1.343 con un tasso di segnalazione pari a 90 per 100.000 dosi vendute (Tabella 12). Le reazioni gravi sono state 141 (10,5%). Nella maggior parte dei casi gravi, l'esavalente è stato somministrato contemporaneamente ad altri vaccini (in particolare al vaccino contro lo pneumococco) e solo in 11 segnalazioni risultava essere l'unico vaccino utilizzato.

131 in co-somministrazione

5-R21 - A quale farmaco sono state attribuite le 131 segnalazioni gravi in co-somministrazione? (ricordo, da effettuare obbligatoriamente e tempestivamente), mentre era abrogato il Titolo IX sulla farmacovigilanza del Dlgs 219/2006?

Vaccini tetravalenti

Le segnalazioni da tetravalente sono state 314 di cui 191 dopo somministrazione dei vaccini di richiamo (booster) Polioboostrix e Polioinfanrix (di cui 9 gravi) e 123 con Tetravac (di cui 8 gravi). La quasi totalità delle segnalazioni (n. 311) si riferisce alla popolazione pediatrica, solo tre casi sono riferiti a soggetti adulti. L'86 % delle segnalazioni del vaccino tetravalente Tetravac si riferisce alla SOC "Patologie sistemiche e condizioni relative alla via di somministrazione" (Tabella 15). In 6 delle 8 segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi osservate con Tetravac il vaccino era stato co-somministrato con vaccino MPR o MPRV.

Per tutte le tipologie di vaccino la **percentuale di eventi gravi è nettamente maggiore nel caso di co-somministrazione.**

Vaccini trivalenti

I dati riportati in questo paragrafo si referiscono a 80 segnalazioni riferite alla popolazione con età inferiore a 18 anni.

Per il vaccino trivalente (DTP) Infanrix risultano inserite 19 segnalazioni di cui 2 (10,5%) gravi. Piressia e iperpiressia sono state le reazioni riportate con maggiore frequenza.

Per il vaccino Triaxis utilizzato per il richiamo contro difterite, tetano e pertosse nei bambini di età superiore a quattro anni, risultano 31 segnalazioni di cui 4 gravi (12,9%), osservate in adolescenti tra 13-15 anni ai quali il Triaxis era stato co-somministrato con un vaccino meningococcico.

Per il vaccino Boostrix utilizzato per il richiamo contro difterite, tetano e pertosse nei bambini di età superiore a quattro anni, risultano 30 segnalazioni di cui 6 gravi (20%), in quattro segnalazioni il vaccino è stato co-somministrato con altri vaccini. Nella tabella 18 è riportata la distribuzione per SOC; le reazioni segnalate più frequentemente sono state: piressia e cefalea.

VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA

Nel 2013 le segnalazioni di sospette reazioni avverse al vaccino antipneumococcico sono state 1.381, di queste 1.281 (93%) riferite al vaccino Prevenar 13 (tasso di segnalazione 71 per 100.000 dosi). Le segnalazioni gravi sono state 143 (11%). La maggior parte delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a Prevenar 13 riguarda i bambini (95%). La distribuzione per SOC, riportata in tabella 19, ricalca, per le classi sistemico organiche coinvolte con maggiore frequenza, la distribuzione delle reazioni osservate per l'esavalente, con cui il vaccino antipneumococcico è ormai spesso co-somministrato.

5-R22 - Le garanzie offerte alla popolazione, soprattutto alla popolazione pediatrica, sono state rispettate?

Vaccino contro il rotavirus

La vaccinazione contro il rotavirus viene effettuata in alcune regioni italiane e i vaccini disponibili sono il Rotarix e il Rotateq, indicati nella popolazione pediatrica.

Complessivamente sono pervenute 88 segnalazioni: 86 segnalazioni per il Rotarix (11 gravi) e 2 per il Rotateq (1 grave). In 68 segnalazioni il vaccino contro il rotavirus è stato co-somministrato con il vaccino esavalente e quello anti pneumococco. La SOC delle "Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione" è stata quella maggiormente coinvolta nelle segnalazioni (66%), seguita dalle "Patologie gastrointestinali" (47%) e dai "Disturbi psichiatrici" (27%) (Tabella 26). Le reazioni riportate con maggiore frequenza sono state piressia (n. 36), dolore addominale (n. 21) e pianto (n. 15).

Persino per il Rotavirus, somministrato in pochissimi casi, nel 70 % dei casi è stato co-somministrato con altri vaccini, dichiarando ancora la non conoscenza dell'esposizione della popolazione ed il riferimento alle solo dosi vendute.

e) **Rapporto 2014-2015 (redatto nel 2017 aggiornando i dati dal 2009)** [\[5-A26\]](#)

Come visto nel capitolo 3, anche dopo l'emanazione ritardataria del DM 30 aprile 2015 ed il reinserimento normativo della necessità di una **tempestiva segnalazione** di eventi avversi, si iniziò forse a raccattare qualche scheda cartacea, compilata da qualche medico coscienzioso ma impotente. Per l'emissione dei rapporti successivi al 2012 si dovrà aspettare il 2017 quando, l'intento di gravare ancora sulla salute dei nostri bambini, poneva in cattiva luce le nostre autorità sanitarie persino nei confronti dei devianti psicopatici dell'OMS.

Iniziò, dunque, la redazione del rapporto per gli anni 2013, 2014, 2015 e 2016, inserendo nel RFN segnalazioni occorse anche 10 anni prima. La serenità con cui AIFA mostrava al pubblico la registrazione di decessi occorsi molti anni prima, era garantita dall'assenza normativa di qualunque ritorsione legale, persino di una semplice ammenda. Punizione non inclusa espressamente nella normativa.

Un'altra novità rispetto al passato è costituita dal fatto che i pazienti/cittadini sono fortemente incoraggiati a segnalare le sospette reazioni avverse da medicinali ed è incentivata la loro attiva partecipazione anche attraverso una semplificazione della procedura di segnalazione, che può avvenire direttamente tramite il portale web dell'AIFA www.vigifarmaco.it (dopo una fase pilota la segnalazione via web è pienamente operativa dal febbraio 2017). Un punto essenziale del nuovo decreto è la trasparenza: tutte le informazioni importanti inerenti la sicurezza dei medicinali devono essere rese tempestivamente accessibili al pubblico. A questo scopo, il portale web dell'AIFA continuerà a giocare un ruolo fondamentale. Infine, viene sottolineata l'importanza

Nel 2017 dunque, non solo si redigeva un rapporto di farmacovigilanza riferito a quanto occorso 4 anni prima, ma si aggiornavano i dati per i rapporti 2009-2010; 2011, 2012 e 2013.

Alla data del 31 dicembre 2016 le segnalazioni relative solo ai vaccini, con insorgenza nel 2014, sono state 8.873, pari a circa il 18% del totale (49.621 segnalazioni a farmaci e vaccini). In tabella 5 è riportata la distribuzione, in termini assoluti e percentuali, delle

Nonostante il rapporto dedicasse un paragrafo per illustrare le novità introdotte dal (tardivo) decreto Ministeriale del 30 aprile 2015, che introduceva importanti modifiche sul sistema nazionale di farmacovigilanza per la raccolta e valutazione delle

segnalazioni di sospette reazioni avverse da medicinali, presentava anche un corposo paragrafo che ne illustrava le inefficenze.

SEGNALAZIONI A VACCINI INSERITE NELLA RNF SENZA INDICAZIONE DEL NOME COMMERCIALE

Centoquattro segnalazioni di reazioni insorte nel 2014 e 55 nel 2015 sono state inserite in rete senza nome commerciale e senza indicazione precisa dell' ATC.

Le segnalazioni provengono in misura differente da 12 regioni e una provincia autonoma (Figura 3), tutte le segnalazioni del 2014 ad eccezione di 2 provengono da progetti di FV attiva. I vaccini maggiormente segnalati sono stati i vaccini antipneumococcici (50%) e l'esavalente (46%) nel 2014 e i vaccini antinfluenzali (20%) e quelli antipneumococcici (18%) nel 2015.

Ben 104 segnalazioni, senza la denominazione ed informazioni sul medicinale, provenivano addirittura da progetti di **farmacovigilanza ATTIVA**, per i quali il personale avrebbe dovuto ricevere adeguata formazione, prevista ed obbligata, sin dal PNPV 2010-2012. Nonostante l'ignoranza del personale, tali lacune avrebbero dovuto essere colmate tempestivamente con la richiesta di informazioni.

Nel **2017**, AIFA è quasi irritata dallo scempio con cui si conduceva la farmacovigilanza.

In tali schede di sospette reazioni avverse i vaccini sono stati riportati senza il nome commerciale ma solo con le indicazioni circa le componenti del vaccino utilizzato. Per la mancanza di questa ed altre informazioni basilari, tali schede sono difficilmente valutabili. Sorprende che, ancora oggi non sia possibile risalire non solo al lotto ma neanche al nome commerciale e che, analogamente, in caso di co-somministrazioni non sia possibile addirittura sapere né cosa né dove è stato somministrato. Le segnalazioni gravi inserite senza indicazione del nome commerciale nel 2014 sono state 18 (Tabella 4), tra cui un decesso con un vaccino antinfluenzale, un caso di polmonite e sepsi diagnosticate nel

Tuttavia, in base all'articolo 14 e 15 del decreto 30 aprile 2015, **era compito dell'AIFA gestire le funzioni di farmacovigilanza a livello nazionale**, per la partecipazione alle attività di farmacovigilanza dell'Unione europea, in collaborazione con i Centri Regionali di farmacovigilanza **adeguatamente organizzati, strutturati e formati.**

Anche in questo rapporto si prosegue nella conferma della maggior incidenza di eventi avversi in relazione alla co-somministrazione per tutte le tipologie di vaccino e nonostante queste gravi inefficienze, si **avallava l'emanazione del decreto Lorenzin per l'aggravio di somministrazioni.**

La distribuzione per SOC del vaccino antipneumococcico 13-valente, riportata in tabella 15, ricalca, per le classi sistemiche organiche coinvolte con maggiore frequenza, la distribuzione delle reazioni osservata per l'esavalente con cui questo vaccino è ormai spesso co-somministrato (79%). Le reazioni segnalate con maggiore frequenza sono state per il vaccino antipneumococcico 13-valente piressia (n. 1.034), agitazione (n. 300),

VACCINAZIONI CONTRO MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA E VARICELLA

Le 5.394 segnalazioni (di cui 488 gravi, 9%) ricevute nel 2014 per le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia e varicella riguardano i vaccini trivalenti MPR da soli (14%), i vaccini MPR in co-somministrazione con i vaccini contro la varicella (44%), e il tetravalente MPRV (38%). Quindi nel complesso l' 82% delle segnalazioni ha riguardato la

2 mesi - 2 anni e nella maggior parte dei casi (98,4%) sono somministrati da soli, mentre il 43% delle segnalazioni a vaccini del gruppo ACWY si riferiscono a giovani o adulti (età >11 anni) e in più della metà delle segnalazioni il vaccino è in co-somministrazione con altri vaccini.

Questi numeri non hanno alcun valore scientifico, considerando l'enorme sottostima delle segnalazioni, l'inefficienza della farmacovigilanza e l'assenza di qualunque studio.

Nel 2017 (nel rapporto riferito al 2014-2015) si provvedeva **ad aggiornare** i dati delle segnalazioni sulle segnalazioni per osservate negli anni 2009-2013 ma inserite in rete dopo la pubblicazione dei rapporti stessi e disponibili al 31 dicembre 2016.

5-R23 – Abrogando la farmacovigilanza per 4 anni ed inserendo nel RFN eventi insorti anche 10 anni prima, solo per avere uno scudo legale per gli ulteriori obblighi, può essere considerato sinonimo delle **GARANZIE offerte?**

A conferma della naturale impossibilità di classificazione di un evento avverso in caso di somministrazione, nella sezione "*PROGETTO DI SORVEGLIANZA ATTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI A VACCINI VIRALI VIVI: MPRV E MPR+V*" del rapporto analizzato, si analizza lo studio di **farmacovigilanza attiva** realizzato dalla regione

Veneto, nel periodo agosto 2013 – luglio 2014. Lo studio, per valutare l'introduzione del vaccino combinato, considerava una corte elegibile così composta: 7593 per MPRV, 6998 per MPR+V. A ciascun genitore veniva rilasciata una scheda di segnalazione da riportare (anche in assenza di sintomi) all'atto della seconda somministrazione.

Per una corretta analisi, infatti, **furono esclusi** dallo studio il **15%** delle schede perchè riguardanti vaccini differenti (MPR) o **perchè in co-somministrazione con Esavalente, Pneumococco, Meningococco, HAV, Febbre gialla.**

Trascurando la dubbia esclusione di eventi per tutte le 2.300 schede non pervenute, faccio notare come il tasso di segnalazione fosse di **15/10.000**, ovvero, riportando al tasso utilizzato sempre nei rapporti, **150/100.000.**

Nel 2014 viene ritirato dal mercato il medicinale *Meningitec* [L], quello tra l'altro che presentava il minor numero di segnalazioni, a causa della presenza di particolato di colore rossastro ma che sicuramente non aveva interessato i lotti in distribuzione nel nostro paese [L], come accadeva per l'infanrix hexa [L]. Sempre fortunati!

f) **Rapporto 2016** [5-A27]

Ancora **garanzie** di sicurezza nella co-somministrazione!

Le reazioni gravi sono state 188 (16,7%). La maggior parte delle segnalazioni (n. 845, 75%) si riferisce alla somministrazione contemporanea di esavalente e altri vaccini (in particolare il vaccino contro lo pneumococco), coerentemente con la co-somministrazione prevista dal calendario vaccinale, 163 segnalazioni riportavano l'esavalente come unico vaccino utilizzato.

Garanzie postume....

In 4 su 10 segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi osservate per Tetravac, il vaccino era in co-somministrazione con vaccini MPR. Il 76,4% delle segnalazioni per Tetravac si riferisce alla somministrazione contemporanea di Meningitec e altri vaccini.

Garanzie postume..

La distribuzione per SOC degli eventi riportati per vaccino antipneumococcico 13-valente, riportata nella tabella 16, ricalca, per le classi sistemiche organiche coinvolte con maggiore frequenza, la distribuzione delle reazioni osservata per l'esavalente con cui questo vaccino è ormai spesso co-somministrato (81%) in sede corporea diversa. Le reazioni segnalate

E finalmente, relativamente ad un caso di trombocitopenia (che si analizzerà meglio in seguito) per il medicinale PREVENAR 13, AIFA scrive:

presenta con una specifica frequenza a un ulteriore approfondimento. Il numero di segnalazioni di sospetta trombocitopenia dopo somministrazione di Prevenar 13 è infatti esiguo e nella maggior parte dei casi, è riportata la co-somministrazione con vaccini contenenti la componente morbillosa per i quali è nota questa tipologia di sospetta reazione avversa. Non essendo disponibili ulteriori informazioni e non essendo le prove sufficienti a supportare un nesso di causalità, lo stesso risulta indeterminato.

Ossia, la patologia è stata riscontrata per la componente morbillosa più che per il vaccino antipneumococco ma, essendo in co-somministrazione, il segnale risulta indeterminato.

Nella maggior parte delle segnalazioni relative al vaccino anti-meningococco B (98,1%) non viene riportata una co-somministrazione di altri vaccini non anti-meningococcici, co-somministrazione presente invece in più della metà delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini del gruppo ACW135Y.

I vaccini disponibili contro il rotavirus sono il Rotarix e il Rotateq, indicati nella popolazione pediatrica (<2 anni). Complessivamente sono pervenute 105 segnalazioni, di cui 97 relative a Rotarix (34,7% gravi) e 4 a Rotateq (1 grave) (Tabella 26). La quasi totalità delle segnalazioni si riferisce alla fascia di età sotto i due anni senza differenze di genere. In 40 casi (38%) il vaccino contro il rotavirus risultava essere l'unico somministrato, mentre in 58 segnalazioni (55%) era stato co-somministrato con il vaccino esavalente e con quello anti pneumococco. 74 (70,5%) sono le reazioni insorte fra il 01/01/2016 e il 31/12/2016.

Vaccini poliomelitici

Nel 2016 sono state riportate 12 segnalazioni a vaccini poliomelitici (4 gravi), l'83% in bambini sotto i 12 anni (Tabella 31). In tutte le segnalazioni, a parte due, il vaccino è stato co-somministrato. Le sospette reazioni avverse insorte fra il 01/01/2016 e il 31/12/2016 sono 8 (66,7%).

5-R24 – Chiedo cortesemente l'elenco degli studi, al 2016, a sostegno della non maggiore reattogenicità (garantita**) della co-somministrazione dei vari principi attivi.**

g) Rapporto 2017 [5-A28]

maggior numero di segnalazioni, 127 in totale, di cui 52 gravi (40,9%). Sono state inserite 125 segnalazioni di cui 14 gravi (11,2%) per il vaccino Boostrix, utilizzato per il richiamo contro difterite, tetano e pertosse nei bambini di età superiore a quattro anni. Tra le 14 gravi, in 6 casi, al vaccino trivalente è stato co-somministrato un vaccino antimeningococcico, in due casi un vaccino contro il colera e contro il tifo, e in un caso un vaccino antipneumococcico.

Sul totale di 123 sospette reazioni avverse gravi ai vaccini pneumococcici, 83 (67,5%) sono risultate correlabili alla vaccinazione, 15 (12,2%) sono risultate non correlabili, 17 (13,8%) indeterminate e 8 (6,5%) non classificabili. In 58 reazioni avverse correlabili, è indicata la co-somministrazione del vaccino antipneumococcico 13-valente e dell'esavalente. Il 67,4% delle reazioni avverse gravi risultate correlabili ai vaccini antipneumococcici riporta come esito la risoluzione completa dell'evento e il 38,6% "miglioramento" o "esito non disponibile".

Nonostante le garanzie offerte all'inizio delle co-somministrazioni, nel 2017 in Puglia viene attivato uno **studio sulla co-somministrazione**:

Il 93% delle segnalazioni relative ai vaccini contro l'epatite A proviene dalla Puglia dove è stato attivato un programma di offerta attiva della vaccinazione antiepatite A e un contemporaneo progetto di farmacovigilanza attiva sulla co-somministrazione di questo vaccino con il vaccino MPRV nel corso del 2017.

Havrix (HAV) e Engerix B (HBV) e sono stati i vaccini con più segnalazioni (rispettivamente n. 348 e n. 27).

Lo studio di farmacovigilanza avviato in Puglia, relativo alla somministrazione del vaccino MPR/V anche in co-somministrazione con altri vaccini, confermava una **sottostima** minima delle segnalazioni spontanee del **340%**. **Dall'analisi dei dati, emerge un'incidenza delle segnalazioni gravi del 4%** [\[L\]](#) [\[5-A29\]](#).

Sottolineo che questa sottostima ed evidenza è relativa al solo vaccino MPR/V.

I dati sono trapelati a seguito dall'intervento esposto in Commissione Sanità da Antonio Affinita, direttore generale del movimento italiano genitori (Moige), nonostante l'articolo 15(a) del decreto 30 aprile 2015 reciti:

“AIFA adotta, coadiuvata dalle regioni, tutte le misure adeguate per incoraggiare pazienti, medici, farmacisti ed altri operatori sanitari a segnalare sospette reazioni avverse alle autorità competenti sul territorio nazionale; ai fini di tali obiettivi, se necessario, possono essere coinvolte le organizzazioni che rappresentano i consumatori, i pazienti e gli operatori sanitari”.

h) Rapporto 2018 [\[5-A30\]](#)

Anche nel 2018, **ancora garanzie:**

Nel 44% delle 34 segnalazioni gravi il vaccino trivalente è stato co-somministrato con altri vaccini: in 7 casi con un vaccino antimeningococcico, in 4 casi con un vaccino contro il morbillo, parotite e rosolia, e in 4 casi con un vaccino antipneumococcico.

2.5 VACCINI CONTRO MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA E VARICELLA

I vaccini per l'immunizzazione primaria contro morbillo (M), parotite (P), rosolia (R) e varicella (V) sono disponibili come formulazioni tetravalenti (MPRV) e trivalenti (MPR).

Nel 2018 sono state inserite 2.031 segnalazioni complessive a vaccini MPR-MPRV (di cui 437 gravi, 21,5%), con un incremento del 36,5% rispetto al 2017 a seguito di un progetto multiregionale di farmacovigilanza attiva, guidato dalla regione Puglia. La maggior parte di

Nel report del 2018, con **estremo candore**, si conferma un **incremento del 39% di segnalazioni** rispetto all'anno precedente (non del 340% come riportato nello studio).

Nel documento, AIFA si limita a riportare il dato preoccupante dell'incremento abnorme delle segnalazioni in maniera sterile, senza nessun commento. L'ovvia deduzione è lasciata all'eventuale lettore: se **SI OSSERVA ATTIVAMENTE la realtà è ben diversa.**

entrambi i vaccini. Il vaccino contro il rotavirus risultava essere l'unico somministrato in 123 casi (28,5%), mentre in 261 segnalazioni (60,4%) era stato co-somministrato con il vaccino esavalente e/o con quello anti-pneumococco.

Nel 2018 sono state riportate 31 segnalazioni a vaccini anti poliomelitici di cui 6 gravi. L'89% ha interessato soggetti di età inferiore ai 12 anni. In 19 segnalazioni il vaccino è stato co-somministrato con altri monovalenti.

5-R25 – Chiedo ad AIFA l'elenco degli studi, al 2018, a sostegno della non maggiore reattogenicità (garantita) della co-somministrazione dei vari principi attivi.

i) Rapporto 2019 [5-A31]

Nel 39% delle 28 segnalazioni gravi il vaccino trivalente è stato co-somministrato con altri vaccini: in 4 casi con i vaccini contro il rotavirus e anti-pneumococco, in 4 casi con un vaccino anti-pneumococco, in 2 casi con i vaccini per epatite A e tifo e in 1 caso con il vaccino anti-meningococco ACW135Y coniugato.

Nel 2018 giunge a termine il progetto di farmacovigilanza attiva della regione Puglia, così, si **festeggia** il calo del 35% delle segnalazioni!

Nel 2019 sono state inserite 1.320 segnalazioni complessive relative a vaccini MPR, MPRV e V (di cui 402 gravi, 30,5%), con una riduzione del 35% rispetto al 2018. Questo andamento è stato determinato dalla conclusione di un progetto multiregionale di farmacovigilanza attiva, guidato dalla regione Puglia. Il 60,8% delle segnalazioni riguarda il vaccino tetravalente MPRV (n. 802), il 30,3% i trivalenti MPR da soli (n. 400) e il 3,2% i trivalenti MPR in co-somministrazione con i vaccini contro la varicella (n. 42), mentre il 5,5% riguarda i

5-R26 – Dunque, nel 2019 si registrano 1.320 segnalazioni solo per i vaccini MPR, MPRV e V, di cui 402 gravi nonostante la riduzione delle segnalazioni del 35% dovute alla cessazione della farmacovigilanza attiva: CHIEDO A TUTTO I DESTINATARI DELLA PRESENTE SE QUESTO SIA UN PROFILO DI SICUREZZA ACCETTABILE PER UN MEDICINALE DA INIETTARE OBLIGATORIAMENTE IN BAMBINI SANI PER PROTEGGERLI DA MALATTIE ERADICATE DI RARISSIMO CONTAGIO E NON LETALI.

5-R27 – Ai sensi al DM 30 aprile 2015, un drastico calo delle segnalazioni per la cessazione di interventi di farmacovigilanza attiva **è sinonimo di sicurezza del medicinale?**

segnalazioni non è riportata l'informazione sull'età). Questa distribuzione è compatibile con l'indicazione di entrambi i vaccini (Tabella 26). Il vaccino contro il rotavirus risulta essere l'unico somministrato in 230 casi (36,7%), mentre in 335 segnalazioni (54,6%) è stato co-somministrato con il vaccino esavalente e/o con quello anti-pneumococco.

5-R28 – Chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute l'elenco degli studi, al 2018, a sostegno della non maggiore reattogenicità (**garantita**) della co-somministrazione dei vari principi attivi.

j) **Rapporto 2020** [\[5-A32\]](#)

Nel 53% delle 15 segnalazioni gravi il vaccino trivalente è stato co-somministrato con altri vaccini.

Vaccini anti-meningococcici co-somministrati

Cinque segnalazioni riportano vaccini anti-meningococcici co-somministrati. Di queste, 4 riguardano i vaccini anti-meningococco B + ACW_{135Y} e 1 i vaccini anti-meningococco B + C. Le 4 schede che riportano i vaccini anti-meningococco B + ACW_{135Y} sono 2 gravi, risultate correlabili, e 2 non gravi. Due schede si riferiscono a pazienti di sesso maschile e 1 di sesso femminile, mentre in 1 scheda non è specificato. L'età è riportata solo per le 2 schede gravi correlabili (un paziente di 11 anni e uno di 12).

La scheda che riporta entrambi i vaccini anti-meningococco B + C è riferita a una bambina di 21 mesi. La reazione è stata definita come grave e il nesso di causalità non è stato valutato.

5-R29 – Ai sensi della normativa sulla farmacovigilanza (ad esempio l'art. 15 e DM 30 aprile 2015), chiedo al ministero della Salute una valutazione dello stralcio sopra riportato.

Questa distribuzione è compatibile con l'indicazione di entrambi i vaccini. Il vaccino contro il rotavirus risulta essere l'unico somministrato in 147 casi (33,8%), mentre in 184 segnalazioni (42,3%) è stato co-somministrato con il vaccino esavalente e con quello anti-pneumococco e in 91 segnalazioni (20,9%) con il vaccino anti-meningococco.

5-R30 – Chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute l'elenco degli studi, al 2018, a sostegno della non maggiore reattogenicità (garantita**) della co-somministrazione dei vari principi attivi.**

k) 2022 - Calendario vaccinale della Regione Toscana [\[5-A33\]](#)

Ancora oggi, **continuano le garanzie di NON maggior reattogenicità della co-somministrazione** mai soddisfatte e si inasprisce la folle corsa alle iniezioni, ognuno per proprio conto, per raggiungere obiettivi di rientro di capitali e non di sicurezza della popolazione.

Visto il notevole dinamismo del settore delle vaccinazioni e la continua disponibilità di nuovi vaccini, si evidenzia che il presente documento rappresenta uno strumento in continua evoluzione, ragione per cui si prevede da ora in poi di poter aggiornare il calendario vaccinale con cadenza diversificata rispetto alle revisioni dell'intero Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale.

Ancora oggi, la regione Toscana afferma, con evidenze contrarie, che la co-somministrazione è **“generalmente”** praticabile.

1) concentrare, per quanto possibile, gli appuntamenti per le sedute vaccinali, utilizzando i vaccini combinati disponibili e le co-somministrazioni. A questo proposito si ricorda che i vaccini possono generalmente essere co-somministrati (cioè più di un vaccino somministrato in siti differenti durante la stessa seduta).

Poi addirittura, assicura che la somministrazione contemporanea di soli due vaccini sia dovuta solo **a superstizione!**

2) migliorare la compliance alle vaccinazioni somministrando ove possibile contemporaneamente non più di due vaccini per via iniettiva, in sede diversa. Tuttavia questa indicazione è dettata più da ragioni culturali e psicologiche, e non è quasi mai correlata a problemi di immunogenicità e/o sicurezza. Pertanto, la co-somministrazione di più di due vaccini simultaneamente può essere adottata in situazioni di necessità o opportunità;

In assenza di indicazioni la co-somministrazione è sempre possibile, in modo da non sovraccaricare le strutture sanitarie ed evitare l'eccesso di sudorazione degli operatori sanitari, che potrebbe portare un aggravio di CO2!

Il Center for Disease Control (Atlanta, GA, USA) dichiara che la co-somministrazione di vaccini non esplicitata in scheda tecnica è sempre possibile a meno che non ci sia una controindicazione specifica. Si ricorda che la co-somministrazione, quando possibile, va sempre preferita in quanto riduce il disagio degli utenti e il carico di lavoro dei Servizi;

5-R31 – Chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute il link o copia degli studi a conferma delle dichiarazioni del CDC sulla perenne possibilità della co-somministrazione (intendendo con studi evidenze di livello 2 e 3, non il semplice farneticare dei criminali stranieri).

5-R32 – Tralasciando le autorità straniere, chiedo ad AIFA, nostra autorità sanitaria, gli studi e le evidenze in genere, tali da supportare scientificamente le fregnacce dette in giro per il mondo.

Oltre alla **completa ignoranza** sulla somministrazione contemporanea ed alla **inutilità** della loro produzione anni dopo la data delle segnalazioni, tali rapporti hanno una **“infodatezza strutturale”**. Durante i 12 anni analizzati, la somministrazione e la co-somministrazione ha interessato molti farmaci **approvati centralmente** (Infanrix, Gardasil, Prevenar, Bexero, Vaxelis ..) e per i quali, era (ed è) richiesta una valutazione su **base centrale** ai sensi del regolamento di esecuzione UE 520/2012. Tale valutazione è entrata in vigore solo legalmente (ma non tecnicamente) nel 2017, con l'attivazione di Eudragilance, ancora privo delle funzionalità per tali indagini [\[L\]](#). Una valutazione che poteva nascere solo a seguito dell'analisi periodica e **multidisciplinare** degli eRMR prodotti da AIFA ed analizzati dal relatore scelto dal PRAC, per la **validazione e prioritizzazione dei segnali inseriti nell'EPITT** [\[L\]](#).

5-R33 – CHIEDO DUNQUE AD AIFA ED AL MINISTERO DELLA SALUTE, UNA RELAZIONE TECNICA SULLA VALIDITA' DELLE "CASERECCE E REGIONALI" DEDUZIONI SUL RAPPORTO RISCHIO BENEFICIO DEI FARMACI MENZIONATI ALL'INTERNO DI TALI RAPPORTI E RELATIVI ALLE SEGNALAZIONI DI UNA MANCIATA DI REGIONI DOTATE DI UN MINIMO DI SORVEGLIANZA.

Dopo aver concesso alle case farmaceutiche di dilettersi con la salute dei nostri bambini, OGGI, un gruppo di scienziati, con le solite indagini statistiche, utilizzando qualche software online a buon mercato, utilizzando dati sconosciuti ed inseriti da personale non qualificato, con nomenclature e definizioni eterogenee, sottostimati, sfoliti grossolanamente dai banali codici dell'OMS ecc, riguardo alla comparazione tra co-somministrazione e somministrazione di vaccini combinati concludono [\[L\]](#) [\[5-A34\]](#): *“vaccini combinati possono migliorare la copertura vaccinale e ridurre il numero delle visite mediche, migliorare la qualità dei servizi sanitari e ridurre i costi complessivi per i sistemi sanitari e la società. Tuttavia, a causa della mancanza di un ampio campione e rapporti clinici multipopolazione, **la sicurezza e l'efficienza della vaccinazione combinata rimane ancora controverso**”*.

4. Discussion

Combination vaccines can improve immunization coverage and reduce the number of medical visits, improve the quality of healthcare services and reduce the overall costs for healthcare systems and society [26,27]. However, because of the lack of large sample-size and multi-population clinical reports, the safety and efficiency of combined vaccination still remains controversial. This study provides a summary of the safety and effectiveness of childhood combination vaccines against clinical outcomes that are relevant for decision makers. Three currently available combination vaccines for childhood immunization were evaluated in our study: the combined DTaP-IPV-Hib vaccine, the combined DTaP-HBV-Hib vaccine, and the combined DTaP-HBV-IPV-Hib vaccine.

Come ogni studio poi, si analizza la febbre come unico evento rilevante, naturalmente avendo preso la solita finestra temporale di 7 giorni e dopo aver riscontrato un simile profilo di sicurezza, illustrano le limitazioni.

This meta-analysis included 5088 healthy children from different countries and ethnic groups. To minimize the risk of selection bias and provide more adequate and reliable evidence, we included only RCTs. However, this study had some limitations. First, in the present study, many randomized trials did not report the specifics of random sequence generation, allocation concealment, or blinding. Some blinding was only applied to serum analysis by laboratory technicians. Second, although vaccination schedules were similar among the included studies, immunogenicity was measured at different time points. We included immunogenicity data after the third vaccination, while the immunogenicity

La sicurezza ed efficacia dei singoli farmaci che iniettiamo ai nostri bambini, soprattutto in co-sommistrazione è in studio da molti anni [\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) ed è programmata per i prossimi [\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[14\]](#) [\[15\]](#) [\[16\]](#). La mole degli studi in corso, passati e futuri, la sperimentazione di più combinazioni che, come dichiarato, hanno il GRANDE beneficio di ridurre solo il numero di visite ai centri vaccinali, sono la conferma che **la sicurezza pubblica sia stata solo la facciata per nascondere il vero obiettivo, ovvero, agevolare la sperimentazione promossa dalle case farmaceutiche, prevista negli articoli del Titolo VIII del D.Lgs. 24.4.2006 n. 219.**

Ancora oggi si indaga la co-somministrazione del PREVENAR 13 e del MMR, farmaci inoculati a mia figlia 11 anni fa [\[17\]](#). Nello stesso studio vengono riportati i vari gruppi di indagine per le varie combinazioni di medicinali, suddivisi in 57 diverse località negli Stati Uniti. L'indagine dovrebbe terminare in agosto ed al momento il sito ufficiale non riporta risultati. Sempre negli Stati Uniti, in altri 51 siti si conducono studi simili con altri accoppiamenti e diverse età [\[18\]](#). **Ancora oggi sono in fase di recruiting studi su efficacia e sicurezza del DTaP-IPV [\[19\]](#), ovvero della formulazione infantile del Triaxis-Polio obbligato per mia figlia.**

A distanza di anni si realizzano studi per analizzare le schede di segnalazione registrate 5 anni prima, come in questo studio in Germania del 2018 [L], dopo l'introduzione di vaccino 4CmenB.

Sin dalla proposta del **calendario vaccinale vita** del 2012 [5-A35], **iniziava il rimbalzo di responsabilità. Il board, che doveva fornire evidenze scientifiche solide al decisore del PNV, stilava la sua proposta di calendario basandosi sullo stesso PNV.**

Nella stesura del presente documento sono state tenute presenti le indicazioni del PNPV, essenziali per valutare l'opportunità o meno dell'introduzione di una nuova vaccinazione, quali la dimensione epidemiologica della malattia e l'efficacia della vaccinazione, mentre come obiettivi di salute, in ordine d'importanza, sono stati considerati la mortalità, le sequele permanenti gravi, le complicanze e i ricoveri, la morbilità ed i costi diretti e indiretti.

Senza responsabilità, il board ha garantito per anni la sicurezza e la non maggiore reattogenicità della co-somministrazione.

- solo per risparmiare tempo ed indurre all'inoculazione aggiuntiva**
- sono stati concentrati, per quanto possibile, gli appuntamenti per le sedute vaccinali, privilegiando i vaccini combinati disponibili e le co-somministrazioni;
 - si è garantito che le co-somministrazioni, quando proposte, non aumentino significativamente la frequenza o severità degli effetti collaterali e che non venga compromessa l'immunogenicità dei singoli vaccini. A questo riguardo si è tenuto conto delle evidenze disponibili nella letteratura scientifica e delle indicazioni fornite dal produttore nello RCP (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) specifico di ciascun vaccino;

Non poteva esistere letteratura scientifica per farmaci appena immessi sul mercato. Medicinali per i quali si era costretti a modificare il processo produttivo e la struttura dopo qualche anno, perchè tossici [L] [L].

perchè più furbi o perchè topi?

In Italia il vaccino IPV può essere co-somministrato con l'anti-difterite-tetano e pertosse a contenuto antigenico ridotto (dTp), ed esiste la possibilità di usare un vaccino combinato tetravalente (dTp-IPV).

Atteso che esiste un razionale epidemiologico e scientifico si inserisce la 5^a dose di vaccino IPV da somministrare agli adolescenti, in analogia a quanto previsto nei calendari vaccinali di altri Paesi Europei, come Regno Unito, Francia e Germania.

5-R34 – L'unico possibile razionale scientifico poteva essere descritto nella valutazione HTA per l'introduzione di strumenti sanitari, per la quale riporto la richiesta fatta al capitolo 1.

Dopo aver garantito la sicurezza della co-somministrazione, nella seconda edizione de RAZIONALE CALENDARIO PER LA VITA – 2014, tutte le società scientifiche componenti il board, elencavano sinteticamente lo **sforzo intellettuale** effettuato nella proposta dei buchi che però, **rimandava alla analisi finale delle istituzioni**.

L'iniziativa nasceva sulla scorta di molteplici esigenze, che richiamiamo brevemente.

- 1) Innanzitutto dalla necessità condivisa di un rilancio delle vaccinazioni, non solo nell'ambito pediatrico ma anche in quello della medicina generale, in un contesto storico successivo all'esperienza della pandemia da virus H1N1, che aveva provocato un calo dell'attenzione popolare all'importanza della pratica vaccinale.
- 2) In seconda istanza, dalla necessità di condividere un calendario vaccinale ottimale, suffragato da una attenta e precisa analisi scientifica, come punto d'arrivo della miglior offerta possibile da sottoporre all'attenzione delle Istituzioni da sempre deputate all'emanazione dei calendari nazionali e regionali. Il tutto nella consapevolezza derivante dalla difficoltà di adottare un calendario così completo da sembrare ad alcuni troppo ambizioso, ma anche dei vantaggi che esso porterebbe sia in termini di salute che di investimento sul risparmio economico attraverso una lungimirante politica di prevenzione.
- 3) Infine, dalla necessità di promuovere una cultura vaccinale omogenea nella classe medica e tra i professionisti sanitari, senza distinzione nei ruoli di assistenza e dei servizi, o nelle fasce di età che si dovrebbero tutelare.

Dunque, dopo indagini, valutazioni, incrocio di dati e letteratura... si dovevano promuovere i buchi e costringere i medici a propagandarli, proteggendoli con l'emanazione della Legge 8 novembre 2012 n. 189.

Nel 2014, con l'intento di inserire il vaccino anti-meningococco B nella profilassi infantile [5-A36], le società scientifiche cercavano di risolvere il grattacapo di effettuare quattro buchi in pochi mesi ma limitati da due buchi a seduta!

Data la gravità delle affermazioni, inserite in piccole note, le riporto testualmente senza utilizzare l'immagine del documento:

“vaccinazione gratuita di tutti i lattanti. La scelta della collocazione delle dosi di meningococco B rappresenta un problema di non facile risoluzione, considerate le contrastanti necessità di effettuare 4 somministrazioni nel volgere di pochi mesi, di non effettuare più di 2 iniezioni simultaneamente e, nel limite del possibile, di evitare le co-somministrazioni del vaccino anti-meningococco B con altri vaccini, visto l'incremento delle febbri di grado moderato/elevato ad esse conseguente.

A tale proposito, si sottolinea l'importanza di segnalare gli eventuali eventi avversi ad un vaccino di concezione innovativa come quello contro meningococco B (Bexsero).

LA SOMMINISTRAZIONE SEPARATA DA ALTRI VACCINI PUÒ FACILITARE LA VALUTAZIONE DI SICUREZZA SENZA FATTORI DI CONFONDIMENTO.

Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococco B nel Calendario della Vita, che rappresenta una modalità concreta di introduzione di questa nuova fondamentale possibilità preventiva".

Raccomandazioni, quelle sul vaccino **anti-meningococco B**, mai attuate. Nel 2015 veniva **ritirato** il vaccino **Meningitec** e si confermava l'**inutilità** del vaccino Mencevax ACWY, oltre al ritiro cautelativo del FLUAD, magari dopo lo smaltimento delle scorte esistenti, dato che la sua **inefficacia** era stata accertata già nel 2013 [\[L\]](#).

L'unico vaccino anti-meningococco B citato nel rapporto di sorveglianza post-marketing 2014-2015 (ma redatto nel 2017) e per il quale occorre una attenta sorveglianza data l'innovazione, era il veleno denominata **Bexero** [\[L\]](#). Approvato solo nel 2013 e costituente una innovazione nella **vaccinologia inversa basata sulla genomica**, che ha consentito ai ricercatori di identificare i geni che codificano per le proteine di superficie. Secondo i nostri ricercatori [\[L\]](#), ampi studi clinici avevano dimostrato una elevata immunogenicità e tollerabilità e, come sempre, **livelli di sicurezza ACCETTABILI** nei neonati e nei bambini piccoli:

Proteina di fusione ricombinante NHBA di <i>Neisseria meningitidis</i> gruppo B ^{1,2,3}	50 microgrammi
Proteina ricombinante NadA di <i>Neisseria meningitidis</i> gruppo B ^{1,2,3}	50 microgrammi
Proteina di fusione ricombinante fHbp di <i>Neisseria meningitidis</i> gruppo B ^{1,2,3}	50 microgrammi
Vescicole della membrana esterna (OMV) di <i>Neisseria meningitidis</i> gruppo B ceppo NZ98/254 misurate come quantità di proteina totale contenente PorA P1.4 ²	25 microgrammi
¹ <u>prodotto su cellule di <i>E. coli</i> mediante tecnologia di DNA ricombinante</u>	
² adsorbito su idrossido di alluminio (0,5 mg Al ³⁺)	
³ <u>NHBA (Neisseria Heparin Binding Antigen), NadA (Neisseria adhesin A), fHbp (factor H binding protein)</u>	

Un veleno per il quale non erano stati eseguiti studi clinici di efficacia

Efficacia clinica

L'efficacia di Bexero non è stata valutata mediante sperimentazioni cliniche. L'efficacia del vaccino è stata dedotta dimostrando l'induzione di risposte anticorpali battericide sieriche verso ciascuno degli antigeni del vaccino (vedere paragrafo Immunogenicità).

Un veleno che sin dall'inizio presentava problemi di immunointerferenza.

Studi clinici hanno dimostrato, in base ai tassi di risposta anticorpali non inferiori a quelli dei vaccini di routine somministrati da soli, che le risposte immunitarie dei vaccini di routine co-somministrati non erano influenzate dalla somministrazione concomitante di Bexsero. Risultati non consistenti sono stati osservati per quanto riguarda le risposte al poliovirus inattivato di tipo 2 e allo pneumococcico coniugato di sierotipo 6B e sono stati riscontrati anche titoli anticorpali inferiori all'antigene pertactina della pertosse, tuttavia questi dati non suggeriscono una interferenza clinicamente significativa.

Un veleno proposto dallo stesso **Board di “scienziati”** nel 2013 [\[L\] \[5-A37\]](#), il quale **riteneva solo interlocutorie** la decisione della sanità del Regno Unito (Joint Committee on Vaccination and Immunisation) di rimandare l'utilizzo del vaccino anti-meningococco B in programmi universali di immunizzazione a causa della **mancanza di informazioni su efficacia sul campo**, protezione di comunità e impatto dell'eventuale vaccinazione di adolescenti sulla circolazione del batterio in età pediatrica. **Il Board proponeva comunque l'utilizzo intensivo proprio per usare i nostri bambini come cavie ed ottenere tali risultati.**

Nella valutazione, il Board inserisce dunque considerazioni di carattere etico per una patologia caratterizzata da una notevole gravità, il dato di sotto-diagnosi e conseguente sotto-notifica evidenziato dal paragone tra dati ottenibili con le sole tecniche colturali e dati della sorveglianza ottenuta con tecniche biomolecolari (PCR), per giungere a conclusioni corrette sul profilo di costo –efficacia della vaccinazione.

5-R35 – Chiedo dunque ad AIFA ed al Ministero della Salute la relazione di **valutazione HTA per l'introduzione del vaccino **anti-meningococco B**.**

Il gruppo di società para-scientifiche poi, nel report del 2016, preoccupato per le finanze delle case farmaceutiche e del lungo lasso di tempo per la sperimentazione necessaria a testare il profilo di sicurezza prima dell'immissione del farmaco in piani vaccinali coinvolgenti milioni di individui, periodo vuoto e triste per i produttori, decidono di modificare procedure e protocolli di Health Technology Assessment (HTA) per generare in **tempi ragionevoli** valutazioni che sostengano le decisioni di applicare o rinviare l'introduzione di una nuova vaccinazione, ed anche in questa occasione, infondendo tranquillità ai medici, citando la legge dell'8 novembre 2012 n. 189. **Tale modifica si ritiene utile per risparmiare tempo in quanto, le analisi retrospettive sulle sperimentazioni sui nostri bambini hanno sempre comprovato la bontà dei medicinali inoculati alla cieca!**

Tra le tante buffonate epidemiologiche, molte delle quali già evidenziate, propongo qui quella che prende in considerazione una enormità di dati e più veleni inoculati [\[L\]](#), effettuata nel 2021, **10 anni dopo le ammissioni e garanzie di sicurezza ed efficacia**, secondo le

quali sono stati imposti obblighi. Lo studio analizza i dati di tre **sostanze melmose esavalenti** **Infanrix hexa** (DT3aP-HBV-IPV/Hib), **Hexyon** (DT2aP-HBV-IPV-Hib) and **Vaxelis** (DT5aP-HBV-IPV-Hib), sperimentate essenzialmente sui nostri bambini. Tralasciando le idiozie statistiche basate su dati incerti, assenti, soprattutto per il nostro Paese in cui l'anagrafe nazionale vaccinale è stata istituita solo nel 2019, in cui i registri di sorveglianza sono stati istituiti solo nel 2020, in cui non sono mai stati effettuati studi di sorveglianza attiva monitorata, si conclude che (riporto la traduzione):

Sebbene i 3 vaccini esavalenti autorizzati siano generalmente considerati simili, questa revisione critica dei dati sull'immunogenicità e sulla sicurezza provenienti da studi comparativi evidenzia che esistono alcune differenze, che potrebbero essere correlate a differenze nella composizione e nella formulazione. La rilevanza clinica delle differenze osservate nelle risposte immunitarie tra i vaccini non è stata stabilita. Inoltre, la dimostrata non inferiorità dell'immunogenicità dei vaccini più recenti rispetto a DT3aP-HBV-IPV/Hib non consente un collegamento completo verso efficacia, e sicurezza simili. Sebbene la disponibilità di DT3aP-HBV-IPV/Hib da oltre 20 anni abbia permesso di raccogliere una grande quantità di dati sulla sicurezza a lungo termine, sulle risposte immunitarie, sull'efficacia e sull'impatto sulle malattie negli studi clinici e post-marketing e lo rende un pilastro fondamentale della ricerca pediatrica immunizzazione, i dati cominciano ad essere disponibili solo per DT2aP-HBV-IPV-Hib, ed è attualmente troppo presto per avere questi dati per DT5aP-HBV-IPV-Hib.

Nel 2016, con gesto magnanimo, il Gruppo si impegna in **future discussioni** riguardanti due temi: il consenso e il dissenso alle vaccinazioni e la **predisposizione** di un manuale pratico (da aggiornare con continuità) sugli aspetti organizzativi della somministrazione delle vaccinazioni (ad esempio, **tema della co-somministrazione dei vaccini, "best practices"**)

Trascorsi altri due anni, maturate le conoscenze e la saggezza, nel report del 2019, le società scientifiche fanno un ulteriore passo avanti nella tutela del minore. Essendo ormai scomparsi dal mercato le dosi monovalenti, antieconomici per i produttori, le società tutte affermano che **non esista alcun rischio** nell'inocularsi un esavalente contenente antigeni per i quali si sia già immuni, in **violazione** del Decreto-legge 07 giugno 2017 n. 73, ammettendo espressamente che le somministrazioni monovalenti avrebbero compromesso il calendario vaccinale.

5-R36 – Chiedo al Ministero della Salute ed inoltre alla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica SItI, Società Italiana di Pediatria (SIP), alla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e per l'adulto, alla Federazione Italiana Medici Medicina Generale (FIMMG) **la documentazione** (al 2019) comprovante la dichiarazione e gli studi atti a scongiurare il banale fenomeno ADE (Antibody-dependent enhancement) [\[L\]](#).

Nell'RCP del Triaxis-Polio analizzato subito dopo e riportato chiaramente:

Le percentuali e la gravità degli eventi avversi nei riceventi dell'antigene tossoide tetanico sono influenzate dal numero di dosi precedenti e dal livello di antitossine preesistenti.

Inoltre, sempre nel report del 2019, tale unione scientifica propone linee di intervento innovative e all'avanguardia nella tutela dei bambini e nel **totale disprezzo del principio di precauzione**, del **giuramento di Ippocrate**, del principio **Primum non nocere** [\[L\]](#), scriveva:

*“..se due o più vaccini sono indicati e raccomandati per una determinata fascia di età, non vi è alcuna ragione per non co-somministrarli se ciò facilita il raggiungimento delle coperture vaccinali target, anche in assenza di specifiche in tal senso in scheda tecnica, a meno che non sia stabilito il contrario. Infatti, in tale caso **non si configura un utilizzo 'off label' dei vaccini stessi, ma piuttosto una mancanza di informazioni specifiche** sull'utilizzo simultaneo (cosa che del resto si verifica sistematicamente con le migliaia di farmaci normalmente utilizzati in campo terapeutico)”.*

Essendo l'assunzione concomitante di farmaci utilizzata da persone MALATE e bisognose di cure, se ne avalla l'inoculazione obbligatoria in bambini sani, per poi studiare l'evoluzione, ma confondendo la popolazione con le solite buffonate epidemiologiche. **La co-somministrazione proposta oggi a mia figlia (triauxis-polio e gardasil9) era in studio sino a poco tempo fa** [\[L\]](#) [\[L\]](#) **e si studia ancora oggi** [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

5-R37 – In particolare, riporto lo studio effettuato anche in Italia in vari siti, tra cui, il **sito lombardo Investigational Site Number: 3800002** [\[L\]](#). **Lo studio è completato e ne chiedo copia ad AIFA ed al Ministero della Salute.**

Il Decreto del Ministero della Salute 30 aprile 2015, garantisce che al pubblico vengano fornite tempestivamente le informazioni importanti sui problemi di farmacovigilanza attinenti all'uso di un medicinale e che **le autorità nazionali attuino tutte le disposizioni necessarie per la riduzione del rischio.**

5-R38 – Perché aspettare le critiche mosse da un genitore che ha avuto il tempo e la possibilità di esaminare, **previa personale ricerca**, il riassunto delle caratteristiche del prodotto dei due medicinali?

5-R39 – PERCHÈ ALLE COMPAGNE DI SCUOLA DI MIA FIGLIA ED A MIA NIPOTE (IN ALTRO CENTRO VACCINALE) È STATO CONSIGLIATA LA SOMMINISTRAZIONE CONTEMPORANEA PER **EVITARE LA SUCCESSIVA PERDITÀ DI UN'ORA LAVORATIVA AL GENITORE?**

Il personale sanitario e gli studenti in medicina e delle professioni sanitarie devono essere formati e aggiornati relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica, pertanto appositi corsi destinati alla vaccinologia devono essere all'interno dei corsi universitari e la vaccinologia va inserita fra gli obiettivi formativi della **FORMAZIONE CONTINUA** per tutta l'area sanitaria, compito istituzionale del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM)

5-R40 – Chiedo cortesemente elenco dei corsi di aggiornamento attivati per la regione Lombardia e attestazioni delle valutazioni per il personale sanitario dell'hub di Sesto Calende.

5-R41 – Essendo il CCM l'organo promotore e attore di una cultura della prevenzione **basata sulle evidenze**, sostenendo interventi la cui **efficacia è supportata da solide basi scientifiche**, chiedo cortesemente copia (o link di riferimento) dell'ultimo studio effettuato dal CCM riguardano la sorveglianza, il controllo e la prevenzione delle malattie soggette all'obbligo vaccinale, in particolare sulla co-somministrazione.

Stesso beneficio viene riportato negli studi clinici odierni.

Si prosegue in un mare di "chiacchiere", che passano dalla modifica dell'RCP di Infanrix Hexa e Prevenar, inserendo la maggior reattogenicità, con il contestuale studio che la esclude, fondato sull'analisi delle schede dei due anni precedenti e descritto nel rapporto sorveglianza post-marketing del 2012.

Nel 2012 si è proceduto a risolvere la connessione più urgente ovvero quella relativa a segnalazioni spontanee e il numero dei soggetti esposti ai vaccini. Si è cercato quindi di porre le basi per lo sviluppo di una sorveglianza integrata proponendo la creazione di una infrastruttura permanente. Tale infrastruttura si baserebbe su tre elementi essenziali:

1. creazione di un comitato consultivo ristretto per valutare l'impatto sui programmi in atto delle problematiche di sicurezza dei vaccini;
2. la formalizzazione di un comitato operativo di fatto rappresentato dal gruppo di lavoro sull'analisi dei segnali dei vaccini già esistente;
3. la creazione di un Repository centrale in cui far affluire le informazioni necessarie alle attività di vaccinovigilanza.

Allargando un po' l'intervallo temporale di analisi, si ritrovano le stesse **buffonate gravemente pericolose**, perpetrate da chissà quando. Infatti, il rapporto "Sorveglianza degli eventi avversi dopo le vaccinazioni in età 0-17 anni segnalati in Emilia-Romagna nel 2006" **raccomanda studi successivi per caratterizzare la riscontrata maggior reattogenicità** [\[L\]](#).

Co-somministrazioni

Si è voluto inoltre porre particolare attenzione agli eventi osservati dopo le co-somministrazioni introdotte con il nuovo calendario per l'infanzia in vigore dall'1-1-2006 in Emilia-Romagna: esavalente e antipneumococcico 7 valente (PCV7), MPR e antimeningococco C (MenC).

Sono state segnalate 37 reazioni avverse dopo l'associazione di esavalente e PCV7 e 13 reazioni avverse dopo MPR e MenC, che corrispondono rispettivamente al 13,9% e al 4,9% di tutte le reazioni segnalate.

Non è stato possibile calcolare il tasso di reazione dei vaccini co-somministrati, poiché attualmente non si dispone del denominatore (quante co-somministrazioni e di quale tipo, sono state effettuate a livello regionale). Si ritiene necessario che questa informazione venga raccolta nei prossimi anni, insieme ai dati di copertura vaccinale.

E' confortante però constatare che non si evidenziano differenze statisticamente significative nella distribuzione dei sintomi segnalati per entrambe le associazioni (PCV7-esavalente ed MPR-MenC) rispetto a quelle riscontrate dopo la somministrazione separata degli stessi vaccini (non esistono ad esempio eccessi nella segnalazione di febbri, sintomi neurologici o ipersensibilità).

Sempre nel rapporto del 2012 si **iniziava a porre le basi** per un sistema di farmacovigilanza, rese necessarie dall'emanazione del regolamento (UE) N. 1235/2010 che **entrerà in vigore solo a luglio 2012**. Il regolamento, **nel 2010**, introduceva il concetto di **monitoraggio aggiuntivo** e la quantificazione, gestione e corretta informazione del rischio imposto ma, veniva abrogato il Titolo IX sulla farmacovigilanza. Anche dopo l'emanazione del DM 30 aprile 2015, la corretta informazione è stata sempre occultata ed il significato del **monitoraggio aggiuntivo** è stato nascosto al pubblico ancora oggi con la somministrazione del veleno anti covid.

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Comirnaty Omicron XBB.1.5 30 microgrammi/dose dispersione per preparazione iniettabile
Vaccino a mRNA anti-COVID-19 (modificato a livello dei nucleosidi)

Alla mia preoccupazione riguardo la co-somministrazione, il centro vaccinale rispondeva inviando nuovamente l'invito, **eliminando la proposta del Gardasil 9.**

5.2. TRIAXIS POLIO (OBBLIGATORIO)

La combinazione di antigeni è in studio da tempo immemore [\[L\]](#), succeduta all'arcaico "*mischiione*" nella stessa siringa [\[L\]](#). Già alla fine degli anni 90 si iniziava con la solfa della riduzione del numero di sedute e con la bontà della combinazione di antigeni, **voluta fortemente dall'OMS** [\[L\]](#).

current combined vaccines. Nevertheless, the development of new combinations has to face preclinical and clinical issues: the appropriate formulation of the new antigen(s) and other vaccine components needs to be determined to ensure compatibility and guard against potential additive or unexpected adverse reactions; potential immunological interference between antigens and the negative impact of other vaccine components on immunogenicity may occur, and these have to be examined also. Whole-cell pertussis vaccines are highly protective against whooping cough, but the

Come si legge nello studio precedente, l'OMS, preoccupata della salute dei bambini, richiedeva attenti studi pre-clinici e clinici. Causa penuria di topi a seguito di varie campagne di derattizzazione, nel nostro Paese si inserivano le vaccinazioni pediatriche nei LEA, in linea con lo "Strategic Plan 1998-2001" dell'OMS [\[L\]](#) [\[5-A45\]](#), ricalcante esattamente le stesse menzogne delle attuali linee guida, al netto del reale fiume di denaro profuso, anche dall'Italia. Ad onor del vero, mentre oggi si assicura il 100% della sicurezza e qualità, all'epoca non si era così ottimisti.

Proportion of doses of known good quality, 1995 data

Vaccine	% Known good quality
DTP	73
OPV	79
Measles	81
Hepatitis B	70
Hib	100

Anche la morte ed il disastro causato dalla totale ignoranza di ciò che si effettuava veniva dichiarato, soprattutto nell'amata Africa, a seguito di processi di fabbricazione scadenti, stoccaggio e trasporto indicibili, istruzioni non tradotte e mal formulate. Un orribile gioco tra pazzoidi a cui abbiamo sempre partecipato.

1994-1997 PROGRESS, ACHIEVEMENTS, AND CONSTRAINTS

During 1997, sporadic reports of AEFIs were received from various countries. In one reported incident in 1997, 21 children died after 70 children were given insulin instead of DTP vaccine. Elsewhere, two Newly Independent States in Eastern Europe (NIS) reported cases of children becoming seriously ill following immunizations. In both cases, the vaccines were shown to be of acceptable quality. In one of the incidents, it was clearly confirmed that contamination of the vaccine had occurred during or after its reconstitution. It is therefore likely that these unfortunate events were all due to programmatic errors.

Il principio attivo del **Triaxis Polio** viene iniettato da un **trentennio** [L] [L] [L], comparato ad intrugli simili [L] [L] [L] [L], ma ancora oggi si cerca di indagare la sieroconversione [L]. **Solo oggi, con studi in vitro,** si presume che l'IPV migliori l'attività immunitaria innata associata a risposte per la pertosse [L] ma, oggi, si raccomanda la vaccinazione ai maggiori di 18 anni a causa della circolazione in tutto il mondo dei poliovirus **derivati dal vaccino** [L].

Il principio attivo viene iniettato da un **trentennio** ma ancora oggi, come vent'anni fa [L] [L] [L] [L], si studia efficacia e sicurezza tra il vaccino combinato e la somministrazione separata [L].

Anche per questo principio attivo, a partire dalla modifica della normativa dal 2010, si leggerà, in ogni buffonata epidemiologica redatta dalle case farmaceutiche, dell'utilità della combinazione di antigeni e co-somministrazioni per la diminuzione degli appuntamenti agli hub [L].

Conclusions: DTaP-IPV and DTaP-IPV/Hib combination vaccines are immunogenic and safe when given to infants and children. They reduce the number of required injections. Combination vaccines are encouraged to promote timely vaccination and complete immunization schedules.

Mentre le case farmaceutiche analizzano dati vecchi di un decennio per dedurre il solito *“profilo ben tollerato”* o *“sufficientemente tollerato”*, anche per questa formulazione sono in essere nuove metodologie di sviluppo [L].

Le cosiddette meta-analisi, includenti una manciata di idiozie recensite con cura tra le migliaia di rapporti, concludono ancora della **sufficiente** bontà delle azioni contro

la salute dei bambini e, naturalmente, richiedono ulteriori indagini [\[L\]](#). Tuttavia, anche quando non si riesce a reperire un numero sufficiente di fregnacce, soprattutto in vista di nuove co-somministrazioni mai provate, il nostro Paese è in prima linea per rischiare la salute dei nostri bambini [\[L\]](#). Medici italiani avallano co-somministrazioni aventi a fondamento un paio di studi prodotti da emeriti colleghi [\[L\]](#), richiamanti, a loro volta, ulteriori indagini di altri colleghi italiani ed esaminanti dati epidemiologici vecchi di vent'anni e finanziati dalle case farmaceutiche [\[L\]](#), **ma soprattutto, studi che nulla avevano a che fare con la co-somministrazione ed affetti da limiti specifici da indagare sempre successivamente alle inoculazioni obbligate** [\[L\]](#) [\[5-A46\]](#).

Dunque, approvato con decisione europea DE/H/0215/001/E/002, il Triaxis Polio ha usufruito di una procedura di mutuo riconoscimento (GU Serie generale - n. 40 del 18/2/2020). Il principio attivo è distribuito in vari Paesi con differenti denominazioni [\[L\]](#). Inoltre, in base alla tabella di equivalenza dell'autorità francese, lo stesso principio attivo è conenuto nella denominazione **Boostrixtetra** [\[L\]](#) [\[5-A47\]](#).

Questo medicinale è autorizzato negli Stati Membri dello Spazio Economico Europeo con le seguenti denominazioni:

Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Regno Unito (Irlanda del Nord), Svezia:	REPEVAX
Belgio, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna:	TRIAXIS POLIO
Bulgaria, Croazia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria:	ADACEL POLIO

Approvato nel febbraio del 2020 l'autorizzazione risulta essere una estensione dell'AIC della SANOFI relativa alla denominazione REPEVAX, estensione concessa come medicinale **con principio attivo noto** [\[L\]](#), presentante dossier completo. Il principio attivo della Sanofi, REPEVAX, ha ottenuto la prima autorizzazione 04 Octobre 2002. La "notorietà" sarà analizzata parlando del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

Art. 20.

Portale web nazionale

1. L'AIFA sviluppa e aggiorna la sezione dedicata ai medicinali, presente sul proprio portale web, collegato al portale web europeo dei medicinali istituito a norma dell'art. 26 del regolamento (CE) n. 726/2004. Sul proprio portale web l'AIFA mette a disposizione del pubblico almeno gli elementi seguenti:

a) rapporti di valutazione pubblici, unitamente a una loro sintesi redatti in conformità all'art. 32;

b) riassunti delle caratteristiche del prodotto e fogli illustrativi;

c) riassunti dei piani di gestione del rischio per i medicinali autorizzati a norma del presente decreto;

d) elenco dei medicinali di cui all'art. 23 del regolamento (CE) n. 726/2004;

e) informazioni sulle diverse modalità per la segnalazione di sospette reazioni avverse dei medicinali alle autorità competenti sul territorio nazionale da parte degli operatori sanitari e dei pazienti, compresi i moduli con maschera web di inserimento dati di cui all'art. 25 del regolamento (CE) n. 726/2004.

In base all'articolo 20 del DM del Ministero della Salute del 30 aprile 2015, Il **foglio illustrativo** ed il **riassunto delle caratteristiche del prodotto** sono reperibili (se si viene informati dell'esistenza e delle modalità di accesso) sul portale web nazionale [L1](#).

Nel prossimo capitolo si discuterà sulla possibilità di accesso a tale documentazione da parte delle famiglie, non nel senso pratico e letterale, potendo ognuno di noi digitare il link al database sul proprio smartphone, ma si evidenzierà come DA SEMPRE **venga osteggiata la consapevolezza nella popolazione**, carpando la fiducia con gli ormai decennali proclami, sfociati in drammatico ridicolo negli ultimi anni.

Nel caso del triaxis-polio (adacel o repevax) il nostro paese ha rivestito il ruolo di **stato interessato** nell'ambito dell'estensione dell'autorizzazione, essendo la Danimarca lo stato responsabile della procedura di valutazione unica dei PSUR, ed a cui **l'EMA invia i rapporti sul monitoraggio delle reazioni di EudraVigilance**.

5-R42 – Chiedo ad AIFA, anche in base alle norme **signal management work-sharing**, copia del **Public Assessment Report** o, in alternativa, i link alle agenzie europee per la sua consultazione.

In base all'articolo 43 del D.Lgs. 24.4.2006 n. 219 e s.m.i, nel caso di procedura di mutuo riconoscimento in cui il nostro Paese risulta essere lo stato interessato, al momento della

domanda l'AIFA riconosce (o approva a seconda dell'esistenza dell'AIC) entro il termine di novanta giorni **dalla ricezione della relazione di valutazione**, del riassunto delle caratteristiche del prodotto, dell'etichettatura e del foglio illustrativo predisposti dallo Stato membro interessato, l'AIC rilasciata da detto Stato membro (o approva la nuova AIC) **sulla base del rapporto di valutazione elaborato o aggiornato dallo Stato medesimo**.

5-R43 – Chiedo ad AIFA copia della RELAZIONE DI VALUTAZIONE, contenente una sintesi dei dati sulla sicurezza e comprendente le informazioni contenute nei rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza, ove disponibili, e dei rapporti sui sospetti effetti collaterali negativi (DM 30 aprile 2015).

L'analisi della relazione di valutazione è fondamentale per capire lo stato dell'arte in merito ad efficacia e soprattutto sicurezza del medicinale DTaP-IPV, essendo ancora in corso molti studi (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04618640 [\[L\]](#)) atti ad indagare efficacia e sicurezza.

La relazione di valutazione, inoltre, è necessaria per ogni variazione all'autorizzazione, come per la variazione di **tipo II** approvata in G.U serie generale n.287 del 2/12/2021.

<p style="text-align: center;">AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</p> <p style="text-align: center;">Modifica dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali per uso umano «Triaxis» e «Triaxis Polio»</p> <p style="text-align: center;"><i>Estratto determina AAM/PPA n. 865/2021 del 24 novembre 2021</i></p> <p>Si autorizzano le seguenti variazioni relativamente ai medicinali TRIAXIS (A.I.C. n. 039760) e TRIAXIS POLIO (A.I.C. n. 048290) per le forme farmaceutiche e confezioni autorizzate all'immissione in commercio in Italia:</p> <p style="padding-left: 40px;"><u>tipo II, C.I.z, tipo II, B.II.f.1.c e tipo IB, B.II.f.1.b.1:</u></p> <p style="padding-left: 40px;"><u>revisione dei dati sulla gravidanza</u> nelle informazioni sul prodotto di «Triaxis» e di «Triaxis Polio»;</p> <p style="padding-left: 40px;">armonizzazione degli acronimi di «Triaxis Polio» a quelli di «Triaxis» autorizzati nella procedura DE/H/0215/II/161/G;</p> <p style="padding-left: 40px;">relativamente al medicinale «Triaxis», si autorizza l'<u>inclusione nel paragrafo 6.4 del riassunto delle caratteristiche del prodotto di informazioni relative ad eventuali escursioni di temperatura;</u></p> <p style="padding-left: 40px;">relativamente al medicinale «Triaxis Polio», si approva l'<u>estensione della shelf-life da trentasei mesi a quarantotto mesi sulla base di ulteriori dati di stabilità.</u></p> <p>Si approva pertanto la modifica dei seguenti paragrafi del riassunto delle caratteristiche del prodotto e corrispondenti sezioni del foglio illustrativo e delle etichette:</p>
--

5-R44 – Chiedo ad AIFA copia della RELAZIONE DI VALUTAZIONE relativa alla variazione di tipo II approvata.

Di seguito è riportato il confronto tra i Risk Management Plan PART VI rev 5.0 del 09 luglio 2017 [\[5-A39\]](#) [\[L\]](#) e la versione 5.2 del 14 maggio 2019 [\[L\]](#) [\[5-A40\]](#).

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Table 1 - List of important risks and missing information 2017		Table 1 - List of important risks and missing information 2019	
Important identified risks	Anaphylactic reaction Convulsion Syncope Brachial Neuritis Extensive Limb Swelling	Important identified risks	NONE
Important potential risks	Guillain-Barré Syndrome Facial palsy Myelitis Myocarditis	Important potential risks	Chorioamnionitis with Tdap/Tdap-IPV used during pregnancy
Missing information	Immunocompromized subjects Patients suffering from chronic illness, hepatic, renal and cardiac impairment, including patients with thrombocytopenia, bleeding disorders or under anticoagulants. Limited information on use in pregnant women during 1 st trimester of pregnancy. Limited information on use in breastfeeding women "Waning of protection" with regard to the acellular pertussis component of the vaccine.	Missing information	Limited information on use in pregnant women during 1 st trimester of pregnancy "Waning of protection" with regard to the acellular pertussis component of the vaccine

Nella versione 5.0 **del 2017**, **ovvero dopo 17 anni di inoculazioni**, risultano come rischi importanti e identificati patologie come: anafilassi, convulsioni, sincope, neurite brachiale e paralisi facciale. **Tali eventi prevedevano l'analisi del monitoraggio.**

Nella versione del 2019 i rischi identificati venivano analizzati e riassunti all'interno del PBRER.

Table 3 - Important risks and missing information with corresponding risk minimization activities and additional pharmacovigilance activities if any: Important identified risk: <u>Convulsion</u>	
Important identified risk – Convulsion	
Evidence for linking the risk to the medicine	Tdap5-IPV <u>postmarketing individual case safety reports and postmarketing surveillance (PBRER).</u>
Risk factors and risk groups	Previous history of convulsions or encephalopathy following administration of Pertussis-containing vaccine; uncontrolled epilepsy, progressive encephalopathy or any progressive, evolving, unstable neurologic condition.

Analizzando l'RCP del **Repevax**, contenente la stessa formulazione del Triaxis-Polio ed annoverante lo stesso gruppo di studio, molte patologie (GBS, neurite brachiale, convulsioni) erano evidenziate nel **Iontano 2009 [L] [5-A49]**, insieme ad altri eventi **non elencati**, data l'inutilità di sprecare carta perché mai riferiti.

Potential adverse events
<u>Other adverse events not listed above have been reported with other similar vaccines and should be considered potential adverse reactions to REPEVAX.</u>
<u>Brachial neuritis after administration of a tetanus toxoid containing vaccine.</u>

Andando avanti negli anni, l'RCP del Repevax del 2014 **[L] [5-A50]**, basato sull'identico database del Triaxis-Polio, riportava (e quindi confermati dal PRAC) le patologie nuovamente identificate nell'RMP del Triaxis-polio **tre anni dopo**.

La direttiva CE 83/2001 prevede che (art.107quater) "*per i medicinali soggetti a diverse autorizzazioni all'immissione in commercio e **contenenti la stessa sostanza attiva o la stessa associazione di sostanze attive**, la frequenza e le date di presentazione dei*

rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza risultanti dall'applicazione dei paragrafi 1 e 2 possono essere modificate e armonizzate per consentire la realizzazione di una valutazione unica nel contesto di una procedura di condivisione del lavoro sui rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza e per fissare una data di riferimento per l'Unione a partire dalla quale siano calcolate le date di presentazione".

5-R45 – Chiedo al CMDh (dott.ssa Laura Galatti) ed al Ministero della Salute, se le diverse denominazioni della stessa composizione di principi attivi seguano valutazioni differenti e presentino PSUR separati.

A seguito del processo di **signal management** Il rischio di **Miocardite identificato nell'RMP del 2017** non ha comportato la modifica dell'RCP del medicinale Triaxis-Polio, mentre tale rischio **è ancora presente** nell'RCP del Triaxis [\[L\]](#).

5-R46 – Chiedo al CMDh (dott.ssa Laura Galatti) ed al Ministero della Salute, se all'atto dell'integrazione di ulteriori antigeni, le indagini e la sorveglianza ripartano da zero, non considerando le evidenze decennali precedenti.

Per la formulazione contentente l'IPV, la procedura di **signal detection all'interno dell'EVDAS** di EV, rileva ancora storici segnali [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), come la **trombocitopenia immune (malattia autoimmune rara della coagulazione)**, inclusa nel Minutes of the meeting on 04-07 July 2022 del PRAC, pubblicato a marzo 2023 [\[L\]](#). Segnale valutato nel rapporto Minutes of the meeting on 28 November-01 December 2022 [\[L\]](#) **e ritenuto illegalmente non impattante a causa della SOLITA PENURIA di evidenze ma richiedente ulteriori indagini.**

Nonostante la patologia possa essere di origine secondaria e legata a processi autoimmuni o deficit dell'immunità cellulare o anticorpo-mediata, i vaccini e adiuvanti, primi fattori immunomodulanti iniettati, vengono categoricamente esclusi. Nella relazione dell'Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica **la gestione della trombocitopenia immune (ITP) persistente-cronica in età pediatrica (2017)** [\[5-A51\]](#), gli scienziati escludono la correlazione con la vaccinazione adducendo le solite idiozie e menzogne. **Quando la sofferenza causata è di "modesta entità" e quindi facilmente occultabile, si prosegue per decenni escludendo il nesso e dichiarando la necessità di ulteriori indagini** [\[L\]](#).

> [Pediatrics](#). 2012 Feb;129(2):248-55. doi: 10.1542/peds.2011-1111. Epub 2012 Jan 9.

The risk of immune thrombocytopenic purpura after vaccination in children and adolescents

Conclusions: ITP is unlikely after early childhood vaccines other than MMR. Because of the small number of exposed cases and potential confounding, the possible association of ITP with hepatitis A, varicella, and tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccines in older children requires further investigation.

Dato il **salto di qualità** della scienza istituzionale degli ultimi anni, oggi, dopo aver eliminato i segnali relativi all'insorgenza della patologia, si pubblicano nefandezze in cui si afferma non solo della **concreta** possibilità della correlazione (giustificata dall'abbattimento dei vostri costi [\[L\]](#)) ma della sicurezza di ulteriori dosi [\[L\]](#).

Safety of Immunization for Children with Immune Thrombocytopenia

by Xiangshi Wang ^{1,†} ✉, Tianxing Feng ^{2,†} ✉ , Chuning Wang ¹, Jingjing Li ¹, Yanling Ge ¹, Xiaowen Zhai ³ ✉, Hongsheng Wang ^{3,*} ✉ and Mei Zeng ^{1,*} ✉
Vaccines 2024, 12(1), 66; <https://doi.org/10.3390/vaccines12010066>

5. Conclusions

The administration of vaccines to children with a previous history of ITP, whether due to vaccine-associated thrombocytopenia or not, was safe and well-tolerated, and vaccination could be resumed after remission. The immunization compliance was satisfactory, and a relapse of ITP following vaccination was very rare. Consultation with specialized immunization professionals should be encouraged to address vaccine safety concerns.

5-R47 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA, copia del'eRMR prodotto da EMA, nonchè la successiva valutazione del PRAC contenente l'analisi degli ICSRs analizzati e la letteratura del caso, per l'esclusione dell'evento trombocitopenia immune (MedDRA: 10083842, ICD-10: D69.3). correlata al principio attivo dTap-IPV.

La presentazione del PSUR per il Triaxis-Polio è richiesta nella delibera di approvazione [\[L\]](#) elencata nella EURD list e, per il principio attivo caratterizzante il medicinale, ha cadenza quinquennale [\[5-A41\]](#) ai sensi dell'art. 107quater(4) della direttiva CE 83/2001.

Rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza - PSUR

Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve fornire i rapporti periodici di aggiornamento sulla sicurezza per questo medicinale conformemente ai requisiti definiti nell'elenco delle date di riferimento per l'Unione europea (elenco EURD) di cui all'art. 107-quater, par. 7) della direttiva 2010/84/CE e pubblicato sul portale web dell'Agenzia europea dei medicinali.

Decorrenza di efficacia della determina: dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione, per estratto, nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

20A00970

5-R48 – In base agli accordi sullo scambio di dati nel processo di **Signal Management** [L], **comprendenti il principio attivo del triaxis polio** [L] [5-A44] chiedo ad AIFA ed al CMDh copia dell'ultimo **PSUR** presentato in data 03/03/2021 [5-A41] ed avente DLP 06/10/2020 [5-A43], **prima che l'enorme “carico di lavoro” svolto nella tutela della salute della popolazione diventi insostenibile, eliminando man mano le inutili valutazioni nell'attesa dei nuovi prodotti sviluppati con le piattaforme tecnologiche [L].**

In estrema sintesi, le procedure delineanti gli elementi dei dati ed i principi di accesso alle segnalazioni di sospette reazioni avverse, denominate *Individual Case Safety Reports* (**ICSR**) in EudraVigilance, per quanto riguarda le autorità regolatorie e i titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio nel SEE, sono entrate in vigore solo nel 2011 [L],

La politica di accesso (**Signal management** [L] [L]), avviata tardivamente nel 2017 (simplified electronic reporting) e quindi **necessitanti di anni** per raggiungere il pieno regime ([L] [2-A36], [L] [2-A37]), ricalca la normativa applicabile (art. 107nonies direttiva CE 83/2001, art. 18 regolamento di esecuzione UE 520/2006, art. 24 regolamento CE 726/2004) e consente all'Agenzia e alle **singole autorità sanitarie l'accesso completo** a tutte le funzionalità, rapporti e dati, definendo inoltre i livelli (da 1 a 3) di privilegi per i vari gruppi di attori, **tra cui, l'accesso pubblico ed aggregato attraverso il portale ADRreports e l'accesso all'OMS per la verifica della salute delle proprie cavie.**

Stakeholder Group I	Disclosure	Access Authorisation
<ul style="list-style-type: none"> Medicines Regulatory Authorities in EEA Member States Agency European Commission 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Type of report:</u> <ul style="list-style-type: none"> Spontaneous report Report from study <ul style="list-style-type: none"> Individual patient use Other studies Other Not available to sender <u>ICSR Level 3:</u> <ul style="list-style-type: none"> <u>All data elements for ICSRs reported to EVPM</u> (for details refer to Annex B) 	Authorised Personnel

Le procedure di EV [L] (e le normative) dispongono che tutti i **Casi Individuali e gli ICSRs**, contenenti tutti gli attributi atti alla loro classificazione, siano registrati nel database. Gli

ICSRs, differenziati nei due moduli EVPM ed EVCT (accessibile da solo un anno), costituiscono una parte della **sorgente di dati** per l'analisi.

La sorveglianza del rapporto **rischio/beneficio** dei farmaci è espletata dall'Agenzia in collaborazione con le singole autorità sanitarie (con diverse responsabilità a seconda del tipo di autorizzazione, NAP o CAP), attraverso l'analisi degli **ICSR** (e di tutte le sorgenti) contenuti all'interno del database. L'analisi consiste nella **periodica interrogazione** del sistema attraverso blocchi funzionali specifici (EVDAS), soprattutto a seguito di segnali di allarme derivanti dalla funzione di **re-routing** dopo un invio da parte del Titolare dell'AIC.

L'interrogazione (eRMR) restituisce, in un formato idoneo, il quadro di insieme afferente la parametrizzazione iniziale, relativa al farmaco o all'evento analizzato, definendo la possibile correlazione attraverso parametri quali il **ROR (Reporting Odds Ratio)** e/o il **Proportional Reporting Ratio (PRR)**.

In relazione alla gestione della **salute della popolazione pediatrica**, sottoposta a somministrazione di farmaci **obbligati** e raccomandati, soprattutto autorizzati centralmente (art. 24 reg. CE 726/2004) è acclarato che, nella gloriosa ed **innovativa** Europa:

- tutti gli Stati membri sono dotati di una **anagrafe** (legge 20 giugno 1871 !!).
- tutti gli stati membri e gli organi centrali (ECDC) scrivono da un secolo dettagliati rapporti su coperture vaccinali e loro andamenti, identificando casa per casa i no-vax.
- tutti gli stati membri sono dotati di istituti nazionali di statistica.
- tutti gli stati membri sono dotati di registri di sorveglianza per numerose patologie.
- tutti gli stati membri sono (o dovrebbero essere) connessi al database EudraVigilance.
- tutti gli stati membri sono responsabili della sorveglianza degli eventi avversi per le proprie autorizzazioni di medicinali.
- tutti gli stati membri devono collaborare nella sorveglianza per medicinali con più autorizzazioni.
- tutti gli stati membri devono effettuare sorveglianze periodiche del sistema **EV**
- **il sistema EV è attivo dal 2001**
- tutti gli stati membri conoscono (o ne sono all'oscuro in modo criminale) l'esatta dimensione della popolazione pediatrica e loro esposizione ai vaccini.

- **tutti gli stati membri possono relazionare la dimensione della popolazione soggetta ad obblighi di somministrazione con gli ICSR occorsi in essa e riferiti ai farmaci obbligati.**
- **tutti gli stati membri posso e devono reperire ulteriori informazioni su segnalazioni con opportuni follow-up, caratterizzando necessariamente la correlazione o la sua esclusione, non potendo contemplare la sola assenza di informazioni come base decisionale.**

Appurato che, per gli anni dal 2012 al 2016, nessuna segnalazione sia stata inviata dal nostro Paese, non essendo state inserite nel RNF, e supponendo di non essere il solo Stato europeo talmente scellerato, l'incompletezza di EV ha reso **inutile** qualunque analisi (ROR e PRR). L'attuale inefficienza di EudraVigilance associata alle migliaia di segnalazioni solo per l'Italia e contenute nei rapporti post-marketing analizzati (benchè redatti in ritardo), portano il sottoscritto a pensare che la frase canonica riportata da sempre nell'RCP:

tra 3 e 5 anni e tra 5 e 6 anni. Viene presentata la frequenza più alta da entrambi gli studi. Poiché gli eventi avversi post-commercializzazione sono segnalati volontariamente da una popolazione di dimensione non certa, non sempre è possibile stimare in modo attendibile la loro frequenza o stabilire una relazione causale con l'esposizione al vaccino. Di conseguenza, a questi eventi avversi è assegnata la frequenza "non nota".

in combinazione all'ulteriore sentenza necessaria per l'imposizione del rischio,

Segnalazione delle reazioni avverse sospette

La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo:

<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>.

costituisca il **criminale cavillo legale** offerto alle case farmaceutiche dalle autorità nazionali, a copertura della tragica assenza di ogni chiara evidenza o dalla volontà di occultarla.

Dopo più di tren'anni di inoculazioni, l'RCP del Triaxis Polio, e di tutti i vaccini pediatrici analizzati, non identificano l'incidenza la maggior parte delle reazioni avverse segnalate ma, le autorità continuano a sostenere un rapporto rischio/beneficio positivo paragonando il rischio della malattia con un rischio non quantificato. Come per ogni vaccino, si caratterizzano solo gli eventi avversi lievi e si procastina l'analisi degli eventi avversi gravi per sempre.

DEFINIZIONI DI EVENTI AVVERSI

Per la definizione degli eventi da sorvegliare sono stati utilizzati i criteri accettati a livello internazionale (Immunization safety surveillance: guidelines for managers of immunization programmes on reporting and investigating adverse events following immunization WPRO/EPI/99.01. Geneva: World Health Organization; 1999).|

Sono stati, pertanto, classificati come eventi avversi lievi tutti i casi che riportavano una delle seguenti condizioni: reazioni locali (dolore, rigonfiamento ed arrossamento nel punto di incolo del vaccino) e reazioni sistemiche (febbre >38°C, irritabilità, pianto persistente, perdita dell'appetito, dolori muscolari diffusi). Sono stati classificati come eventi avversi severi tutti i casi che riportavano una delle seguenti condizioni: convulsioni (sia febbrili che non); cianosi generalizzata; apnea; episodio di ipotonia-iporesponsività; collasso (con perdita di coscienza) o sincope; encefalite o encefalopatia; altra manifestazione neurologica (epilessia, paresi, parestesie, paralisi flaccida, deficit dei nervi cranici); manifestazione di ipersensibilità immediata che ha richiesto un intervento farmacologico (shock anafilattico, anafilassi, angioedema, dispnea, broncospasmo, asma); sindrome di Guillain Barrè; trombocitopenia; anemia emolitica autoimmune; vasculite; sepsi o altra malattia batterica invasiva, decesso. Sono stati considerati come eventi avversi severi tutti i ricoveri (anche in day-hospital) o tutti gli accessi al pronto

5-R49 – Chiedo dunque ad AIFA ed al Ministero della Salute, l'invio degli electronic Reaction Monitoring Reports (eMRMs [L]) inerenti le patologie ancora caratterizzate da frequenza non nota e per il periodo dal 2017 al 2023, redatti presumibilmente con intervalli di analisi annuali (massimo periodo selezionabile) e concernenti la dovuta interrogazione periodica di EV per l'avvio della possibile procedura di signal management, escludendo le segnalazioni provenienti fuori dallo spazio SEE. Funzionalità già operativa nella semplice visualizzazione nell'interfaccia ADRreport.

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Tabella 1: Eventi avversi osservati nel corso degli studi clinici e durante la sorveglianza post-commercializzazione in tutto il mondo

Classificazione per sistemi ed organi	Frequenza	Bambini da 3 a 6 anni	Adolescenti e adulti
Disturbi del sistema emolinfopoietico	Non nota	<u>Linfoadenopatia*</u>	
Disturbi del sistema immunitario	Non nota	<u>Reazioni anafilattiche, come orticaria, edema facciale e dispnea*</u>	
Patologie del sistema nervoso	Molto comune		Cefalea
	Comune	Cefalea	
	Non nota	<u>Convulsioni, sincope vaso vagale, sindrome di Guillain Barré, paralisi facciale, mielite, neurite brachiale, parestesia transitoria / ipoestesia dell'arto vaccinato, capogiri*</u>	
Patologie gastrointestinali	Molto comune	Diarrea	Nausea
	Comune	Vomito, nausea	Diarrea, vomito
	Non nota	Dolore addominale	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Comune	Eruzione cutanea	
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Molto comune		Artralgia /gonfiore articolare, mialgia
	Comune	Artralgia /gonfiore articolare	
	Non nota	<u>Dolore all'arto vaccinato*</u>	
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Molto comune	Affaticamento/astenia, febbre†	Affaticamento/astenia, brividi
		Dolore al sito di iniezione, gonfiore al sito di iniezione, eritema al sito di iniezione	
	Comune	Irritabilità, dermatite nel sito di iniezione, lividi nel sito di iniezione, prurito nel sito di iniezione	Febbre†
	Non nota	<u>Malessere§, <u>pallore*</u>, gonfiore esteso degli arti ‡, <u>indurimento del sito di iniezione*</u></u>	

*Eventi avversi post-commercializzazione
† La febbre è stata definita come temperatura $\geq 37,5$ ° C in gruppi di bambini e definita come temperatura ≥ 38 ° C nel gruppo di adolescenti e adulti
‡ Vedi sezione c
§ è stato osservato ad una frequenza molto comune negli adolescenti e negli adulti, in studi con TRIAXIS (componente dTpa di TRIAXIS POLIO, contenente le stesse quantità di antigeni di difterite, tetano e pertosse)

Inoltre, la **secolare presenza** di tali possibili patologie all'interno dell'RCP, è sinonimo del **secolare permanere del rischio, rilevato, validato, confermato, prioritizzato e raccomandato per la modifica**, dallo **Stato leader** dell'autorizzazione di mutuo riconoscimento (o dal PRAC in caso di CAP), in relazione al principio attivo contenuto nella lista delle sostanze sottoposte a scambio, seguendo la procedura di **signal management**.

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Ulteriore esempio di affidabilità delle fonti istituzionali può essere desunto confrontando le patologie elencate nell'RCP del medicinale l'elenco degli eventi avversi per il medicinale **dTpa-IPV** sul portale dell'Istituto Superiore di Sanità [\[L\]](#).

5-R50 – Perché l'elenco dell'ISS non riporta patologie quali mielite, linfadenopatia, parlaisi facciale, sincope vaso vagale, sindrome di Guillain Barrè ed ipoestesia del'arto? La correlazione della GBS alla vaccinazione antinfluenzale è riconosciuta da decenni [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#), ed **è stata confermata** dalla stessa AIFA nel rapporto sorveglianza post-marketing relativo all'anno 2021 [\[3-A8\]](#).

5-R51 – Perché l'ISS classifica come MOLTO RARO patologie come la Neurite Brachiale e la GSB quando il Titolare dell'AIC afferma che la frequenza è NON NOTA?

5.2.1. ANALISI FOGLIO ILLUSTRATIVO (FI) E RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO (RCP)

Si riportereanno sia stralci del FI sia dell'RCP in base alla domanda specifica perchè meglio rappresentata dalle informazioni dell'uno o dell'altro documento, documenti comunque complementari.

L'analisi sarà effettuata, oltre che nel seguente paragrafo, anche nel **capitolo 7**. Tuttavia, la mole di **spazzatura** accumulata negli ultimi trent'anni (30), non rende possibile una analisi puntuale, almeno in questo contesto.

Benchè non esperto nella definizione di protocolli per trial clinici, per quanto esposto **nell'unico documento legale del medicinale (l'RCP), ovvero il documento RIASSUMENTE LE CONOSCENZE SCIENTIFICHE DEL MEDICINALE**, e relativamente al **profilo di sicurezza ed efficacia del farmaco**, il sottoscritto presenta solo un piccolo sunto delle **nefandezze trentennali**.

5-R52 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA. **la conferma** che l'RCP del medicinale costituisca **l'unica fonte legale** delle evidenze scientifiche accumulate.

Dopo aver navigato in un mare di menzogne, i genitori più fortunati possono approdare all'**unica banca dati ufficiale** [\[L\]](#).

La Banca Dati Farmaci

La Banca Dati Farmaci predisposta dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), è l'**unica banca dati ufficiale** che permette la consultazione dei Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e dei Fogli Illustrativi (FI) aggiornati dei farmaci autorizzati in Italia. E' inoltre possibile stampare copie di ogni documento

La formulazione del Triaxis-Polio è rivolta a bambini con età maggiore o uguale a **tre anni** ed è caratterizzata da un contenuto di antigene ridotto.

4.1 Indicazioni terapeutiche

TRIAXIS POLIO (dTpa-IPV) è indicato per:

l'immunizzazione attiva contro il tetano, la difterite, la pertosse e la poliomielite in soggetti di età pari o superiore ai 3 anni quale dose di richiamo in seguito alla vaccinazione primaria.

Le raccomandazioni contenute nei rapporti post marketing di AIFA

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

TRIAXIS POLIO, sospensione iniettabile in siringa pre-riempita.

Vaccino antidifterico, antitetanico, antipertossico (componenti acellulari) e antipoliomielitico (inattivato) (adsorbito, contenuto antigenico ridotto).

Consultando EV attraverso il portale ADRreport per il medicinale in analisi, autorizzato con procedura di mutuo riconoscimento, la ricerca viene effettuata per principio attivo e non per denominazione [\[L\]](#).

[DIPHtheria, Tetanus and Hepatitis B \(RDNA\) Vaccine \(Adsorbed\)](#)

[DIPHtheria, Tetanus and Pertussis \(Acellular, Component\) Vaccine \(Adsorbed\)](#)

[DIPHtheria, Tetanus and Poliomyelitis \(Inactivated\) Vaccine \(Adsorbed, Reduced Antigen\(s\) Content\)*](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\) and Haemophilus Type B Conjugate Vaccine \(Adsorbed\)*](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\) and Hepatitis B \(RDNA\) Vaccine \(Adsorbed\)](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\) and Poliomyelitis \(Inactivated\) Vaccine \(Adsorbed\)*](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\), Hepatitis B \(RDNA\), Poliomyelitis \(Inact.\) and Haemophilus Type B](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\), Hepatitis B \(RDNA\), Poliomyelitis \(Inactivated\) Vaccine \(Adsorbed\)](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis \(Acellular, Component\), Poliomyelitis \(Inactivated\) and Haemophilus Type B Conjugate Vacc*](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis and Hepatitis B \(RDNA\) Vaccine \(Adsorbed\)](#)

[DIPHtheria, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B \(RDNA\) and Haemophilus Influenzae Type B Conjugate Vaccine \(Adsorbed\)](#)

5-R53 – Chiedo ad AIFA il motivo della mancanza di dati, all'interno di EV, del principio attivo caratterizzato dal minor contenuto di antigene. Risultano disponibili i dati per la sola composizione DTaP-IPV (es. Tetravac) per l'inoculazione primaria.

Secondo le raccomandazioni ufficiali, la somministrazione della composizione ad antigene ridotto (dTpa, dTpa-IPV) è stata ritenuta esplicitamente necessaria dopo il compimento del 7° anno di età solo nei rapporti post marketing 2012, 2013, 2014, 2015. L'indicazione esplicita è poi scomparsa.

Ammetto la mia confusione relativamente all'incredibile numero di medicinali che vanno dal trivalente, pentavalente, esavalente, combinati. ecc. Uno stesso medicinale ha più denominazioni in base al paese in cui è commercializzato, ma poi importiamo un'altra denominazione in caso di scorte insufficienti [\[L\]](#).

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

Questo medicinale è autorizzato negli Stati Membri dello Spazio Economico Europeo con le seguenti denominazioni:

Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Regno Unito (Irlanda del Nord), Svezia:	REPEVAX
Belgio, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Spagna:	TRIAXIS POLIO
Bulgaria, Croazia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria:	ADACEL POLIO

Ha poco senso per me raggruppare le reazioni avverse, in base al principio attivo, escludendo la denominazione e la possibilità di evidenziare, ad esempio, problemi di fabbricazione o materiali per uno specifico medicinale o una maggiore reattogenicità, potendo attuare misure di mitigazione del rischio, come avvenuto per il ritiro di altri vaccini (MORUPAR, HEXAVAC.. [\[L\]](#), [\[L\]](#)), che hanno provocato la morte di bambini [\[L\]](#), **riconosciuta**, ma sempre distorta, censurata e poi occultata alla farmacovigilanza.

"Io sono un morto da vaccino", la campagna choc dei no vax. Il bufera



Il foglio illustrativo ed RCP analizzati costituiscono gli **ultimi aggiornamenti dei dati al 19/05/2023** [\[L\]](#), data in cui i documenti sono stati resi disponibili ad AIFA. Il contenuto del riassunto delle caratteristiche del prodotto può essere modificato con decreto del Ministro della salute, conformemente alle disposizioni comunitarie e costituiscono **elemento informativo unico e fondamentale per l'utilizzatore**.

¹ Come limite inferiore dell'intervallo di confidenza ($p = 0,95$) dell'attività misurata in accordo al saggio descritto in Farmacopea Europea.

² Coltivato su cellule Vero.

³ Queste quantità di antigene sono rigorosamente le stesse di quelle precedentemente espresse come 40-8-32 unità di antigene D, rispettivamente per il virus di tipo 1, 2 e 3, quando misurate con un altro metodo immunochimico adatto.

Tralasciamo la modifica del contenuto dell'antigene, giustificata dal normale utilizzo di scale diverse nei test, che tuttavia dovrebbero riportare le unità di misura coerenti al test utilizzato.

<p>9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL' AUTORIZZAZIONE <u>02/2020</u></p> <p>10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO ?</p>

Tralasciamo anche la mancata notifica dell'aggiornamento del testo, come riportata invece nei documenti delle altre denominazioni [\[L\]](#), dovuta forse al periodo concitato.

<p>TRIAXIS POLIO può contenere <u>tracce di formaldeide, glutaraldeide, streptomicina, neomicina, polimixina B e albumina di siero bovino</u> che vengono utilizzati durante il processo di produzione (vedere paragrafi 4.3 e 4.4).</p>
--

Tutti gli esseri viventi sono allergici alla formaldeide! In che modo si può scoprire una forte intolleranza alla formaldeide se non rischiare una reazione allergica [\[5-A19b\]](#)?

Le informazioni fornite nel RCP e FI (italiani) e soprattutto dalle nostre Autorità Sanitarie, sono molto generiche e spicciole se confrontate con altri Paesi. Anche il CDC presenta dei dati concreti [\[L\]](#).

<p>Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) Vaccines</p> <p>There are two Tdap vaccines used in the United States: Adacel® and Boostrix®. The Food and Drug Administration (FDA) approved both Boostrix® and Adacel® for use during pregnancy.</p> <p>Each 0.5-mL dose of Adacel® (Sanofi Pasteur) contains 5 Lf tetanus toxoid, 2 Lf diphtheria toxoid, and acellular pertussis antigens (2.5 µg detoxified PT, 5 µg FHA, <u>3 µg pertactin</u>, 5 µg FIM). Other ingredients per 0.5-mL dose include <u>1.5 mg aluminum phosphate (0.33 mg aluminum)</u> as the adjuvant, <u>≤5 µg residual formaldehyde</u>, <50 ng residual glutaraldehyde, and 3.3 mg (0.6% v/v) 2-phenoxyethanol (not as a preservative).</p>
--

In base all'articolo 138 del D.lgs. n.219/2006, relativo ai controlli di Stato dei medicinali immunologici, prima della loro distribuzione, sono sottoposti a controllo lotto per lotto:

- l) i vaccini vivi;
- m) i medicinali immunologici utilizzati per **l'immunizzazione attiva dei bambini** o di altri gruppi a rischio;
- n) i medicinali immunologici utilizzati in programmi di immunizzazione attiva collettiva

5-R54 – Chiedo al Ministero della Salute il rapporto del controllo effettuato, ovvero il rapporto del controllo effettuato da un altro stato membro.

NOTA – sulla mandria

Spesso negli ultimi mesi si è usato il termine gregge, mandria, bestiame. Pare invece che il bestiame sia trattato molto meglio dei nostri bambini, almeno questo si deduce leggendo l'RCP del vaccino antitetanico ad uso veterinario [\[5-A19a\]](#). Nessuna traccia di formaldeide ne altre sostanze tossiche è presente nel vaccino animale. Inoltre, mentre per l'uomo, i primi in graduatoria risultano essere sempre i fragili, quando i fragili vengono esclusi sistematicamente dagli studi, il cavallo deve essere in perfetta salute per essere vaccinato.

4.5 Special precautions for use

Special precautions for use in animals

Only healthy animals should be vaccinated.

Chi le somministrerà TRIAXIS POLIO?

Triaxis Polio deve essere somministrato da un operatore sanitario che è stato istruito all'uso dei vaccini e in un ospedale o ambulatorio attrezzati per intervenire nel caso di qualsiasi reazione grave rara di tipo allergico al vaccino.

5-R55 – L'infermiere o il medico, nell'arco di un paio di minuti ed in base alle sole informazioni fornite dal genitore, è in grado di effettuare una valutazione anamnestica sullo stato di salute del bambino e riportarlo poi al particolare farmaco da somministrare?

Devono essere utilizzati arti separati come sito di iniezione. Non sono stati effettuati studi di interazione con altri vaccini, prodotti biologici o farmaci terapeutici. Tuttavia, in accordo alle linee guida sull'immunizzazione comunemente accettate, poiché TRIAXIS POLIO è un prodotto inattivato, può essere somministrato in concomitanza con altri vaccini o immunoglobuline in siti di iniezione separati.

5-R56 – QUALI SONO LE LINEE GUIDA SULL'IMMUNIZZAZIONE COMUNEMENTE ACCETTATE?

Le uniche linee guida reperite sono riassunte nella seguente pagina sul portale dell'EMA [\[L\]](#) e non comprendono assolutamente direttive riguardo l'interazione e l'immuno interferenza.

TRIAxis POLIO può essere somministrato in concomitanza con una dose di vaccino del Papillomavirus umano ricombinante senza interferenze significative con la risposta anticorpale a nessuno dei componenti di entrambi i vaccini. Tuttavia, è stata osservata una tendenza a GMT anti-HPV inferiori nel gruppo con somministrazione concomitante. Il significato clinico di questa osservazione non è noto. Questo si basa sui risultati di uno studio clinico in cui TRIAXIS POLIO è stato somministrato in concomitanza con la prima dose di Gardasil (vedere paragrafo 4.8).

Sono passati **18 anni** dalla pubblicazione della guida GUIDELINE ON CLINICAL EVALUATION OF NEW VACCINES, in cui si evidenziava la necessità di indagare sull'interferenza immunitaria, ma le informazioni rese al pubblico sono relative **ad un solo studio di co-somministrazione con la versione precedente del farmaco attuale I CUI**

RISULTATI, ATTESTANTI UNA INTERFERENZA IMMUNOLOGICA, NON SONO ANCORA NOTI.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

TRIAxis POLIO può essere somministrato in concomitanza con una dose di vaccino influenzale inattivato, sulla base dei risultati di uno studio clinico condotto su pazienti di età pari o superiore a 60 anni.

5-R57 – Per l'autunno-inverno 2023-2024, **la pediatra di famiglia**, o meglio, l'**APP** della pediatra spediva inviti per la vaccinazione anti influenzale. L'evenienza della somministrazione contemporanea del **Fluarix Tetra**, Vaccino influenzale (virus split (frammentato), **inattivato**), e del TriaxisPolio, può essere ritenuta un **uso off-label** del medicinale? O almeno un utilizzo avente rischio non identificato?

Leggendo l'RCP del **predecessore TRIAXIS [L]** (una delle combinazioni cui poi si comparerà il profilo di sicurezza ed efficacia), **non è presente l'indicazione dell'età** relativa a presunti studi sulla co-somministrazione di un vaccino per l'influenza inattivato, non identificando per quale fascia di popolazione la co-somministrazione sia stata studiata.

Passando ad analizzare **sicurezza ed efficacia**, credendo fosse scontato, per voi scienziati, **la difficoltà di estrapolazione** di dati da studi clinici per l'applicazione dei risultati a medicinali simili a causa delle numerose variabili al contorno, riporto quanto contenuto nell'RCP del vaccino **DAPTACEL**, unico principio attivo preso a comparatore e studiato trentanni orsono **[L] [5-A52]**.

6 ADVERSE REACTIONS

6.1 Data from Clinical Studies

Because clinical trials are conducted under widely varying conditions, adverse reaction rates observed in the clinical trials of a vaccine cannot be directly compared to rates in the clinical trials of another vaccine and may not reflect the rates observed in practice. The adverse reaction information from clinical trials does, however, provide a basis for identifying the adverse events that appear to be related to vaccine use and for approximating rates of those events.

Dunque, la scienza vorrebbe che precedenti studi costituissero solo una base di partenza per la successiva analisi di sicurezza ed efficacia di un medicinale, in particolare quando dovrà essere inoculato a bambini sani per l'arricchimento delle case farmaceutiche.

4.8 Effetti indesiderati

Riassunto del profilo di sicurezza

Negli studi clinici, TRIAXIS POLIO è stato somministrato ad un totale di 1.384 soggetti, tra cui 390 bambini di età compresa tra 3 e 6 anni e 994 adolescenti e adulti. Le reazioni più comunemente riportate in seguito alla vaccinazione includevano reazioni locali al sito di iniezione (dolore, arrossamento e gonfiore). Questi segni e sintomi di solito erano di intensità lieve e si sono verificati entro 48 ore dalla vaccinazione (gli eventi avversi sono stati osservati tra le 24 ore e i 7 giorni successivi alla vaccinazione nei bambini di età compresa tra 3 e 6 anni). Si sono risolti tutti senza sequele.

C'è stata una tendenza a tassi più elevati di reazioni locali e sistemiche negli adolescenti rispetto agli adulti. In entrambi i gruppi di età il dolore al sito di iniezione è stata la reazione avversa più comune.

Le reazioni avverse locali ad insorgenza tardiva (per es. una reazione avversa locale che ha avuto un inizio o un aumento della gravità da 3 a 14 giorni post-immunizzazione), come dolore al sito di iniezione, eritema e gonfiore si sono verificate in meno dell'1,2%. La maggior parte delle reazioni avverse segnalate si è verificata entro le 24 ore successive alla vaccinazione.

In uno studio clinico condotto su 843 maschi e femmine adolescenti sani di età compresa tra 11 e 17 anni, la somministrazione della prima dose di Gardasil in concomitanza con TRIAXIS POLIO ha mostrato che ci sono state più segnalazioni di gonfiore al sito di iniezione e mal di testa a seguito di somministrazione concomitante. Le differenze osservate erano <10% e nella maggior parte dei soggetti, gli eventi avversi sono stati segnalati di intensità da lieve a moderata

Come accennato precedentemente, persino le linee guida proposte dall'OMS consigliavano almeno un database di sicurezza di **3000 individui**, per poter stimare eventi **non comuni** con frequenza da $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$ nella fase preautorizzativa.

5-R58 – DUNQUE LA SICUREZZA DEL MEDICINALE È VALUTATA ANCORA SU UN CAMPIONE PARI ALLA META' DEL CAMPIONE MINIMO RACCOMANDATO? PERSINO IL DATABASE DI SICUERZZA DEL VELENO MAGICO PER IL COVID E' STATO AGGIORNATO IN QUESTI TRA ANNI.

Popolazione pediatrica

Il profilo di sicurezza di TRIAXIS POLIO in 390 bambini di età compresa tra 3 e 6 anni, presentato nella Tabella 1, deriva da due studi clinici:

- in uno studio clinico, 240 bambini hanno ricevuto il ciclo di immunizzazione primaria a 3, 5 e 12 mesi di età con un vaccino DTPa senza alcuna dose aggiuntiva nel secondo anno di vita. Questi bambini hanno ricevuto TRIAXIS POLIO dai 5 ai 6 anni di età.
- 150 bambini che hanno ricevuto il ciclo di immunizzazione primaria a 2, 3 e 4 mesi di età con un vaccino DTPw (senza alcuna dose aggiuntiva nel secondo anno di vita) hanno ricevuto TRIAXIS POLIO dai 3 ai 5 anni di età.

Da trentanni, i principi attivi simili e/o identici, ma aventi denominazione differenti, sono stati comparati tra di loro. La comparazione è stata effettuata anche tra medicinali strutturalmente diversi, come vaccini acellulari o a cellule intere. La sezione 5 dell'RCP "studi clinici", la rispost immunitaria protettiva è stata desunta dal confronto con i risultati dello studio Swden I degli anni 1992-1995, con un vaccino a cellule intere.

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

La sicurezza e l'immunogenicità di TRIAXIS POLIO negli adulti e negli adolescenti si è mostrata comparabile a quella osservata con una singola dose di richiamo di vaccino adsorbito difterico-tetanico (Td) o Td Polio, contenente la stessa quantità di tossoidi tetanico e difterico e polio inattivato tipo1, 2 e 3.

La risposta più bassa al tossoide difterico negli adulti probabilmente rifletteva l'inclusione di alcuni partecipanti con una storia di immunizzazione incerta o incompleta.

Si aggiungono antigeni, si paragonano i risultati al preparato precedente e si eliminano, o addolciscono, informazioni di sicurezza quali il rischio di morte menzionato proprio nel vaccino Td.

Di seguito un estratto del Vaccine Information Statement Td (Tetanus, Diphtheria) Vaccine del CDC, emesso in data 8/6/2021 [\[L\] \[5-A53\]](#).

4. Risks of a vaccine reaction

- Pain, redness, or swelling where the shot was given, mild fever, headache, feeling tired, and nausea, vomiting, diarrhea, or stomachache sometimes happen after Td vaccination.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

R59 – Sarebbe legale obbligare la somministrazione di un farmaco costringendo un bambino a rischiare la vita?

La sezione 5 dell'RCP "studi clinici" riporta i seguenti dati:

La sicurezza e l'immunogenicità di TRIAXIS POLIO negli adulti e negli adolescenti si è mostrata comparabile a quella osservata con una singola dose di richiamo di vaccino adsorbito difterico-tetanico (Td) o Td Polio, contenente la stessa quantità di tossoidi tetanico e difterico e polio inattivato tipo1, 2 e 3.

La risposta più bassa al tossoide difterico negli adulti probabilmente rifletteva l'inclusione di alcuni partecipanti con una storia di immunizzazione incerta o incompleta.

Non sono stati stabiliti correlati sierologici della protezione contro la pertosse.

Dal confronto con i dati ottenuti nel corso dello studio clinico di efficacia verso la pertosse Sweden I, condotto tra il 1992 e il 1996, in cui l'immunizzazione primaria con il vaccino pertossico acellulare di Sanofi Pasteur DTPa in formulazione pediatrica confermava un'efficacia di protezione dell'85% contro la pertosse, si è dedotto che TRIAXIS POLIO ha determinato una risposta immunitaria protettiva nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

In ultima istanza, senza addentrarci in innumerevoli **studi comparativi incrociati**, sottolineando che la precedente versione del medicinale (Triaxis) fonda anch'essa la sicurezza sugli stessi identici dati, comparando, a sua volta, il trivalente con la versione contenente l'IPV, riporto il **Full Prescribing Information** della FDA per il vaccino DAPTACEL, utilizzato nello studio **Sweden I** menzionato [\[L\] \[5-A54\]](#).

Mixed Sequences of DAPTACEL and other DTaP-containing Vaccines

DAPTACEL contains the same pertussis antigens, manufactured by the same process, as Pentacel® [Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Adsorbed, Inactivated Poliovirus and Haemophilus b Conjugate (Tetanus Toxoid Conjugate) vaccine] and VAXELIS (Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis, Inactivated Poliovirus, Haemophilus b Conjugate and Hepatitis B Vaccine). Pentacel and VAXELIS contain twice the amount of detoxified pertussis toxin (PT) and four times the amount of filamentous hemagglutinin (FHA) as DAPTACEL.

DAPTACEL may be used as any of the doses in a 5-dose DTaP series initiated with Pentacel or VAXELIS.

Data are not available on the safety and effectiveness of using mixed sequences of DAPTACEL and DTaP-containing vaccines from different manufacturers for successive doses of the DTaP vaccination series.

Si notano le avvertenze sull'utilizzo di vaccini provenienti da diversi produttori ed il diverso contenuto di antigene in vari vaccini utilizzati poi a cottimo nei nostri calendari vaccinali

5.3 Guillain-Barré Syndrome and Brachial Neuritis

A review by the Institute of Medicine found evidence for a causal relation between tetanus toxoid and both brachial neuritis and Guillain-Barré syndrome. (1) If Guillain-Barré syndrome occurred within 6 weeks of receipt of a prior vaccine containing tetanus toxoid, the risk for Guillain-Barré syndrome may be increased following DAPTACEL.

Anche se non dichiarato esplicitamente, si identifica esattamente la finestra temporale di insorgenza della GBS, correlabile alla vaccinazione.

In the Sweden I Efficacy Trial, one case of whole limb swelling and generalized symptoms, with resolution within 24 hours, was observed following dose 2 of DAPTACEL. No episodes of anaphylaxis or encephalopathy were observed. No seizures were reported within 3 days of vaccination with DAPTACEL. Over the entire study period, 6 seizures were reported in the DAPTACEL group, 9 in the DT group and 3 in the whole-cell pertussis DTP group, for overall rates of 2.3, 3.5 and 1.4 per 1,000 vaccinees, respectively. One case of infantile spasms was reported in the DAPTACEL group. There were no instances of invasive bacterial infection or death.

Il sottoscritto, pur non essendo madrelingua inglese, legge che per i tre veleni iniettati sia stato riscontrato una incidenza di crisi epilettiche rispettivamente di 2.3, 3.5 e 1.4, ovvero, riportando il tasso ai 100.000 soggetti vaccinati, si è riscontrata una incidenza di crisi epilettiche di 230, 350 e 140.

R60 – Chiedo conferma ad AIFA ed al Ministero della Salute dei dati suddetti.

R61 – IN ULTIMA ISTANZA, SENZA ADDENTRARCICI NELLE INFINITE COMPARAZIONI INCROCIATE E NELLA DESCRIZIONE DELLA SOFFERENZA INFERTA AI BAMBINI CON IL MENDACE OBIETTIVO DELLA LORO PROTEZIONE DA MALATTIE ENOMERMEMENTE MENO INVASIVE, LA VOSTRA SCIENZA GARANTISCE LA SICUREZZA ED EFFICACIA DEL MEDICNALE CHE IL SOTTOSCRITTO DOVERBBE OBBLIGATORIAMENTE INOCULARE ALLA PROPRIA FIGLIA, SOLO ATTRAVERSO QUESTI DATI?

5.3. GARDASIL 9

NOTA

R62 – Chiedo ad AIFA le ultime risultante dello studio, ancora in fase II, 2022-000090-15 (Numero EudraCT) [\[L\]](#)

R63 – Chiedo ad AIFA copia del **PSUR** come definito nell'elenco delle date di riferimento per l'Unione europea (elenco EURD) di cui all'articolo 107 quater, paragrafo 7, della Direttiva 2001/83/CE e successive modifiche, **presentato il 01/02/203**.

Il GARDASIL 9 viene approvato nel 2015 con Decisione Bruxelles, 10.6.2015 C(2015)4099 (final), con procedura centralizzata in base al regolamento 726/2004 ed iscritto nel registro comunitario al n. EU/1/15/1007. Il medicinale è stato approvato sotto monitoraggio addizionale usufruendo della procedura **Rolling Review**, in base all'art. 10 par 2.

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni di sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità segnalazione delle reazioni avverse.

La procedura di RR è la stessa utilizzata per il veleno anti-covid, usata per accelerare le fasi di revisione del CTD.

R64 – La Rolling Review è stata autorizzata a causa di una mortale epidemia o per velocizzare, senza motivo, l'immissione in commercio del nuovo medicinale ed agevolare i produttori, lasciando poi al monitoraggio postumo sui ragazzi la verifica di sicurezza ed efficacia, mentre continuavano gli studi di fase III?

Gli studi, al solito, utilizzavano i termini "pare che" è probabile che" [\[L\]](#), presumevano nello stesso tempo una efficacia del precedente quadrivalente di **circa il 70%** nella prevenzione delle lesioni, quando, all'atto dell'autorizzazione del quadrivalente si consigliava una attenta valutazione [\[L\]](#). Naturalmente, il nuovo intruglio 9-valente avrebbe avuto un'efficacia del 100% e si pubblicavano le solite buffonate statistiche, come le **proiezioni** di riduzione di casi in Francia [\[L\]](#). Mentre si inoculava il bivalente, "efficacissimo" nella prevenzione, gli studi sul 9-valente iniziarono ancor prima dell'approvazione del quadrivalente [\[L\]](#) nel 2006, quando non esisteva ancora il concetto di monitoraggio addizionale e l'evoluzione si sperimentava sul campo [\[L\]](#).

Subito dopo la commercializzazione, la Commissione europea diede inizio a una procedura ai sensi dell'articolo 20 del regolamento (CE) n. 726/2004 derivante dai dati di

farmacovigilanza (Danimarca), richiedendo all'EMA di valutare dubbi riguardo segnalazioni relative alla CRPS e alla POTS [\[L\]](#), mentre in Giappone il medicinale veniva sospeso [\[L\]](#). Il PRAC, chiedendo ai titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio (GlaxoSmithKline Biologicals, Merck Sharp & Dohme Ltd e Sanofi Pasteur MSD) i dati e le analisi sulla CRPS e sulla POTS derivanti dagli studi clinici e i dati sulla sicurezza post immissione in commercio, con un **processo di revisione RISERVATO della durata di tre mesi**, escludeva la correlazione. Questa segretezza (quando non esisteva ancora il segreto militare in ambito medico) suscitò molte polemiche [\[L\]](#) e vari studi di verifica vennero effettuati, evidenziando problemi di trasparenza, robustezza, replicabilità ed attendibilità dei dati [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#). Molti illustri medici, come ad esempio il Professor Peter C Gøtsche, rimarcarono l'infondatezza dei dati ad EMA la quale, rispondeva essenzialmente accusando la scarsa efficienza del sistema di farmacovigilanza, sistema sotto il controllo della stessa EMA [\[L\]](#).

Queste patologie non saranno mai menzionate nell'elenco degli eventi avversi.

NOTA

Al momento dell'approvazione del Gardasil 9, le sindromi denominate CRPS e POTS, erano state associate alla vaccinazione, in particolare agli adiuvanti [\[L\]](#), ritenendo giustamente **inutile** un confronto con un placebo contenente a sua volta gli stessi adiuvanti.

La discussione sulle sindromi CRPS e POTS era precedente all'autorizzazione e continuò negli anni. Uno studio finlandese del 2016 osservò un incremento significativo di segnalazioni negli anni 2011-2012 [\[L\]](#). **L'aumento dei casi sarà attribuito all'influenza dei media ma con tutte le solite limitazioni allo studio, compresa la non completa ed uniforme caratterizzazione della sindrome ed all'utilizzo dei nuovi codici ICD-10. L'Italia ha usato la vecchia nomenclatura ICD-9 sino all'anno scorso!!**

Altri studi bizzarri affermarono come effettivamente si fosse riscontrato un aumento di accessi ospedalieri per tali patologie ma, un numero più elevato di accessi **era stato considerato sinonimo di non vaccinazione** [\[L\]](#)!

Nel 2018 fu condotto in uno studio danese (la Danimarca aveva sollevato l'allerta nel 2015) un'analisi a cluster di segnalazioni di eventi avversi gravi dopo vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) in ragazze e giovani donne, da settembre 2009 ad agosto 2017 [\[L\]](#). Dopo un complicatissimo sistema statistico che difficilmente

riuscirei a controbattere, almeno in tempi brevi, si ottiene ancora lo strabiliante risultato dell'associazione del maggior numero di segnalazioni **all'influenza dei MEDIA** che in quel periodo evidenziavano tali problematiche. Si adducevano giustificazioni per l'innovazione del metodo utilizzato e si raccomanda una **migliore FV** e descrizione del caso per future e più ottimali analisi. Nota allarmante dello studio è stato il calcolo del **tempo mediano dalla vaccinazione alla presentazione del rapporto**, pari a **1.231 giorni**.

Nel 2022 poi, proprio **il Gardasil viene associato alla POTS**, a causa della possibile sindrome di attivazione dei mastociti (MCAS) [\[L\]](#). Addirittura, nello studio si consiglia il riconoscimento e la gestione dell'MCAS prima delle vaccinazioni in generale come strategia di gestione del rischio.

Il Gruppo giudiziario degli Stati Uniti sui contenziosi multidistrettuali (JPML) ha emesso **nel 2022** un'ordinanza che consolida le rivendicazioni relative al vaccino contro il papillomavirus umano (HPV) Gardasil dinanzi al giudice della Corte distrettuale degli Stati Uniti Robert J. Conrad, Jr. del distretto occidentale della Carolina del Nord [\[L\]](#). L'ordinanza consente ai casi di passare a un procedimento preprocessuale e di indagine coordinato. Nell'aprile del 2022, gli avvocati di Gardasil dello studio legale Baum Hedlund Aristei & Goldman hanno presentato una mozione per consolidare oltre 30 cause legali sul vaccino Gardasil, pendenti nei tribunali distrettuali di tutto il paese. Al 28 luglio 2022, 48 casi erano pendenti e almeno altri 100 dovevano essere depositati nei tribunali federali a livello nazionale.

Questo breve excursus sulle sindromi POTS e CRPS vuole solo evidenziare la **NON ESCLUSIONE** del nesso, l'assenza di una vera struttura di farmacovigilanza (richiesta per legge), la somministrazione di medicinali nella fase post marketing (il gardasil fu approvato nel 2006) e l'utilizzo poi di analisi retrospettive per verificare patologie quando si raggiungono numeri consistenti, senza una sorveglianza attiva.

Mentre il sottoscritto scrive, viene pubblicato **PRAC recommendations on signals** relativo alla richiesta di informazioni sul nuovo segnale rilevato per il vaccino HPV 9valente e quadrivalente [\[L\]](#).

Dal punto di vista della scienza Istituzionale, questo **nuovo segnale**, rilevato dopo **decenni di somministrazioni ed occorso in chissà quanti ragazzi**, sarà sinonimo di solerzia ed

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

efficienza. Per il sottoscritto, continuare a decantare sicurezza ed efficacia della profilassi pediatrica, e criminale.

INN	Signal (EPITT No)	PRAC Rapporteur	Action for MAH	MAH
Human papillomavirus 9-valent vaccine (recombinant, adsorbed); human papillomavirus vaccine [types <u>6</u> , <u>11</u> , <u>16</u> , <u>18</u>] (recombinant, adsorbed)	<u>Granuloma (20046)</u>	Jean-Michel Dogné (BE)	Supplementary information requested (<u>submission by 8 May 2024</u>)	Merck Sharp & Dohme B.V.

5.3.1. EUROPEAN PUBLIC ASSESSMENT REPORTO (EPAR)

NOTA

Forse per standard a me sonosciuti, ma credo che la parafrasi dell'EPAR sia errata o quanto meno incomprensibile.

Al netto delle solite "chiacchiere", il documento su cui basare la PRIMA VALUTAZIONE dell'atto medico è l'European Public Assessment Reporto (EPAR) [\[L\] \[5-A41\]](#), obbligatorio In base all'art. 13 paragrafo 3 del Regolamento 726/2004 e costituente la relazione di valutazione del CHMP, con la motivazione del parere favorevole (o diniego) al rilascio dell'autorizzazione, il quale riporta che, all'atto dell'approvazione:

- Nell'unione Europea, grazie ai programmi di screening, i casi di HPV erano stimati (non disponendo di adeguati registri) in 34.000 casi all'anno **causanti 13.000 decessi**, non paragonabili ai 50.000 morti per infezioni ospedaliere, alle migliaia di decessi di bambini per incidenti domestici, tralasciando tutte le altre patologie e, come visto, al tasso di incidenza drammatico delle sindromi ASD.
- Le specifiche per il nuovo medicinale immunologico HPV di tipo DS erano basate su pochi dati. I criteri di accettazione presentati per alcuni attribuiti (Percent Purity e Percent Intact Monomer) importanti per la sicurezza **DOVRANNO** essere allineati a quelli del processo clinico, dopo decine di migliaia di inoculazioni. **Strategia criminale approvata da tempo a quanto pare, non solo per il veleno anti-covid.**

- Anche la descrizione dei criteri e modalità di rinnovo delle norme primarie era mancante nel Dossier, **ma non importa**, il Richiedente avrebbe **provveduto poi** con una richiesta di variazione di tipo II.

R65 – Chiedo ad AIFA copia del PSUR relativo alle variazioni di tipo II

- Il Gardasil-9 contiene maggiori quantità di adiuvanti che naturalmente l'EPAR non riporta. Solo nell'RCP si legge un **AUMENTO DEL 100%**. Si dice che questo non alteri il profilo di sicurezza.

R66 – Chiedo ad AIFA copia del primo PSUR.

- Alcune fasi del processo di produzioni vengono automatizzate.
- **Nella valutazione iniziale la specifica sull'alto contenuto di alluminio non era supportata dai dati dei lotti. Durante lo sviluppo è stato eseguito un test per la completezza dell'adsorbimento e uno per la sicurezza generale, ma si propone di eliminarli. Considerando i risultati mostrati, il test per la completezza dell'adsorbimento poteva essere rimosso dalla specifica, benchè questo fosse necessario per la valutazione delle modifiche al processo di fabbricazione del prodotto finale. Si approva anche la soppressione del test di sicurezza generale.**

R67 – Chiedo al PRAC le motivazioni dell'omissione di tali relazioni relative all'aumento del 100% di adiuvanti.

Tali omissioni sono collegate alla mancanza di giustificazioni per i limiti inferiori dello potenza relativa in vitro (IVRP)?

- Le due materie prime, **D-galattosio e L-tirosina**, utilizzate nella banca di cellule di lavoro e nei processi di fermentazione, sono state identificate come di **origine umana o animale diretta**. Il D-galattosio deriva dal latte bovino proveniente dagli Stati Uniti, naturalmente animali sani controllati, mentre la La L-tirosina viene estratta da capelli umani provenienti dalla Cina o da piume di pollame ma naturalmente il tutto è esonerato da rischi di encefalopatie spongiformi trasmissibili.
- Per quanto riguarda la parte non clinica, sezione sulla **farmacologia**:
 - Mancanza di modelli animali, sostituiti dallo studio di 6 scimmie
 - Mancanza di studi secondari di farmacodinamica e programmi di sicurezza farmacologica, perchè l'unico effetto notato è stato quello immulogico, dimenticando la lunga lista di eventi avversi in ogni SOC del quadrivalente.

- Non sono stati eseguiti studi di farmacodinamica per il vaccino, anche se la potenziale interferenza con altri vaccini è un aspetto importante, ma può essere affrontato solo negli studi clinici.
- Per quanto riguarda la parte non clinica, sezione sulla **farmacocinetica**
 - Non sono stati effettuati studi sull'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo o l'escrezione, citando non la linea Guida dell'OMS ma la NOTA del CHMP per la guida ai test preclinici farmacologici e tossicologici dei vaccini del 1997 e ritirata l'anno dopo perchè obsoleta [\[L\]](#).
- Per quanto riguarda la parte non clinica, sezione sulla **tossicologia**
 - Non si rilevano particolari preoccupazioni, essendo anche basato su precedente quadrivalente, anche per la mancanza di registrazioni, come evidenziato **a pag. 146**.
 - **Relativamente agli adiuvanti, nessuno studio tossicologico dell'adiuvante AAHS** è stato condotto perchè utilizzato in precedenza in altri vaccini Merck e quindi, presunto avere un profilo di sicurezza **stabilito**. La FDA permetteva di utilizzare il solfato amorfo di alluminio idrossifosfato (AAHS), un coadiuvante dell'alluminio, al posto di un placebo salino, come controllo per quasi tutti i partecipanti allo studio. Un placebo reattivo, come l'AAHS, ha la capacità di aumentare artificialmente l'apparenza di sicurezza quando viene utilizzato come controllo in uno studio clinico e né l'FDA né Merck hanno reso nota la quantità di alluminio contenuta nel placebo.

R68 – RICHIAMO TUTTE LE DOMANDE DEL PARAGRAFO SUGLI ADIUVANTI, chiedendo la definizione di **profilo di sicurezza stabilito**, le norme per la sua caratterizzazione ed i risultati ottenuti dall'applicazione delle stesse.

Rilevate risposte immunologiche anticipate, in autopsie intermedie, parzialmente recuperate entro la fine del periodo di recupero di 21 giorni, attribuibili a **risposte immunitarie non specifiche** che **potrebbero essere previsti per un vaccino**.

Rilevato inoltre, un aumento del peso splenico, considerato un effetto secondario previsto dalla stimolazione del sistema immunitario. **Teoricamente, la stimolazione immunitaria comporta il rischio di**

causare/esacerbare malattie autoimmuni, ma tale rischio PUÒ ESSERE CARATTERIZZATO SOLO IN CONTESTI POST-MARKETING.

- **Data una quantità totale di 500 µg** di allume all'interno della formulazione del vaccino 9vHPV (invece di 225 µg in GARDASIL), un periodo di recupero di 21 giorni non è stato sufficientemente lungo per consentire il rilevamento del recupero totale o parziale dall'infiammazione muscolare e dalla iperplasia linfatica linfonodale. Tuttavia, l'assenza di degenerazione delle miofibre e la ridotta gravità dell'infiammazione alla fine del recupero **suggeriscono** una risoluzione in corso dei cambiamenti del muscolo scheletrico.

R69 – Si inietta una quantità doppia di adiuvanti senza evidenze tossicologiche, arrestando in anticipo i test e supponendo un favorevole decorso?

L'attività stimolante degli adiuvanti è confermata dal confronto del cambiamento osservato nei linfonodi drenanti (per frequenza e gravità) simile nei gruppi adiuvante-placebo rispetto ai gruppi vaccinali ad alte dosi, considerato secondario alla stimolazione del sistema immunitario.

- Riassumiamo la sezione **Conclusions on the clinical efficacy**
Per quanto riguarda il programma clinico, **né l'efficacia né l'immunogenicità di Gardasil 9 sono state valutate in donne di età superiore 26 anni** (vedremo subito dopo come l'età di insorgenza della patologia associata all'infezione sia 30+). L'efficacia può essere **prevista** sulla base dell'efficacia di qHPV nelle donne di età compresa tra 16 e 45 anni e su un'immunogenicità comparabile tra 9vHPV e qHPV fino a 26 anni, **tuttavia l'entità e la durata dell'immunità anti-HPV indotta dal vaccino in questa fascia di età non sono note**, in particolare per i 5 nuovi tipi di HPV del vaccino. Il richiedente si è impegnato però a **condurre uno studio post-marketing sull'immunogenicità e sulla sicurezza di Gardasil 9** nelle donne di età compresa tra 27 e 45 anni.

R70 – Chiedo cortesemente copia dello studio post-marketing effettuato dal Titolare, contenuti comunque nel PSUR.

- Passando alla **sicurezza clinica**

Eventi avversi

- Nonostante nella fase preclinica si fosse appurato il forte l'effetto reattogenico dell'adiuvante rispetto al placebo, similie al profilo ad alte dosi, il confronto viene fatto su gruppi, comunque, inocultati o col quadrivalente o col nuovo 9 valenete (15.776 soggetti almeno 1 dose di vaccino 9vHPV e 7391 soggetti almeno 1 dose di vaccino qHPV), per un totale di 23.266 soggetti.
- Ma, dato che la popolazione qHPV è meno diversificata per età e sesso, non è stato eseguito un confronto integrato tra 9vHPV e qHPV. Pertanto, la revisione della **banca dati sulla sicurezza clinica è in gran parte solo di natura descrittiva.**
- Il **3.8%** si ritira dallo studio e pare che lo 0.1% a causa di un eventoavverso. Comunque quella percentuale non corrisponde ai 15 casi menzionati. Complessivamente, il **90,6% dei soggetti** che hanno ricevuto il vaccino 9vHPV ha riportato una reazione avversa e **l'89.9% è stato correlato.** Tralasciando la solita febbre ecc, riportiamo le percentuali delle reazioni avverse serie :
 - 3.6 % reazioni serie relative al sito di iniezione
 - 57 % dei soggetti hanno riportato reazioni sistemiche (26% correlate) di cui **9.7% reazioni sistemiche serie**
 - Gli **eventi più diffusi e non riportati nel RCP** riguardano dolore addominale 2% (0.6 correlato), dolore addominale superiore (2,6%, 0,9% correlato al vaccino. Poi diarrea, cefalea..
 - Altri **eventi non riportati nell'RCP, ma rappresetanti segnali di sicurezza**, sono: paresi facciale (1 evento, correlato al vaccino), nevralgia (2 eventi, 1 correlato al vaccino), disturbi sensoriali (1 evento, correlato al vaccino) correlato), paralisi del settimo nervo (3 eventi, 2 correlati al vaccino), disturbo del nervo vago (1 evento, correlato al vaccino), disturbo del sonno (7 eventi, 1 correlato al vaccino), eruzione cutanea a farfalla (1 evento, correlato al vaccino) , iperidrosi (24 eventi, 18 correlati al vaccino). Per quanto riguarda i vari eventi neurologici, si riconosce che la maggior parte dei casi non ha mostrato un pattern di rechallenge positivo.

- A dosi successive si è verificato un aumento dell'incidenza di gonfiore ed eritema al sito di iniezione. Inoltre, c'è stato un aumento delle segnalazioni di eventi sia moderati che gravi.

Eventi avversi gravi/mortali/significativi

- Il **2.5% (530 soggetti) ha presentato eventi avversi gravi**, di cui la maggioranza aborti o problemi legati alla gravidanza
- **La maggior parte sono aborti**
- **Andiamo veloci su tutti gli altri punti come comparabilità dei processi, strutture, impurità, revisione dati man mano della disponibilità dei lotti, aggiornamento del Dossier incompleto, mancanza di modelli animali, studi primari solo su 6 scimmie, mancanza di studi di sicurezza farmacologica.**

Ogni 100 buffonate epidemiologiche, usate a supporto per definire, senza evidenza scientifica, un positivo rapporto rischio/beneficio, è possibile contrapporre uno studio che rileva la possibile correlazione con numerose patologie [\[L\]](#) [\[L\]](#).

Buffonate come la seguente nostrana e datata 2011 [\[5-A42\]](#), atta a smentire **l'associazione di patologie autoimmuni** con la vaccinazione HPV, in cui, dichiarando:

- la scelta dell'età (12 nello studio, ma 11 anni in base ai calendari odierni) per **sfruttare l'ultimo accesso obbligato** agli hub vaccinali dei ragazzi per proporre l'ingannevole somministrazione per poi dedurre una buona efficacia per malattie che si manifestano, in media, dopo il **30esimo** anno.

Ancora oggi, l'RCP riporta la furbata del follow-up di ragazze dai 12 al 18/20 anni.

Nello studio di estensione del Protocollo 002, non sono stati osservati casi di neoplasia intraepiteliale di alto grado o condilomi genitali <u>fino a 8,2 anni dopo la dose 3</u> (follow-up mediano di 7,6 anni) in ragazze (n = 864) e <u>fino a 8,1 anni dopo la dose 3</u> (follow-up mediano di 7,6 anni) in ragazzi (n = 261) di età <u>compresa tra 9 e 15 anni al momento della vaccinazione con Gardasil 9.</u>

- **L'assoluta smentita** "scientifica" dell'associazione con le sindromi ASD, senza addurre un solo vero studio
- la **pura coincidenza** dell'insorgere di eventi avversi in un ristretto arco temporale a ridosso della vaccinazione
- proponendo coperture non deducibili in base agli analizzati mezzi di registrazione

Conclude nel solito ed indegno modo, ovvero, il medicinale è "sicuro ed efficace", tuttavia non si hanno dati sufficienti sulle patologie in esame ED INCLUSE NELL'RCP, quindi, di ulteriori indagini post marketing risultano necessarie.

Dati disponibili in Italia

In Italia, le informazioni sulla frequenza di patologie autoimmuni nelle adolescenti sono estremamente limitati.

Il diabete mellito di tipo 1 è la patologia per cui vi sono più dati pubblicati. Negli anni tra il 1990 e il 1999, il tasso di incidenza nelle ragazze tra 10 e 14 anni variava da 6 casi per 100.000 anni persona al sud, a 11/100.000 al nord⁹. La Sardegna mostrava invece un'incidenza nettamente più elevata, pari a 32/100.000 (Tab. II). I dati derivati dal Registro Nazionale Diabete di tipo 1 negli anni 1999-2003, mostrano invece che l'incidenza nella fascia di età 12-14 anni è di 13,5 casi per 100.000 anni persona (IC95%: 12,7-14,2/100.000)¹⁰.

Per la Sindrome di Guillan-Barré, stime riferite al

Conclusioni

I dati di sorveglianza post-marketing confermano che il vaccino anti-HPV ha un elevato profilo di sicurezza, e non evidenziano un'associazione con l'esordio di malattie autoimmuni. Va tuttavia considerato che l'incidenza di malattie autoimmuni mostra delle differenze geografiche. La disponibilità di dati nazionali sulla frequenza di patologie autoimmuni nelle ragazze italiane adolescenti dovrebbe perciò essere migliorata, in modo da disporre di informazioni per valutare eventuali scostamenti rispetto all'atteso avvenuto dopo l'introduzione della vaccinazione, e garantire una adeguata informazione sia degli operatori sanitari che della popolazione target della campagna vaccinale.

Questa Vostra scienza non sarà più accettata dal sottoscritto.

5.3.2. ASSESSMENT REPORT EMA/CHMP/767725/2021

Nell'Assessment report [\[5-A42\]](#) del CHMP (EMA/CHMP/767725/**2021**) relativo alla domanda da parte del titolare dell'AIC per una variazione di TIPO II si legge che:

- Viene aggrionato l'RCP riguardo aspetti di efficacia ed immunogenicità a seguito dei risultati dello studio di follow-up di lungo termine (LTFU) della versione precedente, Gardasil (quadrivalente).
- Gli studi di fase 3 dei programmi sui vaccini qHPV (Gardasil) e 9vHPV (Gardasil 9) sono stati estesi per fornire dati LTFU su efficacia, immunogenicità e sicurezza.

R71 – Essendo il Gardasil 9, approvato come nuova sostanza attiva, essendo state modificate alcune parti del processo produttivo, compresa l'automazione, è possibile l'estensione degli studi?

A seguito della perdita del controllo (braccio vaccinato con quadrivalente) dello studio **cardine l'efficacia del vaccino non può essere misurata! Dunque, si **stima** l'efficacia in base a dati statistici di incidenza della malattia dal data base **della Scandinavia!** **Comprendo ora la facilità delle indecenze appurate per il siero miracoloso!****

- Dunque, si stima un'**ottima efficacia** data l'assenza di casi di displasia, nonostante la **limitata potenza del campione**.
- D'altra parte, la corte analizzata **non ha raggiunto l'età** in cui le lesioni cervicali vengono solitamente scoperte (**30+**)

5. LA PROSSIMA VACCINAZIONE DI MIA FIGLIA

- Inoltre, durante lo studio, in alcuni casi sono state osservate infezioni persistenti da HPV. Durante gli 8 anni di follow-up, 856 donne sono state campionate almeno una volta, **undici** femmine avevano l'HPV 16 e 3 donne avevano un'infezione da HPV 6, 18 e 33 che persisteva per più di 6 mesi. **Sette** infezioni da HPV 16 sono state eliminate, ma il resto di queste infezioni da HPV è persistito per 12 mesi a 8 anni di follow-up; erano stati campionati 251 uomini e tre maschi avevano 6 mesi di persistenza dell'HPV di tipo HPV 11, 45 e 52. In **un** caso, l'infezione da HPV 52 persisteva per 12 mesi.
- Ed ancora, secondo l'analisi finale a 10 anni di follow-up, sono state campionate **16** donne in più rispetto agli 8 anni di follow-up (complessivamente **872**) e sono comparse ulteriori infezioni persistenti da HPV. L'HPV 16 è stato complessivamente persistente per più di 6 mesi in **17** donne e per più di 12 mesi in **5** donne. L'HPV 6 persisteva per più di 6 mesi in **4** donne e 12 mesi in **2** donne. Anche una donna ha avuto un'infezione da HPV 58, che è persistita per più di 6. Tra **8** maschi, HPV11 (1), HPV 31 (2), HPV 45 (1) e HPV 52 (4) persisteva per più di 6 mesi, mentre in **2** maschi HPV 52 persisteva per più di 12 mesi.
- **Non si può concludere se i casi di infezione siano dovuti ad elusione vaccinale o aumento dell'esposizione ma si sottolinea la giovane età dei soggetti al momento della somministrazione che portano ad escludere una precedente infezione.**

Dopo l'autorizzazione del Gardasil 9 si susseguono alcune richieste di variazioni, alcune di TIPO II, inficianti dunque qualità e sicurezza ma su cui è inutile dilungarsi in questo contesto [\[L\]](#).

Nel 2020, dopo la fase di post-marketing con **monitoraggio aggiuntivo**, con decisione Bruxelles, 16.1.2020 C(2020)333 (final) l'autorizzazione viene rinnovata per **ULTERIORI 5 ANNI**. In base all'art 14 del regolamento 726/2004, dopo la fase quinquennale post-marketing, se il rapporto rischio/beneficio risulta essere positivo e la valutazione dei rapporti periodici di sicurezza definiscono un **OTTIMO** profilo di sicurezza, l'autorizzazione viene **rinnovata indefinitivamente**.

R72 – Chiedo ad AIFA la visione del fascicolo di riferimento del sistema di farmacovigilanza, come definito dall'articolo 1 del Regolamento di Esecuzione UE 520/2012.

A marzo 2023 la Commissione ha approvato l'ultima variazione all'autorizzazione. Come riportato nell'allegato IV alla decisione EMEA/H/C/PSUSA/00010389/202206 (2023) 2393 del 31 marzo 2023 [\[L\]](#), nel 2014 l'**encefalomielite disseminata acuta** è stata inclusa come

un evento avverso per qHPV (Gardasil) al paragrafo *Eventi Avversi Post-Marketing* poiché, sulla base dei dati disponibili, una relazione causale tra qHPV e l'evento avverso era almeno una ragionevole possibilità. Al momento dell'autorizzazione all'immissione in commercio di HPV9 (Gardasil 9) è stata inclusa una frase al paragrafo 4.8 del RCP per indicare che alcune esperienze avverse erano state segnalate spontaneamente durante l'uso post-approvazione del vaccino qHPV e che potevano essere osservate anche nell'esperienza post-marketing con Gardasil 9. Quest'ultima frase era pertinente in quanto l'esperienza post-marketing con HPV9 era limitata poiché i vaccini contengono proteine HPV L1 di 4 degli stessi tipi di HPV.

Dunque, all'atto dell'immissione in commercio del Gradasil 9, veniva inserita nell'RCP una possibile patologia **connessa (e sotto indagine) già al medicinale predecessore**.

Solo 9 (nove) anni dopo, nel rapporto EMA/183707/2023 [\[L\]](#), in base alla procedura EMEA/H/C/PSUSA/00010389/202206 che valuta i rapporti periodici di sicurezza (PSUR) solo nel periodo tra il 9 giugno 2021 ed il 9 giugno 2022 (**cioè l'analisi del solo ultimo anno**), si arriva alla conclusione **dell'assenza di nesso di causalità**.

R73 – Secondo il nuovo modo di concepire il PSUR (BPRER) non è richiesta l'analisi cumulativa dal primo giorno di vita del medicinale (8 anni) compreso tutta la letteratura in materia?

R74 – chiedo ad AIFA il perchè l'evento avverso encefalomielite disseminata acuta continua ad essere presente nell'RCP del predecessore GARDASIL [\[L\]](#), quando l'EPAR (MEA/H/C/003852/0000) riporta che "il vaccino 9vHPV Gardasil 9 è un vaccino contro l'HPV e può essere considerato una **versione estesa del quadrivalente Gardasil (qHPV)"?**

R75 – Chiedo ad AIFA la visione del BPRER nonché dei rapporti di sicurezza individuali dei casi di ADEM (*Acute Disseminated Encephalomyelitis*) analizzati.

R76 – Chiedo ad AIFA i dati forniti a garanzia della sicurezza riguardo l'aumento del 100% del contenuto di alluminio idrossifosfato solfato amorfo che passa da 0,225 milligrammi nel Gradasil a 0.5 milligrammi nel Gradasil 9.

6. IL CONSENSO DEVE ESSERE INFORMATO E NON CARPITO. NON FORNENDO ED OCCULTANDO LE INFORMAZIONI SI CREA UNA FALSA SICUREZZA NELLE FAMIGLIE

In vista di future inoculazioni periodiche per la **medicina predittiva**, costituenti sperimentazione umana ingannata da presunte emergenze ma che richiederebbero però l'acquisizione di una marea di consensi, si inizia a piegare le leggi. L'FDA propone l'eliminazione del consenso informato, quando il rischio valutato per un trattamento sia dichiarato minimo, dalla stessa FDA [\[L\]](#).

Concentrandosi per ora sul presente, affinché si possa invocare lo scudo della firma del consenso in caso di danno, come fatto pochi giorni fa dall'ex Ministro Speranza in risposta ad un danneggiato da terapia genica anti-covid [\[6-V1\]](#), occorre che questo SIA INFORMATO E NON ESTORTO INGANNEVOLMENTE, scrollandosi di dosso poi le future responsabilità, con le semplici dimissioni dall'incarico [\[6-V2\]](#).

La legislazione nazionale (Costituzione, legge 833/78, legge 219/2017, Deontologia medica) ed internazionale (vari e prolissi trattati, Norimberga '47, Rio '92, Oviedo '97, Nizza '00) sino a tutta la normativa europea analizzata in ambito farmacologico, dispone che:

IL CONSENSO DEVE ESSERE:	L'INFORMAZIONE DEVE ESSERE:
<ul style="list-style-type: none">• Personale• Esplicito• Specifico• Consapevole• Libero• Preventivo attuale• Ricevuto dal Medico, atto non delegabile	<ul style="list-style-type: none">• Veritiera• Completa• Compresa
CONSENSO + INORMAZIONE = CONSENSO INFORMATO	

Se l'operatore sanitario interviene senza il **preventivo consenso informato correttamente acquisito**, agisce in modo arbitrario e ciò potrebbe esporlo, nel caso che dal trattamento

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

sanitario siano derivati danni permanenti e significativi all'utente, ad una duplice responsabilità:

- penale per violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo (reato di lesioni colpose, art. 582 c.p., violenza privata, art. 610 c.p., ed, in caso di esito infausto, di omicidio colposo, art 589 c.p.);
- civile per inosservanza di un diritto inviolabile quale è quello all'autodeterminazione e per violazione di disposizione di legge (colpa specifica) obbligando ad un risarcimento del danno.

Inoltre, a seguito di vari accadimenti, è stato legiferato che:

- Cass. Civ., Sentenza 23329/2019n terza sezione civile
Consenso informato non vale se il paziente non è stato adeguatamente informato e in caso contrario è ragionevole ritenere che avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti...
- Cass. pen., sez. IV, 11/07/2001, n.1572
Senza il consenso informato il trattamento medico-chirurgico è arbitrario con rilevanza penale
- Cass., sez.IV, 5/11/2002, n. 1240
In mancanza di informazione il consenso è viziato
- Trib. Brescia, sez. III, 27/11/2003
Senza il consenso o in caso di consenso viziato il trattamento medico-chirurgico è arbitrario con rilevanza penale e risvolti civili
- Cass. Civ. n. 19212/2015
In tema di attività medico-chirurgica, il medico viene meno all'obbligo di fornire idonea ed esaustiva informazione al paziente, al fine di acquisirne un valido consenso, non solo quando omette del tutto di riferirgli della natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ne acquisisca con modalità improprie il consenso, sicché non può ritenersi validamente prestato il consenso espresso oralmente dal paziente
- Cassazione Civile Sentenza Nr. 28985/2019
Deve ritenersi, infatti, ormai definitivamente acquisito nella giurisprudenza di legittimità (cfr. Corte cass. Sez. 3, Sentenza n. 18513 del 03/09/2007; id. Sez. 3, Sentenza n. 7237 del 30/03/2011; id. Sez. 3, Sentenza n. 20984 del 27/11/2012; id.

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Sez. 3, Sentenza n. 25764 del 15/11/2013; id. Sez. 3, Sentenza n. 14642 del 14/07/2015) che la manifestazione del consenso del paziente alla prestazione sanitaria, costituisce esercizio di un autonomo diritto soggettivo...

il medico "... è tenuto, in ogni caso, a rendere edotto il paziente, indipendentemente dalla riconducibilità o meno di tale attività informativa ad un vincolo contrattuale o ad un obbligo legale, trovando titolo il dovere in questione nella qualificazione "illecita" della condotta omissiva o reticente, in quanto violativa di un diritto fondamentale della persona, e dunque da ritenere "contra jus", indipendentemente dalla sussunzione del rapporto medico-paziente nello schema contrattuale o del contatto sociale, ovvero dell'illecito extracontrattuale ...".

- verdetto emesso dalla Corte di Appello di Venezia il 27 febbraio 2018
il foglietto illustrativo dei farmaci non deve sostanziarsi "in una mera avvertenza generica circa la non sicurezza del prodotto

Relativamente all'inganno per la somministrazione della terapia genica anti-covid, il documento "Principi generali e requisiti per consentire in sicurezza l'estensione della campagna vaccinale anti-covid19 alle aziende produttive lombarde" [\[L\] \[6-A11\]](#) specifica le responsabilità del medico **aziendale relativamente** alla corretta informazione:

Il medico competente che presiede la somministrazione vaccinale assume la responsabilità di tutto il percorso vaccinale e in particolare:

- della verifica sulla corretta conduzione dell'operatività (adesione ai protocolli, applicazione delle regole di buona pratica vaccinale, ecc.);
- della garanzia in merito all'approfondimento informativo per una consapevole adesione all'offerta vaccinale
- del pronto intervento in caso di emergenza ed esercita ogni altra funzione che contribuisca ad assicurare il regolare svolgimento dell'attività.

6-R1 – I medici aziendali hanno comunicato ai lavoratori:

- la natura provvisoria del medicinale, soggetto ad **obblighi specifici** legati a efficacia e sicurezza?
- Il significato del **monitoraggio addizionale** a cui il medicinale è ancora sottoposto?

6-R2 – Come può un medico operare in scienza e coscienza quando le arbitrarie ed ILLEGALI DIRETTIVE provenienti dalle regioni impongono la promozione a tutti i costi della vaccinazione, impedendo ai medici di informare chiaramente i cittadini e soprattutto i genitori ” [\[L\] \[6-A13\]](#), pena procedimenti sanzionatori e persecutori?

Nazionale, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltreché essere contrattualmente e legalmente perseguibile».

6-R3 – Come può un medico informare correttamente una persona anziana sulla pericolosità ed inutilità della profilassi antinfluenzale quando i medici sono costretti ad inoculare le donne in gravidanza con qualsiasi preparato contenuto in frigoriferi non controllati?

I medici di medicina generale che hanno in cura le donne in stato di gravidanza o nel periodo "postpartum" devono assicurare la somministrazione tempestiva del vaccino antinfluenzale 2021-2022 provvedendo alla contestuale registrazione dei dati.

I medici specialisti assicurano la informazione e sensibilizzazione delle donne in stato di gravidanza circa l'importanza della vaccinazione antinfluenzale.

Dopo la firma del modulo del consenso, anche i danni derivanti dalla pura e semplice sperimentazione non possono esser risarciti, grazie anche al rimescolo delle carte e malattie incorse ad una bambina (Cassazione civile sez. III, 10/11/2020, n.25272) [\[L\]](#).

Tralasciando il pediatra che, **solo se interpellato**, nel 99% dei casi declina sempre al centro vaccinale ed alla consultazione dei siti istituzionali, **il punto di partenza** per il reperimento di informazioni da parte di un genitore **è la lettera della lettera d'invito del hub**.

Nell'invito sono presenti in genere i link ai portali delle varie aziende sanitarie, che nel mio sfortunato caso (e per tutti i cittadini facenti capo allo stesso hub) risulta ancora irraggiungibile [\[L\]](#). È presente tuttavia un [link](#) alternativo della regione Lombardia per una prima consultazione, che riporta a vari siti istituzionali [\[L\]](#).

6.1. LA SEDUTA VACCINALE

L'articolo 3 del DM 30 aprile 2015, in recepimento delle **lontane** direttive 2010/84/UE e 2012/26/UE, nonché per **porre rimedio** all'abrogazione del Titolo IX sulla farmacovigilanza del Decreto Legislativo 219/2006, recita:

Art. 3.

Informazione sull'AIC

1. L'AIFA cura la sollecita pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, per estratto del provvedimento di AIC e provvede a rendere pubblico il foglio illustrativo, il riassunto delle caratteristiche del prodotto, e loro successive modificazioni, oltre ad eventuali condizioni stabilite a norma degli articoli 5 e 6 e dell'art. 33 del decreto legislativo n. 24 aprile 2006, n. 219 e successive modificazioni, con le eventuali scadenze per l'adempimento delle condizioni, se applicabili, per ciascun medicinale da esse autorizzato.

Non conoscendo cosa accadesse nel periodo dal 2012 al 2015, a seguito del DM 30 aprile 2015, AIFA aggiorna l'elenco del FI ed RCP dei medicinali autorizzati al commercio nel nostro Paese. Il portale dedicato di AIFA è raggiungibile al seguente link [L](#).

Tuttavia, Il **punto di contatto** con il cittadino, propagandato ovunque, **non è** la gazzetta ufficiale o tale sito web, ma gli **attori corrotti** in visti in TV e quindi il **pediatra** ed il **centro vaccinale** di appartenenza, **da cui viene contattato per il trattamento sanitario**.

E' drammatica la superficialità con cui si affronta l'inoculazione di sostanze sconosciute in bambini sani, da parte dei cosiddetti "esperti" e primi referenti delle famiglie, ossia pediatri, centri vaccinali, medici di medicina generale..

- Il pediatra non interviene mai e quando interpellato, a volte rassicurando, rimanda sempre al centro vaccinale, a suo dire, dotato di **medici esperti nella vaccinologia**, i quali non proferiscono parola.
- Il centro si limita ad inviare lettere di invito, all'inizio in carta semplice per risparmiare, al pari delle locandine parrocchiali, nella quali si specifica la necessaria **scelta consapevole, ottenuta solo consultando ingannevoli informazioni**.

Per favorire una scelta consapevole Vi invitiamo a prendere visione del materiale informativo presente nel seguente link <http://www.asst-settelaghi.it/area-distrettuale/vaccinazioni>
Si segnala inoltre il sito web www.wikivaccini.regione.lombardia.it dove potete trovare risposte ai quesiti più frequenti.

- Il genitore però non è a conoscenza della denominazione del medicinale che dovrà essere inoculato né della sua tipologia (bivalente, trivalente ecc). L'invito riporta un elenco degli antigeni, verso cui effettuare la profilassi, e diverse combinazioni, molte delle quali non acquistate dal nostro Paese.

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

e quindi di **ACCETTARE / NON ACCETTARE** le seguenti vaccinazioni proposte:

	Accetto	Non accetto	firma
Difterite -Teta no			
Difterite -Teta no- Pertosse			
Difterite -Teta no- Pertosse -Poliomielite			
Esava lente			
Meningococco ACWY			
Meningococco B			
Meningococco C			
Morbillo-Parotite - Rosolia			
Morbillo-Parotite - Rosolia - Va ricella			
Papilloma Virus (HPV)			
Pneumococco 13			
Pneumococco 23			
Rota virus			
Va ricella			
Altre (specificare)			

6-R2 – Senza conoscere la denominazione del medicinale, i genitori possono essere a conoscenza del ritiro di alcuni vaccini, ad esempio il trivalente Morupar o l'esavalente Hexavac?

6-R3 – Gli sfortunati genitori dei bambini inoculati con questi farmaci e che si presentavano per la successiva vaccinazione, venivano informati del ritiro dal mercato? O ancora, venivano allertati per tenere sotto controllo i bambini in via precauzionale?

- Il genitore coscienzioso prova a consultare il sito proposto ma risulta **non attivo**.
- Allora il genitore consulta il **sito alternativo**, un portale generico della regione Lombardia wikivaccini.regione.lombardia.it

L'analisi del contenuto dei siti istituzionali proposti e da cui reperire le necessarie informazioni (come da esortazione contenuta nell'invito) è effettuata attraverso il seguente video [\[6-VT1\]](#) e dal paragrafo successivo, da cui si evince la grave omissione ed insufficienza di informazioni CHE RENDONO NULLO il consenso informato.

In relazione alla somministrazione obbligatoria della combinazione dTpa-IPV (Triaxis polio), mentre esistono profonde discrepanze (cap 5) tra le evidenze della combinazione precedente (Triaxis) e tra le stesse combinazioni aventi diversa denominazione (Repevax - Triaxis Polio), il sito dell'ISS propone vecchie informazioni **a cottimo**, aggiornate al 2018, riferite a diverse

combinazioni, omettendo eventi avversi (presenti al 2018), ma in pagine web contenenti tuttavia link aggiornati alle ultime news [\[L\]](#).

6-R3a – Chiedo al Ministero della Salute all'ISS ed AIFA, la documentazione internazionale attestante l'elevata pericolosità e letalità del Tetano, Difterite Pertosse, descritte nelle tabelle sul sito web [\[L\]](#) ed i cui link risultano oggi inattivi.

- Il genitore arriva per caso al sito istituzionale "vaccinarSI" [\[L\]](#), **MA NON TROVA LA SCHEDA TECNICA DEL TRIAXIS-POLIO.**
- Senza la DENOMINAZIONE dei farmaci da inoculare, nel 100% dei casi, il genitore si presenta al centro vaccinale nella totale ignoranza e nell'impossibilità di effettuare qualunque domanda, accettando passivamente per 5 MINUTI il silenzio degli operatori sanitari (mentre inocuano [\[1-V144\]](#)), ossia il silenzio durante il tempo medio di durata della seduta vaccinale, al netto della fase di accettazione e dei 15 minuti di sorveglianza. Tanto vale spedire le siringhe a casa per autoinocularsele, risparmiando il carburante che, tra l'altro, viene rimborsato nel caso di partecipazione ad una sperimentazione.
- Nei primi secondi di quei pochi minuti di permanenza, il genitore è **costretto** a firmare la presa visione di un **chiaro e comprensibile materiale informativo**, a seguito del quale il genitore dichiara l'avvenuto colloquio col medico (spesso assente) o qualunque operatore sanitario, che, nel caso non si tratti di un medico, **risulta una acquisizione illegale di un consenso.**

di aver ricevuto tramite

- materiale informativo specifico sull'argomento che è stato preventivamente reso disponibile e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario;

Nel caso del Triaxis Polio (ma valido sempre) il FI, reperito a seguito di ricerche personali sul web, riporta in grassetto la **necessaria comprensione delle informazioni contenute.**

Foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore
TRIAXIS POLIO
sospensione iniettabile in siringa pre-riempita

Vaccino antidifterico, antitetanico, antipertossico (componenti acellulari) e antipoliomielitico (inattivato) (adsorbito, contenuto antigenico ridotto)

Legga attentamente questo foglio prima che lei o il suo bambino siate vaccinati perché contiene importanti informazioni per Voi.

- Conservi questo foglio. Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
- Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere.
- Questo vaccino è stato prescritto soltanto per lei o per il suo bambino. Non lo dia ad altri.
- Se lei o il suo bambino manifestate qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere. Vedere paragrafo 4.

6-R4 – Il materiale informativo viene reso disponibile preventivamente?

6-R5 – Il contenuto nei siti proposti si può ritenere specifico ed esaustivo?

- Nella totale assenza di informazioni, senza indicazioni da parte del pediatra, il genitore si assume la responsabilità di un **certificato di anamnesi** sullo stato di salute del minore.

di essere stato invitata/o a trattenere il minore vaccinato presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini; **di aver riferito correttamente informazioni** sullo stato di salute del vaccinando;

- Il genitore è obbligato a dichiarare, inoltre, di essere stato informato di tutti gli effetti avversi a cui il vaccinato può incorrere che, quando comunicati, vengono riassunti con la comparsa della semplice febbre.

➤ sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** e gli **effetti collaterali** della vaccinazione nonché delle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;

La mancata preventiva consultazione da parte del genitore del FI potrebbe causare la perdita di evidenze quali allergia a determinati componenti del medicinale.

6-D5 – Il medico vaccinatore responsabile è informato su tutti gli eccipienti e sostanze residue dei processi produttivi che risultano fortemente tossiche ed allergeniche?

6-D6 – Chiedo cortesemente alla Regione Lombardia ed al centro vaccinale di Sesto Calende, l'elenco dei corsi formativi in relazione alla conoscenza della particolare formulazione dei vaccini utilizzati nella campagna 2023-2024, in relazione alla "guida alle controindicazioni alle vaccinazioni" ed. 2018 (Rapporti ISTISAN 19/3) [LJ](#) redatta da **60 esperti in materia, la cui comprensione non può essere demandata al genitore.**

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Tabella 1: Eventi avversi osservati nel corso degli studi clinici e durante la sorveglianza post-commercializzazione in tutto il mondo

Classificazione per sistemi ed organi	Frequenza	Bambini da 3 a 6 anni	Adolescenti e adulti
Disturbi del sistema emolinfopoietico	Non nota	<u>Linfoadenopatia*</u>	
Disturbi del sistema immunitario	Non nota	<u>Reazioni anafilattiche, come orticaria, edema facciale e dispnea*</u>	
Patologie del sistema nervoso	Molto comune		Cefalea
	Comune	Cefalea	
	Non nota	<u>Convulsioni, sincope vaso vagale, sindrome di Guillain Barré, paralisi facciale, mielite, neurite brachiale, parestesia transitoria / ipoestesia dell'arto vaccinato, capogiri*</u>	
Patologie gastrointestinali	Molto comune	Diarrea	Nausea
	Comune	Vomito, nausea	Diarrea, vomito
	Non nota	Dolore addominale	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Comune	Eruzione cutanea	
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Molto comune		Artralgia /gonfiore articolare, mialgia
	Comune	Artralgia /gonfiore articolare	
	Non nota	<u>Dolore all'arto vaccinato*</u>	
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Molto comune	Affaticamento/astenia, febbre†	Affaticamento/astenia, brividi
		Dolore al sito di iniezione, gonfiore al sito di iniezione, eritema al sito di iniezione	
	Comune	Irritabilità, dermatite nel sito di iniezione, lividi nel sito di iniezione, prurito nel sito di iniezione	Febbre†
	Non nota	Malessere [§] , <u>pallore*</u> , gonfiore esteso degli arti ‡, indurimento del sito di iniezione *	

*Eventi avversi post-commercializzazione

† La febbre è stata definita come temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in gruppi di bambini e definita come temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ nel gruppo di adolescenti e adulti

La figura precedente mostra gli eventi avversi relativi al medicinale obbligato **Triaxis Polio**.

6-R8 – Il medico responsabile, quando presente, nei pochi minuti della seduta **elenca tutti gli effetti** avversi e loro frequenza contenuti nell'RCP?

6-R9 – Il medico responsabile, quando presente, nei pochi minuti della seduta istruisce i genitori **sul rilevamento di tutti i sintomi** connessi alle varie patologie?

6-R10 – Il medico responsabile, quando presente, nei pochi minuti della seduta istruisce i genitori sulle **finestre temporali** di osservazione entro cui prestare attenzione ai vari sintomi **connessi** con l'insorgenza delle varie patologie osservate e contenute nei vari RCP?

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Alcune finestre temporali di osservazione sono indicate, ad esempio, nel documento “Guida alla valutazione delle reazioni avverse osservabili dopo vaccinazione” di AIFA, [\[6-A5\]](#).

PATOLOGIA	FINESTRA DI OSSERVAZIONE
encefalite, mielite ed encefalomielite	Da 1 a 40 giorni
Anemia emolitica autoimmune	Da 2 a 116 giorni
Atassia	Da 1 a 43 giorni
Convulsioni con o senza febbre	Da 5 a 15 giorni ma variabile
Sindrome di Guillain Barré	Da 1 a 42 giorni
Iperpiressia	Da 1 a 15 giorni
Neurite brachiale	Da 2 a 28 giorni
Neurite ottica	Da 28 a 86 giorni
Paralisi di Bell	Da 3 a 56 giorni
Trombocitopenia: Porpora trombocitopenica	Da 15 a 35 giorni
Vasculite	Per il 50% dei casi > 10 gg

6-R11 – Il genitore viene alertato sull’attenta osservazione di possibili sintomi della **neurite ottica (spiegati dal medico)** per i successivi **tre mesi** dall’inoculazione? O di valutare i sintomi della sempre più frequente **GBS**, entro i **due mesi** dall’inoculazione, essendo tali dato necessario per la successiva anamnesi nel caso della somministrazione del Triaxis Polio (Repevax) come da **RMP**? [\[6-A12\]](#)

Important potential risk – Guillain-Barre syndrome	
Evidence for linking the risk to the medicine	Tdap5-IPV postmarketing individual case safety reports and postmarketing surveillance (PBRER).
Risk factors and risk groups	History of Guillain-Barre syndrome within 6 weeks of a previous vaccine administration with the same antigens.

6-R12 – Essendo il **Triaxis-Polio** derivato dalla versione trivalente (Triaxis), la quale a sua volta è stata valutata per comparazione con la versione bivalente (Td), chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute il **razionale scientifico** dell’eliminazione dall’RCP/FI del vaccino Td [\[L\]](#), del Triaxis [\[L\]](#) e quindi del Triaxis-Polio [\[L\]](#) italiani, del possibile **RISCHIO DI MORTE**, evidenziato invece e nelle schede redatte dal CDC [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[L\]](#).

6-R13 – Essendo il **Triaxis Polio** derivato dalla formulazione trivalente **DTaP**, il cui principio attivo in altre denominazioni annovera nella scheda tecnica la possibilità di insorgenza di autismo [\[6-A12\]](#), su quali basi scientifiche tale evento viene esclusa ?

6-R14 – Prendendo ad esempio il vaccino Td, chiedo ad AIFA ed alla regione Lombardia (ma accade ovunque e per molto vaccini) se le informazioni contenute nei vari siti istituzionali afferenti le diverse aziende sanitarie riportino, a loro dire, informazioni esaustive per il cittadino, come ad esempio quelle contenute nel sito della ASST-MILANO [L], in cui non vengono elencati il 95% degli eventi avversi contenuti nell'RCP del medicinale, trascurando l'evento nefasto.

- Il counselling vaccinale può inoltre essere condotto o acquisito da qualunque operatore sanitario [6-A4], in violazione dell'art. 35 del Codice di deontologia medica (Consenso e dissenso informato), il quale dispone che: "***L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile***, come dichiarato dalla stessa FNOMCeO relativamente alla somministrazione dell'ultimo veleno [L] [6-A3], irritati dalla possibile perdita di fatturato. Al contrario, da un'analisi condotta dalla stessa **Società Italiana di Igene** [L] [6-A10], **il medico responsabile risulta spesso assente durante la seduta vaccinale, condotta da personale raccattato in giro e senza nessuna esperienza che risolve alcuni dubbi consultando demenziali siti web [L].**
- Dunque, il medico vaccinatore responsabile, sulla base delle sole dichiarazioni del genitore (non potendo ancora accedere al fascicolo sanitario elettronico) e sulla base dell'analisi pre-vaccinale fondata su quattro stupide domande (**suo figlio sta bene?**"), riassunti circa **250 pagine** della "*Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni (aggiornamento 2018)*" e spesso esposte **ad altro operatore** sanitario, **NON PUÒ VALUTARE il presunto rapporto rischio/beneficio della somministrazione, ma lo ritiene apriori positivo perché trattamento obbligatorio. Trattamento reso obbligatorio senza la necessaria valutazione di HTA per la sua introduzione.**

6-R15 – Chiedo alla Regione Lombardia l'elenco dei corsi effettuati da tutti gli altri operatori sanitari, compreso il medico vaccinatore, per il necessario aggiornamento sugli aspetti della pratica vaccinale, come richiesto dalla normativa, in relazione alla legislazione applicabile e soprattutto alle caratteristiche dei prodotti utilizzati.

- Dopo il periodo di osservazione di 15-20 minuti per scongiurare effetti avversi immediati, in strutture spesso non attrezzate per il pronto intervento, i genitori tornano

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

alla loro vita inconsapevoli dell'atto svolto e senza avere ancora in mano il foglio illustrativo del medicinale.

Foglio illustrativo: informazioni per l'utilizzatore
TRIAxis POLIO
sospensione iniettabile in siringa pre-riempita

Vaccino antidifterico, antitetanico, antipertossico (componenti acellulari) e antipoliomielitico (inattivato) (adsorbito, contenuto antigenico ridotto)

Legga attentamente questo foglio prima che lei o il suo bambino siate vaccinati perché contiene importanti informazioni per Voi.

- Conservi questo foglio. Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
- Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere.
- Questo vaccino è stato prescritto soltanto per lei o per il suo bambino. Non lo dia ad altri.
- Se lei o il suo bambino manifestate qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere. Vedere paragrafo 4.

Foglio Illustrativo che in molti casi riportava e riporta la sigla sul **monitoraggio addizionale** e le relative avvertenze di controllo, come per il gardasil-9, nei cinque anni di somministrazione dal **2015 al 2020**. Cinque anni in cui i nostri bambini hanno contribuito, con la loro salute, a fornire importanti informazioni al produttore.

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni di sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Gardasil 9 sospensione iniettabile
Vaccino del Papillomavirus Umano 9-valente (Ricombinante, adsorbito)

Foglio illustrativo che contiene, inoltre, l'importante avvertenza della segnalazione di eventuali eventi avversi ed il relativo link.

Segnalazione delle reazioni avverse sospette
La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo:
<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>.

Assodato che ad oggi **non esista alcuna legge** che obblighi un cittadino a possedere uno smartphone o un pc connesso ad internet, ma, al solito, tramite il ricatto della negazione all'accesso a servizi essenziali, lo si impone, è **illegale demandare il reperimento di informazioni sanitarie on line, documentazione che dovrebbe essere a disposizione del centro vaccinale.**

6-R16 – Perché il centro vaccinale **non invia**, assieme al cortese invito, il **foglio illustrativo** del medicinale oggetto della somministrazione, in modo da consentire ai

genitori una prioritaria lettura delle caratteristiche del medicinale da inoculare, ed eventualmente elaborare qualche domanda?

6-R17 – Nel caso non si voglia stampare i fogli necessari per salvare il pianeta, perché non si inseriscono, all'interno della lettera di invito, i LINK DIRETTI da cui scaricarli? Link diretti, non filtrati da lunghi passaggi attraverso informazioni omissive e fuorvianti.

Inoltre, il consenso dovrebbe essere **PREVENTIVO**, ossia precedere di un determinato lasso di tempo l'atto proposto e non all'atto della somministrazione, per escludere dubbi sull'effettiva volontà del paziente, derivante dalla necessaria informativa ed anch'essa acquisita preventivamente.

6-R18 – Il genitore, informato dai siti istituzionali che vedremo dopo, senza la conoscenza della denominazione dei medicinali da somministrare al proprio figlio, dopo un paio di domande sullo stato di salute dello stesso, decide in maniera libera e consapevole nei pochi secondi che lo separano dalla inoculazione del medicinale?

6.2. SITI INFORMATIVI ISTITUZIONALI

Nel caso personale, il link dell'azienda sanitaria non era e non è ancora disponibile dopo due anni dal primo invito. Dunque, prima della richiesta diretta al centro vaccinale, il sottoscritto ha tentato una ricerca di informazioni utilizzando la seconda scelta proposta, il sito informativo generale della regione Lombardia [\[L\]](#):

<https://www.wikivaccini.regione.lombardia.it/>

Un portale nato nel 2013, dichiarato un “grande sistema articolato di corretta informazione in ambito vaccinale”, nella Delibera della Giunta Regionale n.1564/DGR del 26/08/2014 della Regione Veneto.

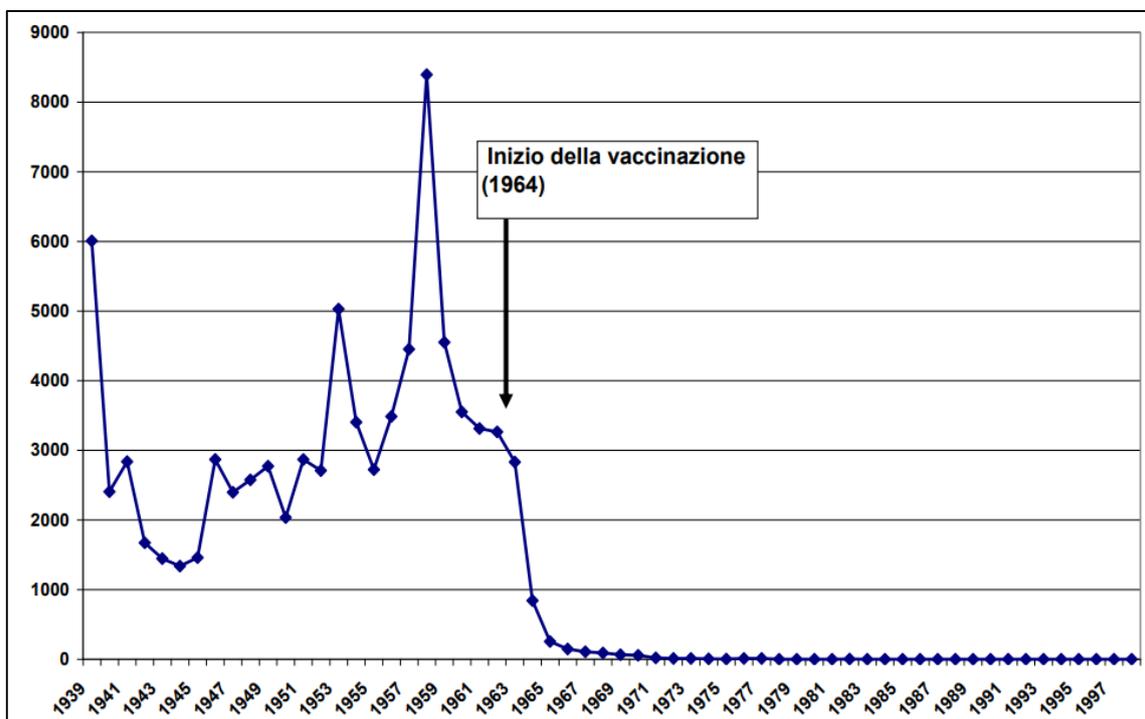
Tralasciare internet, ormai irrinunciabile mezzo di comunicazione, per informare sull'importanza delle vaccinazioni, rappresenta un'evidente miopia per la Sanità Pubblica. Proprio per questo, grazie alla Società Italiana d'Igiene (SII), nel maggio 2013 è nato il portale **VaccinarSi** (www.vaccinarsi.org) un vero e proprio sistema articolato di corretta comunicazione sulle vaccinazioni, che si rivolge principalmente alle famiglie e agli operatori sanitari. Un portale web, senza aree riservate, di facile accesso, fornito di *blog*, *forum*, profilo *Facebook* e *Twitter*, dedicato a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'attività vaccinale, ma soprattutto alla popolazione in potenziale età genitoriale. Più di 500.000 accessi e circa 1 milione di pagine consultate nel primo anno di attività, testimoniano l'apprezzamento che il portale ha ricevuto nel panorama italiano ed esortano a continuare in questa direzione.

Per non appesantire l'esposizione, l'analisi del contenuto dei siti istituzionali proposti da cui reperire le necessarie informazioni (come da esortazione contenuta nell'invito) è stata effettuata attraverso una ripresa video [\[6-VT1\]](#).

Oltre alla panoramica video, puntualizzo in forma scritta ulteriori considerazioni relativi al documento "**Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili – Secondo aggiornamento, giugno 2017**" [\[L\] \[6-A6\]](#) a cui si accede dal sito informativo della regione Lombardia. Un documento datato ed aggiornato al 2017, redatto solo per ottenere il cavillo legale a seguito dell'atto estorsivo del decreto Lorenzin.

Tralasciando i soliti spot pubblicitari, il vaccino è libertà, il vaccino ha salvato milioni e milioni di vite ecc, analizziamo alcuni punti, portando in evidenza ancora che, negli ultimi 20 anni il sottoscritto **non è riuscito a reperire un esempio, un caso, uno studio di impatto vaccinale nel nostro Paese**. Ogni considerazione sanitaria è stata sempre fondata su dati prevalentemente provenienti dal CDC. Anche in questo documento, gli unici dati a supporto sono numeri riferiti a paesi stranieri e vecchi, in media, di 20 anni.

2. Com'è scomparsa la poliomielite in Italia?



La bontà di questo grafico, o meglio, della freccia, utilizzata da decenni nelle campagne ingannatorie verrà illustrato nel prossimo paragrafo.

3. È possibile che la poliomielite si diffonda in un Paese sviluppato, ad elevato livello igienico sanitario?

Nel paragrafo 2.2 si è analizzato il fenomeno programmato dei flussi migratori e del mancato rispetto del regolamento sanitario, permettendo l'ingresso di immigrati irregolari (che non fuggono dalla guerra) senza controlli sanitari, mettendo a rischio la salute e la sicurezza della popolazione.

4. Che cosa ci insegna l'epidemia olandese di poliomielite?

Lo studio sui focolai di poliomielite in Olanda ha la stessa valenza scientifica dei dati riguardo i focolai di morbillo utilizzati per affermare una falsa emergenza ed introdurre trattamenti sanitari pericolosi ed inutili (par. 2.1).

6. E per quanto riguarda la difterite?

Tralasciando i due casi di decesso vecchi di 15 anni, non costituenti prova senza referti autoptico, si ammette che la vaccinazione non fermi la diffusione del virus e dunque, al pari della profilassi per il tetano, non conferendo immunità caprina non può essere adottata come sacrificio per il bene comune.

9. Perché si inizia a vaccinare subito dopo il compimento dei due mesi? Non è troppo presto?

Abbiamo appurato che tutte le linee guida ed i pareri delle autorità sanitarie adite, concordano da anni sino ad oggi, che occorre prestare attenzione in quanto non si conosce nulla sull'interazione di tali sostanze in un corpo in fase di crescita! Anche gli studi prodotti a favore di tesi assurde quali quelle elencate, alla fine, leggendo attentamente, oltre ai limiti come la bassa potenza (30 soggetti), **confermano una risposta ritardata** nei soggetti immunizzati rispetto al gruppo non vaccinato [L]. Sotto lo scudo etico usato come arma e non come protezione, non si produrranno mai **vere comparazioni** tra soggetti esposti e soggetti non esposti a sostanze.

11. I vaccini indeboliscono o sovraccaricano il sistema immunitario? La somministrazione contemporanea di più vaccini comporta dei rischi?

Affermate che: *“È stato calcolato che al momento della nascita e nelle prime ore di vita il bambino viene a contatto con più di 400 specie diverse di batteri. Dato che ogni specie batterica ha da 3.000 a 6.000 differenti antigeni, ne consegue che un neonato è esposto da subito a più di 1.000.000 di antigeni”.*

Inoltre .”. *Le cellule B e T (cellule fondamentali per la risposta immunitaria) sono presenti alla 14a settimana di gestazione e sono già in grado di rispondere ad una grande varietà di*

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

antigeni; il feto tuttavia non utilizza questa potenzialità, non ne ha ancora bisogno perché, finché rimane nell'utero materno, viene a contatto con pochi antigeni”.

Ma, per il portabandiera delle imposizioni, cioè il morbillo, scrivete: “**Il meccanismo con cui il morbillo indebolisce il sistema immunitario non è ancora del tutto chiaro, ma probabilmente il virus altera contemporaneamente diverse funzioni del sistema immunitario, rendendolo più vulnerabile alle infezioni”.**

Quindi, citando un paio di studi di **30 anni** fa scrivete: “*Si può quindi affermare che è il morbillo a indebolire il sistema immunitario, mentre i **vaccini lo rafforzano**, mettendo l'organismo nelle condizioni di combattere le infezioni”.*

Inoltre, a suffragare le ipotesi di totale innocuità delle continue inoculazioni, vengono citati alcuni studi:

- uno studio condotto in Gran Bretagna (Miller 2003) ha valutato se nelle 12 settimane seguenti alla somministrazione del vaccino morbillo-parotite-rosolia fosse riscontrabile un aumento di frequenza delle infezioni batteriche invasive e della polmonite: nei bambini esaminati (di età 12-23 mesi) e nel periodo considerato (dal 1991 al 1995) non è stato osservato alcun aumento delle ospedalizzazioni nel periodo successivo alla vaccinazione;
- uno studio effettuato in Danimarca (Hviid 2005) su tutti i bambini nati dal 1990 al 2001 (più di 800.000 soggetti) ha messo in relazione tutte le vaccinazioni pediatriche somministrate e i ricoveri in ospedale per alcune importanti infezioni quali polmonite, setticemia, infezioni virali del sistema nervoso, meningite, polmonite, infezioni diarroiche e del tratto respiratorio superiore. Non è stato riscontrato alcun aumento di infezioni in seguito alla somministrazione dei vaccini pediatrici, compresi i vaccini costituiti da più componenti (come ad esempio gli esavalenti);
- uno studio su mezzo milione di bambini, ancora una volta in Danimarca, ha rilevato una diminuzione dei ricoveri per qualsiasi tipo di infezione nei bambini di recente vaccinati contro morbillo-parotite-rosolia (Sørup 2014).

6-R19 – Chiedo al Ministero della Salute, ad AIFA e all'ISS (che li menziona), copia dei suddetti studi

12. Più vaccini somministrati insieme significa più rischi?

Nel paragrafo 5.1 si è evidenziato la problematica della co-somministrazione ed in genere la non conoscenza dei fenomeni di immuno interferenza, ignorati per anni. Si è appurato come la co-somministrazione sia stata introdotta per ridurre l'onere finanziario e non lo stress del piccolo vaccinando.

13. Come viene valutata la sicurezza dei vaccini?

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

In determinati casi è accaduto che gravità e frequenza del problema identificato abbiano portato all'eliminazione di un dato vaccino dal mercato. Ad esempio il primo vaccino sviluppato contro il rotavirus (il virus più frequentemente responsabile di diarrea severa nel bambino) fu introdotto negli Stati Uniti nel 1998, ma dopo 9 mesi fu ritirato perché in circa 1 caso su 10.000 dosi poteva causare una seria patologia intestinale chiamata intussuscezione o invaginazione intestinale, in cui una porzione dell'intestino scivola all'interno di una parte adiacente dell'intestino stesso. L'intussuscezione si verifica anche spontaneamente nel neonato e nel lattante, al di fuori di qualsiasi vaccinazione. Gli studi clinici effettuati sul primo vaccino contro il rotavirus non erano stati sufficientemente ampi da riuscire a mettere in evidenza questo problema. Ecco perché i vaccini contro il rotavirus sviluppati qualche anno dopo hanno ottenuto la registrazione solo dopo essere stati testati su oltre 60.000 lattanti. Il monitoraggio delle intussuscezioni temporalmente associate alla vaccinazione contro il rotavirus continua tuttora, al fine di rilevare un eventuale "segnale" (più avanti, nella risposta alla domanda n. 21 è spiegato che cosa si intende con il termine segnale).

Si entra nel campo della para-psicologia, con argomentazioni sconcertanti.

Dunque, **voi scienziati remunerati con soldi pubblici**, affermavate, per avallare l'aggravio dell'obbligo vaccinale dei nostri bambini, la tempestiva azione di ritiro di un vaccino (solo dopo il danno causato a tanti innocenti) dichiarando che il ritiro possa avvenire solo a seguito di una incidenza di una patologia grave (ma curabile) dell'ordine di **1/10.000**, ovvero, in base ai tassi ordinariamente usati, **10/100.000**.

Nello stesso anno di redazione del documento analizzato, nel nostro Paese non esisteva la farmacovigilanza e, per assolvere agli obblighi informativi, si redigevano rapporti di sorveglianza inserendo segnalazioni vecchie di 10 anni. Nonostante questo, alcune regioni riportavano tassi di segnalazioni spropositati rispetto alla decantata attenzione [\[6-A7\]](#).

P.A. Bolzano	216	41,2	112	<u>118,2</u>
P.A. Trento	74	13,7	41	45,4
Veneto	1.952	39,8	894	<u>117,2</u>
Friuli V. Giulia	664	54,5	216	<u>126,1</u>

Prendendo come riferimento sempre il 2017, questi tassi di segnalazione avrebbero richiesto un aggiornamento a seguito del successivo **ed inutile** inserimento di altre migliaia di segnalazioni **insorte nel 2017**, ma registrate negli anni seguenti.

Come l'oste diluisce il vino con l'acqua, tassi preoccupanti e localizzati che devono far nascere preoccupazione ed innescare i meccanismi richiesti dalla normativa per l'attivazione di controlli e sospensioni, come avvenuto appunto negli Stati Uniti per il vaccino contro il rotavirus, venivano **diluiti con i dati di regioni sprovviste anche di anagrafi amministrative**.

Sulla base di queste osservazioni, la differenza osservata nel tasso di segnalazione per tutti i vaccini (11,1 per 100.000 abitanti) e per i soli vaccini obbligatori (34,3 per 100.000 abitanti) sembrerebbe non essere attribuibile a un aumento di reazioni avverse nei soggetti vaccinati per l'adempimento dell'obbligo, in quanto una quota rilevante delle stesse sono correlate a vaccinazioni effettuate prima del 2017.

Come fatto nel 2016, si calcolavano i tassi di incidenza in base alle dosi vendute o in base alla **popolazione residente**, non **conoscendo l'esposizione della popolazione pediatrica** a tali sostanze.

descritti nelle precedenti edizioni del Rapporto. Per i vaccini antinfluenzali stagionali, che vengono invece somministrati in uno specifico intervallo temporale, è stato possibile calcolare il tasso di segnalazione per 100.000 dosi vendute. Per tutti gli altri vaccini, sono stati invece calcolati, i tassi di segnalazione a livello regionale, rispetto alla popolazione generale (n. di segnalazioni di sospetta reazione avversa per 100.000 abitanti).

Nel rapporto 2017, il dato allarmante di alcune regioni, sia per tasso di segnalazioni che per numero assoluto, come la regione Veneto, suscitò molte perplessità. Quindi il successivo rapporto del 2018 esordiva con [\[6-A8\]](#):

ovvero con una frequenza molto più bassa dei rischi associati alle malattie che il vaccino previene. Inoltre, **non sono stati osservati raggruppamenti temporali o geografici di segnalazioni per specifici lotti che facciano ipotizzare possibili difetti di qualità.**

In verità, un raggruppamento temporale e molto localizzato si verificò in Valle D'Aosta. In questi casi (come il progetto in Puglia) si darà sempre "la colpa" a progetti di farmacovigilanza attiva, ossia **si dà la colpa alla farmacovigilanza**, senza la quale nn esiste il problema.

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Regioni	Tasso di segnalazione (x 100.000 ab)
Piemonte	8,4
Valle d'Aosta	211,6
Lombardia	6,2
P.A. Bolzano	26,5
P.A. Trento	18,0
Veneto	32,3
Friuli V. Giulia	63,0
Liguria	4,9
Emilia Romagna	23,1
Toscana	11,5
Umbria	3,8
Marche	12,6
Lazio	1,8
Abruzzo	4,5
Molise	1,6
Campania	1,6
Puglia	19,1
Basilicata	2,5
Calabria	0,7
Sicilia	8,4
Sardegna	2,7
Totale*	12,0

Usando un linguaggio spicciolo per la persona comune, che discute al bar, possiamo riassumere: *“ci sono state molte segnalazioni perché abbiamo controllato attentamente. Scusateci, non lo faremo più per noni farvi preoccupare”*.

6-R20 – Chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute copia dello studio di farmacovigilanza attivo condotto in Valle D'Aosta e citato nel rapporto di sorveglianza vaccini del 2018.

15. Qual è la tossicità degli additivi contenuti nei vaccini?

Gli adiuvanti sono stati considerati nel paragrafo 4.2. Ancora oggi si propina alla popolazione la storia del mercurio ritirato solo a scopo precauzionale.

Nel 2017, l'ISS affermava che il contenuto di alluminio nei vaccini potesse variare tra **0.25 a 2.5 mg**, ossia quantità 5 volte maggiori e **quantità doppie** rispetto al contenuto massimo (benchè in soggetti fragili) definito nel documento *“Raccomandazioni Generali Sulla Pratica Vaccinale della Regione Veneto del 2002”*.

I vaccini contenenti adiuvanti devono necessariamente essere somministrati per via intramuscolare. L'eccesso di alluminio può essere gravemente tossico nei pazienti con insufficienza renale cronica, a basso filtrato glomerulare. Poichè nei soggetti in dialisi cronica la quantità di vaccino contro l'epatite B deve essere doppia per avere un buon effetto immunizzante, è sorto il problema della quantità di alluminio somministrabile in ognuno di questi pazienti. La quantità di 1,25 mg per dose è stata considerata il massimo somministrabile.

Per gli adiuvanti a base di Sali di alluminio, si richiamano linee guida dell'OMS **datate 1997**, ovvero **7 anni** prima dell'emanazione delle prime linee guida sull'utilizzo degli adiuvanti nei vaccini, avvenuta nel 2005.

6-R21 – Chiedo nuovamente alla Regione Veneto (coordinatrice regionale) e naturalmente al Ministero della Salute, AIFA ed ISS, un elenco dei principali studi, alla data odierna, che confermino la sicurezza di tali **sostanze** iniettate nei nostri bambini in preparati immunologici, in relazione alle quantità massime indicate, in base alle linee guida adottate sino all'ultima adozione nel 2022.

17. I vaccini contengono metalli sotto forma di nanoparticelle?

Anche questo argomento è stato discusso. Infatti, l'ISS cita proprio lo studio del dott. Montanari della dott.ssa Gatti. Tali studi vengono criticati per metodologia, tuttavia, si conferma la presenza di nanomateriale, imputato però alla contaminazione ambientale, mentre si emanava il regolamento 745/2017.

20. I vaccini possono causare l'autismo?

Solita solfa, anche questa discussa. Tengo a puntualizzare l'antitesi della vostra scienza. Nel citare il famoso studio poi ritirato ma, come affermato precedentemente, valevole 100.000 buffonate epidemiologiche, tra le critiche mosse allo studio del dott Wakefield, vi è l'osservazione della mancanza di confronto con un **controllo non vaccinato**, ovvero non **esposto alla causa sotto indagine**, anche se lo studio non aveva fondamenti epidemiologici.

permeabilità dell'intestino, seguita dall'ingresso nel sangue di sostanze tossiche in grado di danneggiare il cervello e determinare l'autismo. Appena pubblicato, lo studio fu criticato perché presentava dei difetti: si basava soltanto su 12 bambini, non teneva conto del fatto che il 90% dei bimbi britannici era vaccinato con MPR alla stessa età in cui generalmente l'autismo è diagnosticato e infine non metteva a confronto la frequenza dell'autismo tra i vaccinati e i non vaccinati. Alcuni anni dopo una parte degli autori dello studio ne ritrattò le conclusioni, prendendo le distanze dallo studio con una dichiarazione pubblicata su Lancet (Murch 2004).

6-R22 – Chiedo dunque al Ministero della Salute, ad AIFA e all'ISS, elenco degli studi comparativi con un **controllo non espoto** da cui si evinca l'esclusione del nesso causale tra la vaccinazione MPR (e dei vaccini combinati inclusivi di tali antigeni) con la sindrome ASD. Patologie il cui tasso di incidenza nel nostro Paese era dichiarato in 6-10 casi su 10.000 bambini nel 2017, giunto oggi al drammatico picco di 1/55 bambini (**ovvero circa 200 su 10.000 bambini**).

Nel documento del 2017 analizzato ed **utilizzato OGGI dalla Regione Lombardia per rassicurare i genitori**, si imputava la maggiore incidenza a fattori sconosciuti e ad una migliore diagnosi del disturbo, **ammettendo, dunque, la vostra profonda ignoranza durante le rassicurazioni**.

Questo aumento potrebbe essere imputabile a qualche fattore ambientale non ancora conosciuto, ma almeno in parte è la conseguenza dei progressi nell'accertamento della malattia: recentemente infatti sono stati introdotti dei criteri diagnostici che hanno reso più agevole e precisa la diagnosi di autismo. In tal caso, non sarebbe aumentato l'effettivo numero dei casi, bensì la capacità nel rilevarli. E infatti uno studio su 677.915 bambini danesi seguiti per un lungo periodo di tempo ha rilevato che gran parte (60%) dell'incremento dei casi di autismo osservato negli ultimi anni era in realtà la conseguenza di un cambiamento delle modalità di registrazione dei casi (cambiamento dei criteri diagnostici ed inclusione dei pazienti che non avevano avuto ricoveri ospedalieri) (Hansen 2015).

Mentre i genitori leggono oggi queste affermazioni sul sito della Regione Lombardia, l'ISS parla di un ulteriore incremento di casi rispetto al 2017, **attestati in 1/77 [L]**. Consultando però il sito dell'ISS, si aprono link in cui il Ministero della Salute riporta dati difformi **[L] [6-A9]**.

Negli ultimi anni è stato segnalato un sensibile incremento della prevalenza dei disturbi dello spettro autistico, così marcato da aver fatto parlare di una sorta di 'epidemia di autismo'. Sono attualmente attivi solo pochi registri di Disturbi dello Spettro Autistico nel mondo ed esistono solo un numero limitato di studi epidemiologici che possono essere utilizzati per una buona valutazione e una pianificazione appropriata. Una recente revisione sistematica di studi di prevalenza dei Disturbi dello Spettro Autistico mostra che, in Europa, sono stati osservati tassi compresi tra 1:333 e 1:86, con una prevalenza mediana di 1:161. Negli studi condotti in America, la prevalenza mediana

Una "*epidemia di autismo*" in tutta europa e senza spiegazioni ma con tassi nettamente inferiori a quelli reali.

Al contrario in Italia il problema sembra non esistere, riscontrando tassi medi (dichiarati comunque sottostimati), **di 1/300**. La pagina web dell'ISS riporta come ultimo aggiornamento la data **di aprile 2023**, mentre il documento collegato non ha data ma dalla lettura si può ritenere risalente anch'esso al 2017.

Nel 2017 si stanziavano **€ 650.000,00** per il progetto Work Package 2. MONITORAGGIO DEI PERCORSI DI DIAGNOSI PRECOCE PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO e così suddivisi:

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Tipologia di spesa	WP1-ISS	WP2-UO1	TOTALE BUDGET
Coordinamento	15.000,00		15.000,00
Piattaforma	30.000,00		30.000,00
Personale	280.000,00	140.000,00	420.000,00
Beni e servizi	23.300,00		23.300,00
Attrezzature	14.000,00		14.000,00
Missioni	42.200,00	20.200,00	62.400,00
Corsi e convegni	20.300,00		20.300,00
Spese generali	47.200,00	17.800,00	65.000,00
TOTALE	472.000,00	178.000,00	650.000,00

Oltre alle giornate dedicate a **costosi ed inutili eventi** ed oltre a comprare faretto di colore blu ("tingersi di blu" [LU](#)), sarebbe meglio iniziare a lavorare per dare una risposta ed arginare la grave situazione.

6-R23 – Chiedo al Ministero della Salute e all'ISS, in particolare agli incaricati responsabili indicati nello studio, i risultati di così tanto affanno e che ha visto il coinvolgimento di un ingente numero di persone, destinatarie del 50% dei fondi.

Concludo l'analisi del documento con l'unica vera sentenza espressa, ossia, che SOLO L'INSIEME DI TUTTI GLI STUDI CONDOTTI COSTITUISCE L'EVIDENZA SCIENTIFICA.

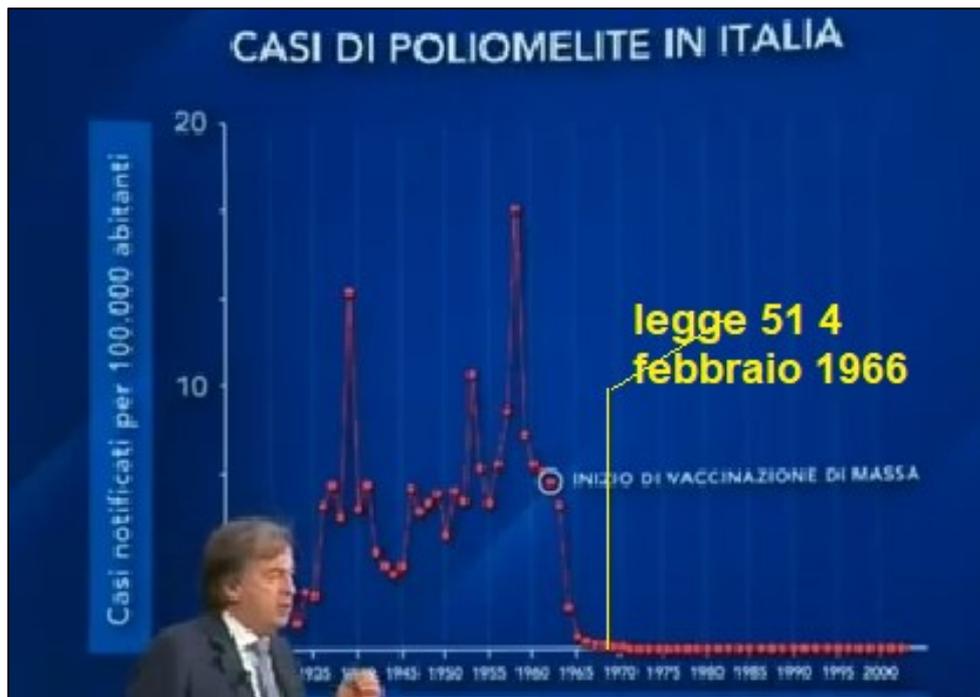
Una cosa è certa: per ogni affermazione, anche bizzarra, è sempre possibile trovare almeno uno scienziato (a volte anche un premio Nobel) o un medico che la sostenga in un libro, sul web, sui giornali o in televisione. L'opinione del singolo però non costituisce una prova scientifica. Neppure un singolo studio costituisce una prova scientifica. È l'insieme di tutti gli studi condotti su un dato argomento che fa l'evidenza scientifica.

6-R24 – LE AUTORITÀ ADITE TERRANNO CONTO DI TUTTA LA LETTERATURA PRODOTTA SOLO IN QUESTA STESURA?

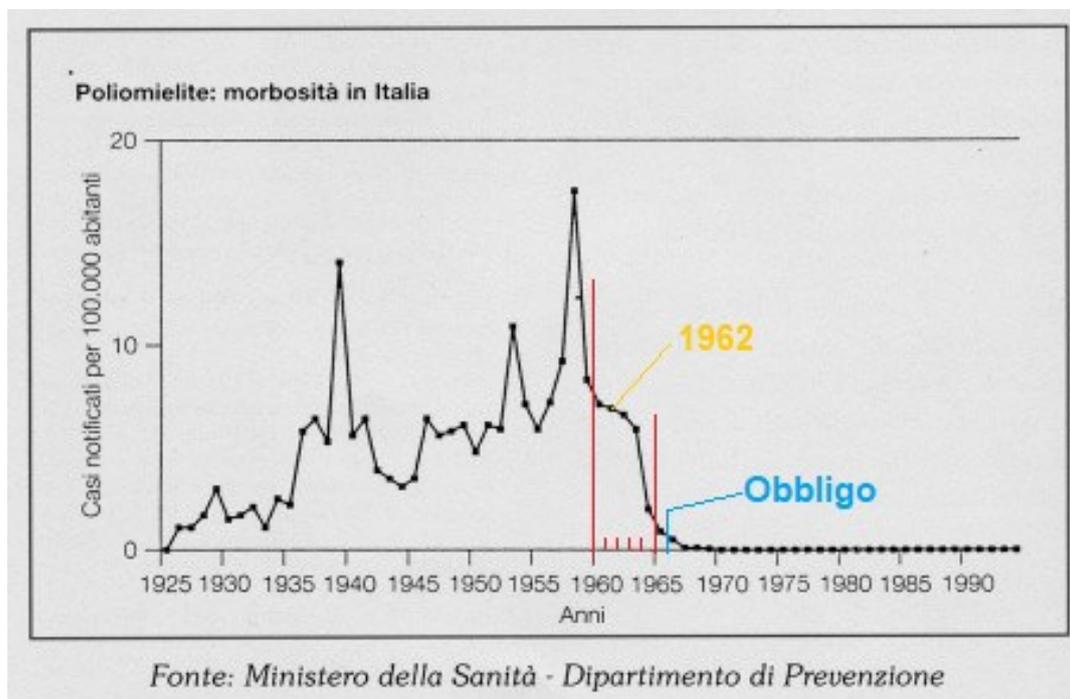
6.3. NOTA STORICA

Tralasciando in questa sede la discussione su dati e notizie ormai trentennali e prive di ogni contesto, come ad esempio, parlando della poliomelite, una epidemia in una comunità olandese [LU](#) a cui si possono abbinare altrettanti studi che dimostrano, al contrario, un aumento dei casi proprio a casua della somministrazione di vaccini vivi, così come l'associazione alla vaccinazione della paralisi poliometica [LU](#), evidenzio alcune considerazioni sull'ormai "nauseante" grafico tornato in voga negli ultimi tempi e ripreso puntualmente dai soliti cialtroni.

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE



Per una migliore comprensione ripropongo il grafico negli atti sul sito del Ministero della salute, con alcune indicazioni:



Queste considerazioni e grafici corretti si trovano ancora in giro in rete perché risalenti a periodi in cui non era così eclatante (perché nascosto) il danno causato, ed il dibattito era

meno infervorato. Il grafico corretto è presente, ad esempio, nel “*Risultati di salute delle vaccinazioni pediatriche in Provincia di Modena Rapporto 2002*” [\[6-A2\]](#).

Il famoso dott. Burioni, oggi senza parole per l'aumento dell'incidenza tumorale nei giovani [\[L\]](#), insieme a tutti i nomi eccellenti odierni e partecipanti all'opera ingannatoria degli ultimi anni, è stato sempre un fautore della inoculazione, adducendo da sempre la stessa tipologia di informazione, banale e spicciola [\[L\]](#).

Vaccini e bufale, le otto notizie false più diffuse

Dall'autismo agli effetti collaterali, un medico e ricercatore smonta le false notizie

ROBERTO BURIONI

09 Settembre 2017 alle 05:00 | 2 minuti di lettura

Pare che il cavallo di battaglia del dott. Burioni, mezzo per il facile consenso popolare, sia stato sempre quello di paragonare chi nutrisse dubbi sulle inoculazioni in bambini sani a dei TERRAPIASTITI, oggi nota categoria.

una maggiore incidenza, cosa che non accade. Questa osservazione è confermata dal dato indicante che le lesioni cerebrali alla base della malattia sono presenti prima della nascita; infine, recenti ricerche hanno dimostrato che l'autismo è diagnosticabile ben prima delle vaccinazioni. Insomma, dire che i vaccini causano l'autismo è come dire che la terra è piatta.

Anche il dott. Burioni portava a conferma lo studio citato anche nel report di sorveglianza post-marketing 2014-2015 di AIFA [\[L\]](#).

Il puntino rosso indicato nel grafico dal dott. Burioni (ed in tutti i grafici gli analoghi in giro) rappresenta circa il 1962.

Solo dopo la nomina di Giacomo Mancini (5 dicembre 1963 - 23 luglio 1964) il nostro Paese apriva alla vaccinazione antipolio Sabin. Dunque, solo nel '64 la classe politica prova a contrastare il **totale ostruzionismo** portato avanti dal ministro Giardina, che trovava inoltre ampio spazio nella classe medica, almeno all'epoca divisa! Le divisioni scaturivano come

sempre, oltre che da preoccupazioni etiche e scientifiche (il vaccino vivo è una nuova esperienza), anche da interessi economici.

Solo nel '64 si stabiliva il piano di azione [\[L\]](#):

- Prendere contatto con le ditte
- Stabilire le dosi
- Prendere accordi con il consiglio superiore di sanità per i controlli di sterilità, innocuità ed efficacia
- Organizzare la catena del freddo a -20° e l'utilizzazione dopo 15 giorni dopo lo scongelamento. Dunque, enormi frigo con sensori di controllo per raggiungere **tutta l'Italia degli anni '60** in grave crisi, soprattutto sanitaria.
- Attuare una forte campagna di sensibilizzazione nei confronti di una popolazione molto diffidente, soprattutto nel sud, senza l'ausilio degli odierni mezzi!

Ragionevolmente, dubito che la campagna fosse iniziata nel '64.

Questa digressione storica serve solo per evidenziare ancora la labilità dell'informazione e come un punto su un grafico, uno spostamento di un anno, **una percentuale non corrispondente all'area del cerchio rappresentata**, vista in questi giorni, o qualunque piccola modifica dei dati, possa dare un'idea completamente errata della realtà dei fatti.

Per certo, **l'obbligatorietà** della vaccinazione antipolio è seguita con la legge 51 del 4 febbraio 1966 [\[L\]](#).

Art. 1.

La vaccinazione contro la poliomielite è obbligatoria per i bambini entro il primo anno di età e deve essere eseguita gratuitamente.

Il Ministro per la sanità è autorizzato, sentito il Consiglio superiore di sanità, a determinare, con decreto da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, la qualità e il tipo di vaccino da impiegare, i modi e i tempi della sua somministrazione, le categorie di bambini che per speciali condizioni possono essere dispensati temporaneamente dall'obbligo e le modalità della loro vaccinazione successiva anche dopo il decorso del primo anno di età.

Al contrario, esistono invece molte conferme del fallimento delle campagne vaccinali negli Stati Uniti, Cina, Egitto [\[L\]](#)... concludendo con le stesse parole del dott. Sabin:

I dati ufficiali dimostrano che le vaccinazioni su larga scala non hanno portato ad alcun significativo miglioramento nel gestazioni della malattia verso al quale avrebbero dovuto proteggerci

... Albert Bruce Sabin ...

La Regione Europea dell'OMS è stata ufficialmente dichiarata libera da polio nel 2002. Come dichiarato nella circolare del Ministero della Salute 0012942-09/05/2014-DGPRES-COD_UO-P [\[L\]](#) [\[3-A1\]](#), all'inizio del 2013 risultavano affetti dalla malattia solo 3 Paesi (Afghanistan, Pakistan e Nigeria).

A causa dei soliti e pianificati flussi migratori, allo scopo di minimizzare il rischio di reintroduzione del poliovirus in Italia, nel 2014 si riattivarono le raccomandazioni di immunoprofilassi già emanate in occasione dell'emergenza immigrati dall'Africa settentrionale nel 2011 [\[L\]](#).

7. RICHIESTA PRESCRIZIONE MEDICA O DI QUALUNQUE DISPOSITIVO GIURIDICO ATTO A DEFINIRE IL RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE, DERIVANTE DALLA NETTA VALUTAZIONE POSITIVA DEL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICIO (come definito dall'articolo 28bis della direttiva ce 83/2001), A VALLE DELLA COMPARAZIONE DI UN CERTIFICATO ANAMNESTICO (non delegabile al genitore) CON IL PROFILO DI SICUREZZA DESCRITTO DALL'RCP DEL MEDICINALE IN QUESTIONE, OLTRE CHE DALL'ANALISI DEI PSUR (come definito dall'art. 27 del dm 30 aprile 2015)

Nella circolare del Ministero della Salute 0003435-10/02/2022-DGPROGS-MDS-P, *Gestione Domiciliare Dei Pazienti Con Infezione Da Sars-Cov-2* [\[7-A0\]](#):

- oltre a contenere ancora la vigile attesa, ma tech, grazie al telemonitoraggio tramite APP (il paziente digitale)
- oltre a consigliare l'attività fisica ed ancora la tachipirina, nonostante la sua pericolosità,
- oltre a non menzionare terapie precoci, ormai inserite in molte pubblicazioni internazionali
- oltre a consigliare antivirali sperimentali come il **molnupiravir**, **ritirato** dopo solo un mese [\[L\]](#) perché inutile e pericoloso (“*non sono stati rilevati particolari problemi di sicurezza*”), al pari del Plaxovid [\[L\]](#), **con il quale si è proseguito a danneggiare mia moglie**
- Oltre a consigliare altri veleni costosissimi, anch'essi inutili e pericolosi, come il Remdesevir [\[L\]](#)
- il Ministero **ribadisce** che gli intrugli detti antivirali potevano essere somministrati solo da parte di strutture **ABILITATE ALLA PRESCRIZIONE**:

valutazione, nei pazienti a rischio di progressione di malattia, della possibilità di trattamento precoce con anticorpi monoclonali o farmaci antivirali (nirmatrelvir/ritonavir, remdesevir, molnupiravir) da parte delle strutture abilitate alla prescrizione;

Tale prescrizione è **stata necessaria** per la propria moglie per la somministrazione dell'ulteriore veleno (Paxlovid) a seguito dell'infezione da covid, nonostante le due dosi, le quali ne avevano fatto un soggetto fragilissimo.

Confrontando le determinazioni di classificazione di uno degli intrugli citati nella circolare (remdesivir – Veklury [L] [7-A3]) e per il quale era necessaria la prescrizione, con il siero miracoloso che ha reso tutti più ricchi [L] (quando ancora soggetto ad obblighi [7-A2] [L]), si riscontrano le stesse **CONDIZIONI O LIMITAZIONI DI FORNITURA E UTILIZZO**:

COMIRNATY

Regime di fornitura: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa (RRL) da utilizzare esclusivamente presso le strutture identificate sulla base dei piani vaccinali o di specifiche strategie messe a punto dalle regioni.

20A07197

VEKLURY

Regime di fornitura: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP).

20A05479

7-R1 - Perché per iniettarsi una dose di una **TERAPIA AVANZATA** con i rischi analizzati, una persona sana poteva recarsi in un qualsiasi gabbiotto per strada, mentre la somministrazione di un antivirale per un soggetto che presentava la sintomatologia di un'infezione inerente una pandemia, occorre la prescrizione rilasciata da una struttura abilitata?

7-R1a - Quale relazione esiste tra una struttura assimilata ad ambiente ospedaliero e capannoni piazzati per strada, dove spesso non si riusciva a scorgere almeno le linee elettriche per la necessaria alimentazione dei frigoriferi per la conservazione delle dosi?

Da un punto di vista medico-scientifico (ED ETICO) il **medico prescrive un farmaco** in seguito a un processo che può definirsi logico, cronologico e sequenziale. In particolare, giunge alla prescrizione dopo avere attuato le seguenti attività:

- anamnesi del paziente;

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

- esame obiettivo;
- analisi della diagnostica di laboratorio e della diagnostica per immagini;
- ragionamento diagnostico complessivo e individuazione di una sorta di “graduatoria” e fissazione delle situazioni in “ordine di importanza”;
- individuazione di una serie di patologie o di quadri clinici che possono essere inquadrati nel raggruppamento nosologico individuato;
- scelta della diagnosi certa o probabile;
- scelta dell'impostazione terapeutica.

I criteri ai quali si deve attenere il medico nella prescrizione di farmaci sono:

- informare il paziente e acquisirne il consenso, definito espressamente come **atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile** (art 33 codice Deontologico).
- agire secondo l'evidenza scientifica [L](#) (D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; Legge 23 ottobre 1992, n. 421; D.Lgs. 23 ottobre 1999, n. 229)
- garantire un impiego appropriato delle risorse;
- perseguire la beneficialità del paziente e l'astensione da pratiche di accanimento terapeutico (art 13 codice Deontologico);
- agire indipendentemente e senza condizionamenti.

Esistono differenze concettuali tra prescrizione e ricetta medica. Di seguito si riportano alcune definizioni presenti in letteratura:

- La ricetta medica consiste “**nella prescrizione terapeutica**, compilata e firmata dal medico, contenente consigli dietetici e indicazioni di cure con relativa posologia e modalità d'uso” (Puccini C. (1998). *Istituzioni di medicina legale*).
- La ricetta medica è **l'atto scritto con il quale il medico prescrive** la cura che ritiene adeguata e utile per il paziente da lui assistito (Formaggio T.G. (1958). *Deontologia medica e legislazione sanitaria*).
- Una prescrizione (ricetta) è **un'istruzione dal prescrittore al dispensatore**.
- La prescrizione medica (che si concretizza nella compilazione di una ricetta) rappresenta per il farmacista l'autorizzazione alla consegna del medicinale al paziente (Filippi A., Besutti D., Pollini A. (2006).).
- La prescrizione della terapia farmacologica è **l'atto mediante il quale il medico responsabile del paziente stabilisce** quale farmaco debba essere somministrato all'assistito (Regione Emilia Romagna (2006). *Procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci*).

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

- La prescrizione (o ricetta medica) è l'**autorizzazione scritta del medico** volta a disporre la consegna al paziente del medicinale da parte del farmacista, che, in deroga alla disciplina ordinaria sul libero commercio, è il solo autorizzato a effettuarla⁶

Possiamo riassumere la normativa vigente con:

la ricetta medica è l'atto con il quale il medico richiede alla farmacia – mediante ricettari regionali o su propria carta intestata – la dispensazione di un farmaco.

La prescrizione contiene le istruzioni operative del piano terapeutico destinate a chi somministra o a chi assume.

Nel caso in questione, discernendo tra la figura professionale (Medico d base, pediatra di libera scelta, medici convenzionati, specialisti convenzionati, oppure medici ospedalieri) , il luogo di prescrizione e la natura della stessa, si parlerà di prescrizione più che ricetta medica:

- la prescrizione in questione non contiene le normali procedure operative che accompagnano in genere la ricetta di un farmaco.
- Non è rivolta alla farmacia
- Non ha rilevanza esterna
- si rivolge ad altri professionisti sanitari spesso contenuta in atti più complessi – per es., la cartella clinica – o destinata direttamente al paziente
- se effettuata da un **medico ospedaliero** assume valore di **ATTO PUBBLICO**

La direttiva CE 83/2001 ed il successivo Dlgs attuativo 219/2006, definiscono il significato di medicinale soggetto a prescrizione medica:

88. Medicinali soggetti a prescrizione medica.

1. I medicinali sono soggetti a prescrizione medica quando:

- a) possono presentare un pericolo, direttamente o indirettamente, anche in condizioni normali di utilizzazione, se sono usati senza controllo medico;
- b) sono utilizzati spesso, e in larghissima misura, in modo non corretto e, di conseguenza, con rischio di un pericolo diretto o indiretto per la salute;
- c) contengono sostanze o preparazioni di sostanze la cui attività o le cui reazioni avverse richiedono ulteriori indagini;
- d) sono destinati ad essere somministrati per via parenterale, fatte salve le eccezioni stabilite dal Ministero della salute, su proposta o previa consultazione dell'AIFA.

In quanto ingegnere, nel caso di un progetto relativo all'apertura di **un BUCO in uno stupido muro**, il sottoscritto è costretto a presentare decine di tavole progettuali, ad apporre

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

(anche in formato digitale) decine di firme, viene sottoposto a controllo dalle autorità e, nel caso di errore di pochi cm, il **sottoscritto è soggetto a sanzioni pecuniari e/o penali**.

La prescrizione medica, anche in ambito vaccinale, è richiesta ad esempio nell'ambito della profilassi delle professioni sanitarie, come specificato nel documento PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE VACCINAZIONE OPERATORI SANITARI redatto dal Gruppo Operativo CIPASS dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento [\[L\] \[7-A1\]](#). Il prescrittore in questo caso risulta essere, oltre al medico competente, anche la direzione medica.

Figure coinvolte	Personale vaccinatore	Medico competente	Medico direzione medica	Medico direzione cure prim. *	OO. SS
Informazione al dipendente	C	R	C	C	/
<u>Prescrizione vaccino</u>	/	<u>R</u>	<u>R</u>	/	/
Attivazione vaccinazione	C	/	/	/	R
Richiesta vaccino alla farmacia/igiene	R	/	/	/	/
Compilazione anamnesi prevaccinale	R	/	C	C	C
Somministrazione vaccino	R	/	C	C	/
Valutazione fattibilità vaccinazione in caso di controindicazione, precauzione, avvertenza	C	R	R	R	C
Gestione di reazione avversa immediata	R	/	R	R	/

A seguito degli obblighi introdotti illegalmente, con i quali si sottopone **volutamente** ad un rischio mai valutato ed occultato tutta la popolazione pediatrica, la **responsabilità prescrittiva** è del tutto svanita. Il vaccino viene prescritto ai nostri bambini direttamente dall'OMS, o da Bill Gates per il tramite delle case farmaceutiche.

Nel caso di autorizzazione comunitaria (gradasil 9), l'articolo 14 del regolamento CE 726/2004 specifica che, quando adotta il proprio parere, il Comitato per i Medicinali p/er Uso Umano include una proposta sui **criteri di prescrizione o di impiego dei medicinali** per uso umano, a norma dell'articolo 70, paragrafo 1 della direttiva 2001/83/CE.

Nel caso della procedura di muto riconoscimento (triauxis polio), sono disponibili sul sito ufficiale dell'AIFA solo il foglio illustrativo ed il riassunto delle caratteristiche del prodotto [\[L\]](#). Tuttavia, in base all'articolo 73 della direttiva CE 83/2001, le autorità competenti stabiliscono

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

l'elenco dei medicinali la cui fornitura è soggetta nel loro territorio all'obbligo della prescrizione medica.

Per i medicinali in analisi, la G.U. Serie Generale n. 288 del 10/12/2022 e G.U Serie generale n. 40 del 18/02/2020), riportano:

GARDASIL 9 Art. 2. <i>Classificazione ai fini della fornitura</i> La classificazione ai fini della fornitura del medicinale «Gardasil 9» (papillomavirus umano 9-valente (ricombinante, adsorbito)): per le confezioni contraddistinte da A.I.C. nn. 044268011 e 044268023 è la seguente: medicinale soggetto a <u>prescrizione medica (RR)</u> ; per le confezioni contraddistinte da A.I.C. n. 044268035 è la seguente: <u>medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP)</u> .	TRIAxis POLIO <i>Classificazione ai fini della fornitura</i> Per le confezioni sopracitate è adottata la seguente classificazione ai fini della fornitura: RR - <u>medicinale soggetto a prescrizione medica</u> .
--	---

Il foglio illustrativo del triaxis polio riporta:

Legga attentamente questo foglio prima che lei o il suo bambino siate vaccinati perché contiene importanti informazioni per Voi.

- Conservi questo foglio. Potrebbe aver bisogno di leggerlo di nuovo.
- Se ha qualsiasi dubbio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere.
- Questo vaccino è stato prescritto soltanto per lei o per il suo bambino. Non lo dia ad altri.
- Se lei o il suo bambino manifestate qualsiasi effetto indesiderato, compresi quelli non elencati in questo foglio, si rivolga al medico, al farmacista o all'infermiere. Vedere paragrafo 4.

In particolare, l'RCP del medicinale TRIAXIS-POLIO riporta esplicitamente:

Prima dell'immunizzazione

La vaccinazione deve essere preceduta da un'anamnesi medica del soggetto da vaccinare (in particolare informazioni in merito alle precedenti vaccinazioni e possibili eventi avversi). In soggetti che hanno manifestato una reazione seria o grave entro le 48 ore da una precedente somministrazione di un vaccino contenente componenti simili, la decisione di somministrare TRIAXIS POLIO deve essere attentamente valutata.

Come con tutti i vaccini iniettabili, appropriati trattamento e supervisione medica devono essere sempre prontamente disponibili all'uso immediato in caso di rare reazioni anafilattiche successive alla somministrazione del vaccino.

Un altro fattore da valutare, nell'ambito della reattogenicità, riguarda le antitossine preesistenti:

Le percentuali e la gravità degli eventi avversi nei riceventi dell'antigene tossoide tetanico sono influenzate dal numero di dosi precedenti e dal livello di antitossine preesistenti.

7-R2 - Perché non viene effettuata questa valutazione, conformemente alle disposizioni di legge?

7-R3 - Perché il pediatra non prescrive un sierologico, almeno dove un rischio di maggior reattogenicità è confermato da almeno 25 anni?

Con il decreto Lorenzin, se da un lato si aumentavano (nuovamente) le co-somministrazioni per evitare più accessi, non svolgendo i calendari locali e risparmiando risorse, dall'altro non si poteva certo sprecare tempo e soldi nella attenta valutazione dello stato di salute del bambino, oltre al problema pratico di eliminare una singola vaccinazione a seguito della sola disponibilità di vaccini **polivalenti** [\[L\]](#).

Inizavano così le lettere e raccomandazioni interne da parte dei vari ordini medici [\[L\]](#) [\[L\]](#), per aiutare nelle risposte i pediatri, forti delle rassicurazioni del presidente Roberta Chersevani [\[L\]](#).

La conferma dell'Ordine dei medici: «Test pre-vaccinali ingiustificati»

La presidente della Fnomceo Roberta Chersevani scrive ai 370mila medici italiani per ribadire l'inutilità dei test-prevaccinali: «Valutare eventuali rischi spetta al curante»

Il “**curante**” però, non ha mai effettuato una valutazione dei rischi, né all'epoca, né oggi, né lo farà in futuro.

L'Ordine dei medici trova allora la “via di fuga”: oltre a non valutare eventuali allergie a componenti dichiarate, quali formaldeide (denunciata in quantità abnormi dalla dott.ssa Bolgan nel 2017 [\[7-V1\]](#)), anzi, quasi definendole sostanze buone perché prodotte anche dal nostro corpo .. dall'ordine dei medici arrivava persino **l'assicurazione** che la vaccinazione in un soggetto che avesse già contratto la malattia non presentasse rischi aggiuntivi, dimenticando anche il banale fenomeno ADE (Antibody-dependent enhancement) [\[L\]](#), **oltre alle precedenti e consolidate dichiarazioni, come quelle espresse dallo stesso ECDC nello "Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination" del 2009, in cui, oltre a dichiarare le conseguenze della sperimentazione umana di prodotti su cellule e acellulari o cellule intere, a discutere della migliore schedula vaccinale in un panorama in cui ognuno buca ad immaginazione, a dichiarare l'utilizzo della pertosse per l'introduzione della profilassi**

pediatrica trivalente (per la pertosse non esisteva la formulazione monovalente), scriveva [L](#) [\[7-A6\]](#):

Vaccination efforts against diphtheria were started with the vaccination of children. Diphtheria vaccination was introduced in France and in Hungary in 1938, and in 1941 in the UK, to give a few examples. At first the vaccine was a plain, non-adsorbed vaccine but later an aluminium salt-adsorbed toxoid was used. In Europe, natural immunity to diphtheria was widespread, but natural immunity to tetanus was non-existent. Consequently, the tetanus vaccination of adults caused no adverse reactions, while the vaccination of adults with a natural immunity to diphtheria resulted in frequent and severe reactions. The antigen content of the toxoids therefore differs in all vaccines, with tetanus toxoid being vastly overdosed in comparison to diphtheria toxoid (D).

Sempre nell'RCP si legge dell'assenza di studi di interazione ma si menzionano linee guida comunemente accettate.

Devono essere utilizzati arti separati come sito di iniezione. Non sono stati effettuati studi di interazione con altri vaccini, prodotti biologici o farmaci terapeutici. Tuttavia, in accordo alle linee guida sull'immunizzazione comunemente accettate, poiché TRIAXIS POLIO è un prodotto inattivato, può essere somministrato in concomitanza con altri vaccini o immunoglobuline in siti di iniezione separati.

7-R4 - QUALI SONO QUESTE LINEE GUIDA E DA CHI SONO ACCETTATE?

Gli stessi dati sgancherati di AIFA confermano la decennale maggior reattogenicità della co-somministrazione, ancora sotto indagine [L](#) e per varie combinazioni [L](#)

7.1. IL CERTIFICATO ANAMNESTICO

Anche il foglio illustrativo del medicinale sembra individuare la figura del “**medico**” come responsabile della valutazione:

3. Come usare TRIAXIS POLIO

Quando lei o il suo bambino riceverete il vaccino

Il medico determinerà se **TRIAXIS POLIO** è idoneo per lei o per il suo bambino, in base a:

- quali vaccini sono stati somministrati, in passato, a lei o al suo bambino
- quante dosi di vaccini simili sono state somministrate, in passato, a lei o al suo bambino
- quando è stata somministrata l'ultima dose di un vaccino simile a lei o al suo bambino

Il medico deciderà quanto tempo dovrete aspettare tra una vaccinazione e l'altra.

Se lei è incinta, il medico la aiuterà a decidere se deve ricevere **TRIAXIS POLIO** durante la gravidanza.

7-R5 - Dunque, il medico vaccinatore, magari assente durante la somministrazione effettuata da un infermiere, è il responsabile ultimo dell'atto medico?

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

Il modulo del consenso informato chiede al genitore la firma di un **certificato anamnestico** e l'assunzione di responsabilità derivante da deleghe illegittime per compiti spettanti innanzitutto al pediatra, **unico conoscitore della storia clinica dell'assistito**.

L'elaborazione di un certificato anamnestico si esplica in un lungo ed articolato pensiero, basato su conoscenze proprie del medico, descritto ad esempio nella "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni", approvata dal Gruppo tecnico consultivo nazionale sulle vaccinazioni (NITAG, National Immunization Technical Advisory Group) e dal Consiglio Superiore di Sanità, a firma dell'oggi maggiormente conosciuto **Dott. Rezza** [\[L\]](#).

7-R6 - Le quattro banali domande proposte durante la seduta, riassunti 256 pagine della "guida alle controindicazioni" costituiscono fondamento scientifico per la determinazione di una anamnesi vaccinale, quando ancora oggi non è consultabile il FSE?

Nel foglio illustrativo del triaxis-polio obbligato, si definisce una **schedula molto aleatoria**, decisa in base alle **raccomandazioni LOCALI**:

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Posologia

Una singola iniezione di una dose (0,5 mL) è raccomandata in tutti i gruppi di età per i quali è indicata la vaccinazione.

Negli adolescenti e negli adulti con uno stato di vaccinazione non noto o incompleto contro la difterite o il tetano, una dose di TRIAXIS POLIO può essere somministrata come parte della serie di vaccinazioni contro la pertosse e la poliomielite e, nella maggior parte dei casi, anche contro il tetano e la difterite.

Una dose aggiuntiva di un vaccino contenente difterite e tetano (dT) può essere somministrata un mese dopo, seguita da una terza dose di un vaccino contro la difterite o dT 6 mesi dopo la prima dose per ottimizzare la protezione contro la malattia (vedere paragrafo 5.1). Il numero e la schedula delle dosi devono essere determinati in base alle raccomandazioni locali.

7-R7 - Su cosa si basano le raccomandazioni LOCALI? Solo sulla disponibilità o meno di dosi in base al più proficuo appalto di acquisto e sullo smaltimento per i successivi rimborsi?

Infatti, in base al confronto della data di nascita con amici residenti in altra provincia, la prima lettera di invito è arrivata molti mesi prima dell'atteso.

La giurisprudenza, in particolare la sentenza della Corte di cassazione, IV Sezione penale, sentenza 1 dicembre 2004, n. 46586, parla chiaro:

"La semplice avvertenza, esistente sul foglio illustrativo, di un uso cauto del farmaco nei pazienti con danno renale ed epatico, con l'indicazione espressa di evitarne l'impiego nel caso di soggetto con conclamata insufficienza renale, impone uno specifico e preventivo (oltre che periodico) controllo di detta funzionalità (e quindi la

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

necessità di appositi esami di laboratorio), onde verificare l'eventuale sussistenza di controindicazioni all'uso del farmaco, e ciò anche nel rispetto degli ordinari criteri di diligenza e prudenza, la cui inosservanza si rileva anche sotto il profilo della mera colpa generica (imprudenza, imperizia e negligenza)".

Non vi possono essere scusanti per la mancata conoscenza degli effetti di un farmaco da parte del **medico prescrittore/vaccinatore**, anche se il foglio illustrativo non precisa nel dettaglio tutti i meri comportamenti che lo stesso prescrittore deve attuare, essendo sufficienti anche avvertimenti generici, come nel caso di specie.

Anche nel sito informativo alternativo (gravemente omissivo) indicato nella lettera di invito, gli operatori di sanità pubblica sono indicati **come esperti nella pratica vaccinale**.

A chi mi posso rivolgere per ulteriori approfondimenti?

In quanto operatori di sanità pubblica preparati sulla pratica vaccinale, gli operatori dei servizi vaccinali sono disponibili per fornirti ulteriori informazioni.

Il tuo **medico di famiglia** (pediatra di libera scelta e medico di Medicina Generale) o il tuo **specialista**, conoscendo la tua storia clinica, può fornirti una consulenza sulla utilità specifica di una vaccinazione.

Per le vaccinazioni rivolte ai lavoratori, l'indicazione viene fornita anche dal **medico del Lavoro**.

Riassumendo, in un tempo medio di durata della seduta vaccinale pari a **4/5 minuti**, facilmente appurabile suddividendo l'orario di lavoro per il numero di inoculazioni giornaliere, dove per durata si intende il tempo di possibilità di colloquio dei genitori con il personale sanitario, secondo i **modelli di seduta vaccinale proposti**, gli unici reperiti [\[L\]](#) [\[L\]](#) [\[7-A4\]](#), [\[L\]](#) [\[7-A5\]](#) dalle diverse aziende sanitarie:

- I genitori arrivano al centro senza avere idea dei farmaci da inoculare e, nella stragrande maggioranza dei casi, senza conoscere gli obblighi.
- **Gli infermieri** o altro personale sanitario diverso dal medico responsabile, **propongono attivamente co-somministrazioni** per raggiungere premi di performance.

b) L' infermiere:

- presenta e promuove attivamente ai genitori o all'interessato le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale, garantendo che le principali informazioni necessarie per esprimere una scelta consapevole siano state correttamente comunicate e recepite dagli stessi (allegato B) ;
- **Viene presentato subito il modulo di consenso informato, chiedendo solo se il bambino abbia la febbre.**

7. DEFINIZIONE RESPONSABILE DELL'ATTO MEDICO DELL'INOCULAZIONE

- Il modulo del consenso viene acquisito **DA OPERATORI SANITARI DIVERSI DAL MEDICO RESPONSABILE, personale non qualificato** per la corretta valutazione delle poche informazioni acquisite dai genitori, non avendo un quadro clinico completo e riferito dal pediatra e non potendo consultare ancora il FSE i cui dati dovrebbero poi essere incrociati con le linee guida sulle controindicazioni. Dunque, **l'infermiere decide** della sorte del bambino a seguito di qualche banale domanda, letta da una check list.
- Un bravo infermiere, dotato di ottime capacità comunicative come i venditori di enciclopedia, riesce quasi sempre a convincere i genitori, quindi non disturbando il medico responsabile.

• coinvolge il medico nel colloquio con i genitori o con l'interessato, quando espressamente richiesto dagli stessi o nei casi di cui al successivo punto 1;

- Non viene comunicata nessuna informazione sulla tipologia di eventi avversi o sul monitoraggio di sintomi in relazione alle varie patologie elencate nell'RCP, mancanza accertata data l'esiguo tempo dedicato alla salute del bambino.
- Dopo 15 minuti dalla somministrazione, scongiurato un possibile shock anafilattico per il quale dubito che tutte le strutture siano attrezzate per provi immediato intervento, i genitori tornano a casa non avendo in mano nulla e del tutto inconsapevoli del possibile decorso di tale atto medico.

7-R8 - Chiedo al Ministero della salute ed AIFA le ultime linee guida approvate descriventi il processo della seduta vaccinale, al netto di manuali, breviari e testi vari, disponibili sotto lauto pagamento [\[L\]](#).

8. L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE

8.1.CO-SOMMINISTRAZIONE INFANRIX HEXA – PREVENAR 13

8-R – Chiedo al centro vaccinale di Sesto Calende il nominativo del medico/i responsabile e del direttore sanitario del centro all'atto delle prime vaccinazioni di mia figlia avvenute negli anni 2011-2012, ovvero, i nominativi, nelle migliori delle ipotesi, delle **due capre ignoranti** che, non proferendo parola sulla tipologia ed i rischi delle somministrazioni, sfruttano da sempre l'ansia e le preoccupazioni dei genitori per la salute dei propri figli, impauriti e vessati dalla propaganda istituzionale. Nominativi non presenti sul pezzo di carta in mio possesso [\[8-A0\]](#).

8-R0 – Per la valutazione del **rischio conosciuto** all'atto della vaccinazione e del **rischio accumulato ed imposto ingannevolmente**, chiedo ad AIFA copia del primo PSUR e copia del PSUR presentato in data 20 settembre 2023, come da EURD list.

Nell'anno della vaccinazione di mia figlia, le linee guida, ricolme di etica, erano sintetizzate dal PNP 2010-2012 [\[L\] \[1-A85\]](#): Inserire qualunque intruglio, anche sconosciuto.

Il nuovo PNP 2010 – 2012, approvato con intesa Stato – Regioni del 29 aprile 2010, in fase di recepimento dalle Regioni, prevede tra le linee di intervento dedicate alla prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, la “definizione delle strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite nuove conoscenze”.

Nel 2011, nel nostro Paese **non si conosceva** il termine “**segnalazione**”. La popolazione e soprattutto gli operatori sanitari, non avevano la minima idea e nessuno strumento per agire nel complesso mondo della farmacovigilanza. **IL PREVENAR 13 ERA STATO APPENA APPROVATO E DUNQUE NON POTEVA ESISTERE NESSUNA EVIDENZA SULLA SOMMINISTRAZIONE CONTEMPORANEA [\[L\]](#).**

I problemi legati alla co-somministrazione erano evidenti e, come specificato in questo lavoro [\[8-A1\]](#), gli studi atti a valutare le particolarità della co-somministrazione dell'**Infanrix hexa** e del **Prevenar** erano quasi assenti. Altra letteratura era contrastante e quindi si **richiedevano accurate indagini per ORIENTARE LA RICERCA NELLA SIMULTANEITÀ DELLE SOMMINISTRAZIONI** e fornire evidenze al pubblico per rafforzare la fiducia nella Vostra scienza [\[L\]](#).

Durante il periodo della vaccinazione di mia figlia (2011), oltre alle banali linee guida dell'OMS, che comunque evidenziavano il problema dell'immuno interferenza, era proprio in essere il dibattito sulla efficacia e sicurezza della co-somministrazione dell'esavalente (infanrix hexa) con Prevenar [\[L\]](#), a causa dell'assenza di **un'analisi dettagliata generale** delle vaccinazioni simultanee che potevano portare a risposte immunitarie indotte non ottimali. Analisi che **AVREBBERO DOVUTO PRECEDERE** il loro uso combinato nei programmi nazionali di immunizzazione ma che, nonostante la sperimentazione umana ventennale, continuano ancora oggi riproponendo le stesse problematiche [\[L\]](#). **Nel 2009**, come espresso in questo articolo [\[L\]](#), **esistevano solo due studi analizzanti la co-somministrazione** del PREVENAR ed INFANRIX HEXA e si **richiedeva prudenza nell'introduzione di nuovi prodotti**.

La problematica dell'immuno-interferenza (e tanto altro), naturalmente, è stata sempre negata dal produttore in maniera superficiale, come espresso ad esempio nel “*Pre-meeting Package for VRBPAC Meeting November 18, 2009*” relativo al passaggio dal Prevenar al Prevenar 13 [\[L\]](#) [\[8-A6\]](#). Passaggio avvalorato, come sempre, dal **confronto di medicinali simili**, presentanti le stesse problematiche perduranti negli anni.

Nel 2011 anche EMA, nella “*Guideline on quality, non-clinical and clinical aspects of live recombinant viral vectored vaccines*” EMA/CHMP/VWP/141697/2009 [\[L\]](#), affermava la **necessità di un orientamento unitario** a causa della **varietà delle strategie** in uso e soprattutto a causa della **manca di esperienza con i vaccini commercializzati**.

All'epoca, l'EMA si rammaricava della mancanza di un vaccino per la SARS-CoV, **oggi ottenuto con risultati strepitosi**.

1. Introduction (background)

Live attenuated vaccines are among the most effective vaccines against human infectious disease due to the broad and long-lived immune response they induce. Live viral vectors that express heterologous antigens are being extensively investigated in the development of novel vaccines and it is believed that these will provide an optimum immune response towards the expressed antigen. Examples of viral vectors being utilised in this way include pox viruses, adenoviruses, alphaviruses, measles virus, yellow fever virus and vesicular stomatitis virus. The heterologous antigens being expressed by these viral vectors generally derive from those infectious agents against which no effective vaccine exists such as human immunodeficiency virus (HIV), malaria, Dengue virus, severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV) and Ebola virus; in other cases improvements to established vaccines are being sought e.g. tuberculosis (TB). **Due to the variety of different strategies and their novelty, combined with a lack of experience with marketed vaccines, there is a need for scientific guidance.**

La stessa guida chiariva come per i prodotti rDNA fossero meglio caratterizzati dal termine “**medicinale immunologico**” più che dal termine “**vaccino**”, discrepanza che richiese

naturalmente l'aggiornamento della definizione di vaccino, come sottocategoria di questi ultimi.

Plasmid DNA vaccines, recombinant protein vaccines and vaccines against non-infectious indications, many of which should be more properly termed 'immunotherapeutic' medicinal products, are not within the scope of this guideline. Vaccines based upon bacterial vectors such as salmonella and Bacillus Calmette-Guérin (BCG) are also being developed but are not within the scope of this guideline although many of the principles that apply here could also apply to these vaccines.

Tale distinzione è contenuta ancora nella normativa attuale, a partire dalla Direttiva CE 83/2001 che, sotto la voce "medicinale immunologico", comprende i vaccini classici.

Nel periodo della vaccinazione di mia figlia, l'incremento delle sole segnalazioni spontanee di eventi avversi gravi (ricordo lo stato della farmacovigilanza nel 2011-2012) aveva innalzato un segnale di allerta, discusso nel XXI Seminario Nazionale dell'ISS, tenutosi a Roma il 10 dicembre 2012 [\[L\] \[8-A7\]](#). Dopo alcuni numeri a caso sui tassi di segnalazioni, l'Istituto Superiore di Sanità concludeva con la frase canonica letta in ogni documento analizzato negli ultimi 20 anni.

Conclusioni. L'analisi ha confermato le difficoltà di condurre studi con le segnalazioni spontanee e i database amministrativi. Sulla base dei risultati, la valutazione dei tassi di segnalazione ascrivibili ai vaccini somministrati isolatamente indica un incremento del tasso di reazioni neurologiche attribuibile al prevenar 13 rispetto al prevenar 7, anche se non significativo. I dati di confronto tra la cosomministrazione e la somministrazione isolata mostrano un lieve incremento del tasso di segnalazione per la cosomministrazione, non significativo, sulla cui interpretazione sono necessari ulteriori approfondimenti per poter trarre delle conclusioni definitive.

Lo stesso autore del documento riassuntivo del XXI Seminario Nazionale dell'ISS del 2012, in cui si analizzavano i dati nazionali relativi all'incremento delle segnalazioni, curava anche l'**indegno** opuscolo informativo per la regione Lombardia [\[8-A4\]](#), avente, a suo dire, una **buona anagrafe** vaccinale e dalla quale non si rilevava nessun segnale di allerta, nonostante i tassi di segnalazione riportati duplicassero o triplicassero in co-somministrazione e nonostante il rapporto post marketing di AIFA 2011 dichiarasse che **il 70% delle segnalazioni fossero riferite alla co-somministrazione con in Prevenar 13.**

Inoltre, relativamente alla sola SOC "Patologie del sistema nervoso", lo stupefacente studio della regione Lombardia, oltre a confermare l'**allarmante aumento** di incidenza delle reazioni gravi in co-somministrazione, annovera un totale di segnalazioni **irrisorio**.

Reazioni avverse neurologiche dal 2009 al 2011: Prevenar e Prevenar 13 da soli e in associazione con Infanrix Hexa
(copertura vaccinale coorte nati 2010 del 61% (59.067 di **96.602**)

VACCINO	Prevenar		Prevenar 13		Infanrix Hexa da solo
	da solo	con Infanrix Hexa	da solo	con Infanrix Hexa	
n° reazioni (gravi)	2 (1)	9 (4)	3 (2)	21 (14)	22 (9)

Lo stupefacente studio concludeva con la formula canonica:

La condivisione dei dati con Veneto, Toscana e Emilia Romagna, attraverso una maggiore numerosità e relativa potenza statistica, potrà meglio chiarire questo segnale che attualmente non pare suggerire come necessario un cambiamento dell'attuale calendario vigente.

Considerando gli anni 2009, 2010 e 2011 e solo il vaccino esavalente, i rapporti di sorveglianza [8-A5] annoverano un totale di segnalazioni pari a 1.648 di cui **343** relativi alla SOC "**Patologie del sistema nervoso**".

8-R1 – Tenedo conto che la regione Lombardia fosse una delle poche a registrare qualche dato, annoverando, nel 2011, il **50% delle segnalazioni di tutto il Paese**, chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute, l'estrazione dal RNF delle segnalazioni per la SOC "**Patologie del sistema nervoso**" e per gli anni **2009, 2010, 2011**.

8-R2 – Chiedo ad AIFA ed alla Regione Lombardia, le **conclusioni** dedotte a seguito dell'aggregazione dei dati con le regioni Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna, annoveranti le **ulteriori 342 segnalazioni** solo per patologie del sistema nervoso.

8-R3 – Perdurano ancora oggi l'analisi ventennale dell'insorgenza di **problematiche neurologiche** e la **sicurezza della co-somministrazione** dei due veleni, come dichiarato nel "Assessment report for paediatric studies submitted according to Article 46 of the Regulation (EC) No 1901/2006" del marzo 2020, accertata **la manomissione dei rapporti periodici di sicurezza** da parte del Titolare, chiedo al Ministero della Salute la visione del **Company Core Safety Information (CCSI)**, rappresentante la sezione relativa alla sicurezza del Company Core Data Sheet (CCDS) del prodotto, o in alternativa, del **documento di riferimento** utilizzato dal Titolare per la redazione del PSUR.

8-R4 – Chiedo alla Regione Lombardia, i riferimenti delle linee guida e della normativa applicabile nel 2012, in base alla quale una regione poteva sostituirsi all'autorità sanitaria nazionale responsabile dei dati provenienti da ogni regione e della successiva valutazione individuale del rapporto rischio/beneficio del medicinale.

All'atto della vaccinazione nel 2011, **dopo un decennio** in cui i medicinali Infanrix Hexa e Prevenar avevano suscitato delle prelessità, l'RCP fornito ai medici riportava:

Quando Infanrix hexa viene somministrato in concomitanza con Prevenar (vaccino pneumococcico saccaridico coniugato, adsorbito), il medico deve essere informato che i dati riportati dagli studi clinici indicano un maggior tasso di reazioni febbrili in confronto al tasso riconducibile alla somministrazione di Infanrix hexa da solo. Tali reazioni sono state per lo più moderate (febbre inferiore o uguale a 39°C) e transitorie (vedere paragrafo 4.8).

Quando ancora non era in vigore la normativa atta solo a legalizzare l'accettazione del rischio dovuto alla somministrazione di farmaci sconosciuti ed imposti in maniera occulta, venivano iniettati in co-somministrazione i medicinali Infanrix-Hexa e Prevenar 13. Le indagini circa la co-somministrazione, nei modi prima evidenziati, sono proseguite negli anni, annotando l'effettiva maggior reattogenicità e danni. L'Assessment report for paediatric studies del marzo 2020 descrive gli studi, avviati nel 2016 e conclusi nel 2019, aventi come obiettivo secondario ancora la valutazione di efficacia e sicurezza di tale co-somministrazione:

To assess the safety and reactogenicity of Infanrix hexa and Prevenar 13 in terms of solicited and unsolicited adverse events (AEs) and serious adverse events (SAEs).

La sperimentazione effettuata è dichiarata in ogni documento, come nel report in analisi, quando la sperimentazione di fase IV veniva attuata senza controllo sulla popolazione pediatrica.

Study design

This was a phase IV, open-label, non-randomised, multi-centre, multi-country study with 2 parallel groups (figure 1).

All subjects received a booster dose of Infanrix hexa coadministered with Prevenar 13 between 11-18 months of age according to the routine national/local immunisation schedule or as specified in the study procedure manual (SPM).|

A distanza di 12 anni dalla VIOLENZA praticata a mia figlia ed dall'inganno perpetrato nei miei confronti, l'RCP aggiornato dell'Infanrix Hexa oggi riporta:

- Esperienza in co-somministrazione

L'analisi dei tassi delle segnalazioni, successive alla commercializzazione, suggerisce un potenziale aumento del rischio di convulsioni (con o senza febbre) e di episodi ipotonici-iporesponsivi, quando si confrontino gruppi con impiego riferito di Infanrix hexa in concomitanza a Prevenar 13 rispetto a gruppi con impiego riferito del solo Infanrix hexa.

- Esperienza con il vaccino antiepatite B:

In casi estremamente rari sono state riportate reazioni allergiche che mimano la malattia da siero, paralisi, neuropatia, neurite, ipotensione, vasculite, lichen planus, eritema multiforme, artrite, debolezza muscolare, sindrome di Guillain-Barré, encefalopatia, encefalite e meningite. La relazione causale con il vaccino non è stata stabilita.

Ancora oggi, per risparmiare qualche euro e bucare i bambini in una sola seduta, non si rispettano le raccomandazioni ufficiali:

A causa di un aumento del rischio di febbre, dolore al sito di iniezione, perdita di appetito ed irritabilità, quando Infanrix hexa è stato somministrato in concomitanza con un vaccino MenB ed un vaccino coniugato pneumococcico 7-valente, quando possibile deve essere presa in considerazione l'effettuazione di vaccinazioni separate.

“MI SI ACCAPPONA LA PELLE QUANDO PENSO IN QUALI SCIAGURATE MANI ABBIA MESSO LA VITA DI MIA FIGLIA”.

La co-somministrazione dei due medicinali è ancora oggi in studio e richiede continue variazioni di tipo II [L1](#).

Con l'introduzione di vaccini combinati risulta impossibile trattare singolarmente dal punto di vista di efficacia e sicurezza le singole profilassi ed occorre dunque riferirsi alla formulazione combinata. Questo rende difficile discriminare e mediare nella valutazione di un **totale rapporto rischio/beneficio** nel caso di un vaccino combinato, oltre poi alle problematiche di co-somministrazione analizzate.

Ad esempio, relativamente alla profilassi Hib, inserita nell'esavalente, lo stesso ISS nel 2004 e senza alcun motivo, sosteneva un netto calo di infezioni invasive grazie all'aumento della profilassi, con numeri di cui non chiedo neanche la verifica [L1](#).

8. L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE

Tabella - Numero di infezioni invasive da *Haemophilus influenzae*, per anno e sierotipo. Studio di sorveglianza delle infezioni invasive da Hi (1998-2003)

Sierotipo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Tutti gli Hi*	84	64	40	31	19	24	
Hib	69	44	21	17	9	8	168
Hi non capsulati/non tipizzabili	11	7	7	7	5	10	
Hi capsulati, sierotipi diversi dal b	0	0	4	3	0	1	

(*) Inclusi i casi in cui non è noto il sierotipo

(tipo e ed f) (4). Contrariamente a quanto osservato per l'Hib, le infezioni invasive da ceppi diversi dal b hanno colpito soprattutto pazienti di età avanzata (età mediana: 62 anni), causando spesso patologie diverse dalla meningite (38%), quali sepsi (32%) e polmonite (17%). La letalità, inoltre, è circa 10 volte più elevata di quanto osservato per l'Hib (17%).

Nel **2009**, dopo 5 anni di inoculazioni, nel *Protocollo per la sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo in Italia 12/3/2007*, l'ISS si dimostrava più cauto nel dibattere sul tema della profilassi da Hib, meningococco e streptococco, in quanto [\[L\] \[8-A3\]](#):

La conoscenza dei casi causati da questi patogeni è quindi fondamentale per stimare la quota di casi prevenibili, e l'impatto delle strategie intraprese.

Mentre nel 2004 elogiava il decremento del tasso di incidenza delle infezioni invasive, dedotto da attenti studi realizzati nelle solite quattro regioni, nel 2009 l'ISS affermava:

In Italia, tuttavia, le informazioni circa la reale frequenza delle malattie invasive causate da questi batteri sono limitate, perché l'attuale sistema di monitoraggio è rivolto alle sole meningiti, per le quali è in vigore dal 1994 un sistema di sorveglianza nazionale (10). Limitatamente alle sole forme da meningococco, la sorveglianza delle meningiti è già estesa anche alle sepsi.

Inoltre, relativamente all'infezione Hib, riportava:

L'esperienza derivata dalla vaccinazione contro l'Hib ha invece mostrato l'importanza di continuare il monitoraggio dei casi prevenibili dopo l'avvio di programmi estesi di vaccinazione. In Italia, ad esempio, la maggioranza dei casi di infezione invasiva da *Haemophilus influenzae* (Hi) è attualmente causata da ceppi diversi dal b, non prevenibili con vaccino (7). Inoltre, sebbene tutte le nazioni che hanno avviato la vaccinazione su larga scala abbiano osservato un drastico decremento di incidenza dei casi da Hib, negli ultimi 5 anni in Inghilterra è stato osservato un aumento di tali casi in individui precedentemente vaccinati (fallimenti vaccinali), probabilmente attribuibili al calendario accelerato in uso (8). Un modesto incremento dei fallimenti vaccinali da Hib è stato osservato anche in Olanda, ma non nella maggioranza delle altre nazioni europee (9). E' quindi importante continuare a valutare questi casi con indagini appropriate.

L'inutilità e la continua sperimentazione umana della profilassi Hib fu riscontrata anche nello studio di confronto tra gli esavalenti Infanrix Hexa ed Hexavac, effettuata a seguito di segnalazioni di SIDS per il secondo [\[L\] \[8-A18\]](#).

Quanto sopra è relativo solo alla componente Hib dell'esavalente Infanrix Hexa.

8.2. INFANRIX HEXA

Nel 2002 veniva pubblicata la discussione scientifica relativa all'autorizzazione dell'HEXAVAC, aggiornata all'ottobre 2002 [\[L\] \[8-A8\]](#). **Medicinale approvato anch'esso nel 2000 ed avente lo stesso principio attivo del "fratello" Infanrix Hexa. Medicinale per il quale erano subito state rilevate delle segnalazioni di decessi (SIDS).** Nella discussione si utilizzava il solito termine scientifico "sufficiente", menzionando studi condotti secondo la **Farmacopea**.

The manufacturer has shown in clinical studies that the Hexavac acellular pertussis components PT and FHA confer sufficient efficacy comparable to the efficacy of other vaccines from the same manufacturer licensed already in Europe.

(- 2.5 M sodium hydroxide or 10% acetic acid up to pH 6.80 to 7.20)

An aluminium content specification range 0.20-0.40 mg/dose was considered to be acceptable.

The selected formulation resulted in a partial adsorption for diphtheria toxoid and for tetanus toxoid in contrast to a complete adsorption of each of these antigens in other vaccines.

All tests on other ingredients used as starting materials, such as aluminium hydroxide, sodium chloride, sodium carbonate, etc. are performed according to the European Pharmacopoeia.

8-R5 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA, copia del testo normativo della "farmacopea europea" elencante gli studi richiesti per l'analisi degli adiuvanti a base di alluminio aggiornato al 2002.

Il 1° dicembre 2003, l'Ema, nel documento «*EMEA public statement: EMEA update on hexavalent vaccines: Hexavac and Infanrix Hexa*» pubblicò i risultati di uno studio epidemiologico retrospettivo **(su due anni!)** a seguito della segnalazione di un aumento di morti in culla con riferimento ai neonati vaccinati con vaccini esavalenti. **Pur rilevando un'associazione temporale tra vaccinazione e decessi**, l'EMEA, dapprima stabiliva la mancanza di un'associazione causale e di un rischio per la salute [\[L\] \[8-A19\]](#) ed infine inseriva l'onnipresente cavillo tecnico delle difficoltà nella definizione di un tasso di incidenza a causa di cosiddette **limitazioni**.

The CPMP experts considered that this temporal relationship raises a possible signal for Hexavac vaccination and SUD, but they acknowledged some inevitable limitations of the data sources and methods used to calculate the expected numbers. In any case a signal only raises a suspicion, and does not prove a cause and effect relationship. Further studies are needed to establish whether or not there is a risk.

Nell'attesa di ulteriori studi epidemiologici atti a misurare solo la sofferenza indotta e poi mascherarla, l'attenta EMEA e le autorità sanitarie **continueranno ad imporre il rischio**

alla popolazione pediatrica, quando ancora tale imposizione non era prevista espressamente dalla normativa.

L'unico studio degno di nota, **anche se eseguito dalla GSK**, è costituito dal seguente: *“Confronto tra immunogenicità e reattogenicità dei vaccini INFANRIX™ HEXA e HEXAVAC™ come corso di vaccinazione primaria”* [L]. Lo studio, avviato nel 2003, concluso nel 2009 ed aggiornato nel 2016, è stato condotto essenzialmente in Italia in 10 Investigational Site della GSK elencati all'interno. **I dati dello studio non sono però reperibili** [L].

Study Status	
Record Verification	2016-08
Overall Status	Completed
<u>Study Start</u>	<u>2003-10</u>
Primary Completion	2005-05 [Actual]
Study Completion	2005-05 [Actual]
<u>First Submitted</u>	<u>2011-10-13</u>
First Submitted that Met QC Criteria	2011-10-20
First Posted	2011-10-24
<u>Last Update Submitted that Met QC Criteria</u>	<u>2016-08-04</u>
Last Update Posted	2016-08-05 [Estimated]

8-R6 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA copia dei risultati ottenuti [L], pervenuti dai dieci siti investigativi del nostro Paese, ubicati in Lombardia, Puglia, Sardegna ed Emilia-Romagna.

Pochi mesi dopo l'avvio degli studi, Il 17 novembre 2005 l'Hexavac venne sospeso dalla commercializzazione in via preventiva, come **misura cautelativa** a causa di **solli dubbi riguardanti la protezione a lungo termine contro l'epatite B** [L] [L].

8-R7 – Perché la morte di centinaia di persone appena dopo qualche giorno dalla somministrazione della terapia genica mRNA non preoccupa nessuno?

Il nostro Paese proseguiva nella sperimentazione sui nostri bambini dell'esavalente riamasto da testare, l'Infanrix Hexa. A seguito dell'emanazione del Regolamento UE

726/2004, nel 2005, veniva pubblicato sul sito dell'EMA il **misero** : “EPAR - Procedural steps taken before authorisation” [L] [8-A10], pubblicato solo 5 anni dopo l'autorizzazione e relativo agli steps per l'analisi ed approvazione del dossier presentato dalla SmithKline Beecham Biologicals S.A. nel mese di luglio 1999. Nell'EPAR, il CPMP rivolgeva al Richiedente quesiti relativi ad **efficacia e sicurezza**, seguiti da integrazioni supplementari da parte del Titolare e discussi nel **Rapporteur's assessment report**, sino all'approvazione dell'autorizzazione nel giugno del 2000, **con la riserva del Titolare di presentare informazioni aggiuntive relative a qualità, sicurezza e dati clinici, mancanze che rendevano il medicinale imperfetto all'atto dell'autorizzazione.**

8-R8 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA l'indicazione sulla normativa applicabile che consentisse, nel 2000, di **postporre** dati clinici, di qualità e sicurezza, relativi a medicinali usati per **profilassi pubblica** e soprattutto per la **fascia pediatrica**.

8-R9 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA la visione dei report relativi alle risposte della casa farmaceutica alle domande poste dal responsabile del procedimento.

Un altro documento presente nella pagina dell'EMA, con data di pubblicazione 2005, è la **discussione scientifica** (secondo la Vostra scienza) relativa all'approvazione, integrata con le informazioni sino a novembre 2002, ovvero **dopo un paio d'anni di sperimentazione post marketing sui nostri bambini**, con **l'unico scopo dichiarato in questi venti anni** [L] [8-A16],:

The rationale for the development of this combination vaccine is : to facilitate the universal vaccination of infants against diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, poliomyelitis and invasive disease caused by Haemophilus influenzae type b, in countries recommending the use of inactivated poliovirus vaccine as well as universal vaccination against hepatitis B and Haemophilus influenzae type b by simplifying vaccine delivery.

Nella discussione scientifica del 2005 si dichiarava la seguente quantità di alluminio, dopo la ricostruzione e per dose:

Adjuvants		
Aluminium	<u>0.82 mg</u>	Adjuvant
<u>0.5 mg</u> as aluminium hydroxide (Al(OH) ₃)		
<u>0.32 mg</u> as aluminium phosphate (AlPO ₄)	0.12mg from Hib	

Tuttavia, in base agli allegati alle decisioni relative alle continue variazioni, sino al 12 agosto 2008 [L] [8-A19] (EMA/H/C/296/III/74) **le quantità di alluminio erano enormi!**

¹ adsorbito su alluminio idrossido, idrato (<u>Al(OH)₃</u>)	<u>0,95 milligrammi Al³⁺</u>
² prodotto da cellule di lievito (<i>Saccharomyces cerevisiae</i>) tramite tecnologia del DNA ricombinante	
³ adsorbito su fosfato di alluminio (<u>AlPO₄</u>)	<u>1,45 milligrammi Al³⁺</u>

8-R10 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA la conferma, e nel caso, la giustificazione di tale grave discrepanza.

Nella discussione scientifica del 2005 [\[L\] \[8-A16\]](#) (e per tutte le altre sino ad oggi) il CPMP prima ed il CHMP dopo, descriveranno il complicato processo produttivo e di assemblaggio utilizzando i termini: sufficiente, adeguato, entro i limiti, secondo l'OMS, ma soprattutto l'aggettivo ACCETTABILE! Dunque, i nostri bambini accettavano, senza saperlo, delle problematiche connesse alla qualità, da valutare dopo la commercializzazione.

Several outstanding quality issues will be addressed by the applicant on an ongoing (post-approval) basis.

Così come accettavano successive analisi dettagliate **post-marketing** per una valutazione dell'insorgenza di forte febbre associata al richiamo. Come sempre, dei 100 soggetti riportanti un evento avverso grave, solo in un caso era plausibile una correlazione, inoltre avendo un profilo paragonabile a quello del vaccino DTPa, **i risultati erano ACCETTABILI.**

Per ogni analisi del profilo di sicurezza si effettuerà sempre, non solo in questo caso, una comparazione con un medicinale precedente, non evidenziando differenze e non valutando in assoluto il danno arrecato [\[8-A1c\]](#).

Nella discussione scientifica, il **Relatore** dichiarava ed assicurava anche che:

- il **problema di tossicità** ed allergenicità del **2-fenossietanolo**, contenuto come conservante nel componente DTPa-HBV-IPVn (2,5 mg/dose) era stato affrontato efficacemente adducendo il suo utilizzo in altri medicinali.
- I problemi di immuno interferenza erano noti ormai da tempo, ovvero prima del 2005, almeno 15 anni prima del decreto Lorenzin. Sulla base dell'esperienza con i vaccini già autorizzati negli Stati membri dell'UE, era noto che la combinazione di valenze Hib con componenti acellulari della pertosse fosse associata al fenomeno un'interferenza, per questo il richiedente esponeva **ORALMENTE** le sue motivazioni.
- di rivedere i limiti di cut-off, essendo attivata una risposta immunitaria cellulare, di durata però sconosciuta.
- Di inoculare quanto più possibile e poi stare a guardare la conferma o meno dei nuovi dati sulla sicurezza che hanno portato a modifiche alle informazioni sul

8. L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE

prodotto. Questi dati riguardavano le seguenti reazioni avverse al farmaco: convulsioni, reazioni cutanee (rash dermatite, eczema), reazioni anafilattoidi (orticaria) e trombocitopenia. “**Ulteriori dettagli la valutazione delle reazioni gravi e il loro impatto sull'accettazione dei vaccini sarà monitorata mediante studi post-marketing ben definiti**”.

Altri studi furono condotti, tra cui lo studio scientifico «*b-Tryptase and quantitative mast-cell increase in a sudden infant death following hexavalent immunization*», **il quale evidenziava il nesso causale** fra il verificarsi della Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e la vaccinazione con Hexavac, “fratello” dell’Infanrix Hexa.

Al netto dei decessi difficilmente comprensibili dai genitori e nonostante il **certificato comportamento omissivo delle istituzioni** [L], i danni inferti alla popolazione erano evidenti ed in quegli anni alcune famiglie denunciavano l’insorgenza di sindromi ASD significativamente correlabili dal punto di vista temporale [L], iniziando lotte decennali per vedere riconosciuto il danno.

Il primo studio usato per propaganda arriverà solo nel 2011 [L], **7 (sette)** anni dopo le rassicurazioni dell’EMEA. Dati i nostri “efficienti sistemi di controllo” analizzati in precedenza e soprattutto perchè **colonia di topi su cui si sperimentava l’esavalente l’Infanrix hexa** e secondo mercato per la sperimentazione dell’Hexavac, naturalmente, tale fattore di rischio risulterà inferiore per qualunque vaccino, considerando i dati a partire dal 1999 quando i vaccini non erano commercializzati, utilizzando il metodo dell’**“autocontrollo”**, mitigando con fattori cofondenti come l’età, dichiarando che all’epoca in mezza Italia si recuperassero a fatica i libretti vaccinali **cartacei e stimando la percentuale di vaccinazioni**, affermando che la popolazione fosse inoculata parimenti con i due farmaci (Hexavac e Infanrix hexa) e dunque diluendo possibili problematiche dell’uno o dell’altro (l’Hexavac fu ritirato dal mercato perchè non molto efficiente, dopo la sperimentazione post-marketing di qualche anno [L]) e soprattutto **non consultando le autopsie**, mancanza che, secondo gli “scienziati”, conferiva più **robustezza** allo studio.

La mancata analisi dei referti autoptici può essere presumibilmente legata all’assenza di protocolli ministeriali e centri di analisi riconosciuti [L]. Solo nel 2006 venne emanata la legge 31, ma l’inizio della sua applicazione può essere collocato almeno solo 8 anni dopo con l’emanazione del decreto 7 ottobre 2014 per approvazione dei

protocolli diagnostici "Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile - Legge 2 febbraio 2006, n. 31 [\[L\]](#).

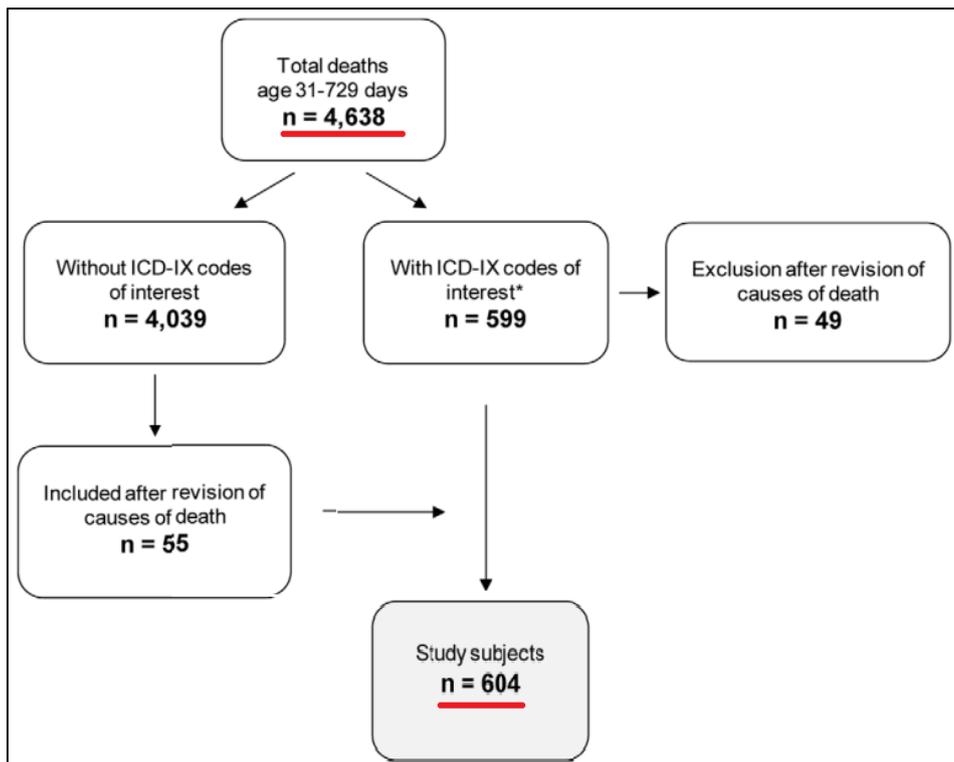
Da buon padre di famiglia, costantemente il nostro Ministero della salute elargisce utili consigli per minimizzare il rischio di SIDS, come usare un **buon materasso**, mantenere un **ambiente non troppo caldo e non troppo freddo** ed **usare il succhiotto**, (consigli derivanti da importanti studi clinici! [\[L\]](#)), ma non effettua gli esami autoptici messi a margine nella stessa pagina web e contenuti nel decreto 7 ottobre 2014 [\[L\]](#), quali:

- **indagine medico-legale**
- **autopsia**
- **diagnosi molecolare infettivologica**
- **accertamento tossicologico**
- **valutazione genetica**
- **consulenza genetica**
- **indagini citogenetiche**

Stessi esami, molto curati e dettagliati, inclusi nello studio *“Eziopatogenesi, diagnosi, genetica, tossicologia e legislazione della sindrome della morte inaspettata fetale e della morte improvvisa del lattante”* dell'Assessorato alla Salute della provincia autonoma di Trento, in cui si analizzano molti fattori di rischio, **ad esclusione del vaccino** [\[L\]](#) [\[8-A13\]](#) e del continuo avvelenamento dei nostri cieli [\[8-V1\]](#) e della nostra terra.

Mai menzionando gli adiuvanti perché assolutamente necessari, tanto da essere omessi nella direttiva CE 83/2001, si effettuavano studi (italiani) in cui non era possibile nascondere le evidenze dei decessi (SIDS) ma si imputavano le cause ai **“componenti”** del vaccino [\[L\]](#), e solo per i decessi considerati degni di indagine.

8. L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE



Di seguito è proposto il confronto delle quantità di alluminio presente nell'esavalente Infanrix Hexa all'atto dell'approvazione (ottobre 2000) e nell'ultimo aggiornamento del 17 febbraio 2024.

¹ adsorbito su alluminio idrossido, idrato ($Al(OH)_3$)	<u>0,95 milligrammi Al^{3+}</u>
² prodotto da cellule di lievito (<i>Saccharomyces cerevisiae</i>) tramite tecnologia del DNA ricombinante	
³ adsorbito su fosfato di alluminio ($AlPO_4$)	<u>1,45 milligrammi Al^{3+}</u>

¹ adsorbito su alluminio idrossido, idrato ($Al(OH)_3$)	<u>0,5 milligrammi Al^{3+}</u>
² prodotto da cellule di lievito (<i>Saccharomyces cerevisiae</i>) tramite tecnologia del DNA ricombinante	
³ adsorbito su fosfato di alluminio ($AlPO_4$)	<u>0,32 milligrammi Al^{3+}</u>
⁴ propagato in cellule VERO	

8-R11 – L'alluminio presente negli adiuvanti e permanente per anni, espresso in misura nonmetrica anche se poi agglomerata, non può, al pari degli inquinanti, oltrepassare la **barriera emato-encefalica?**

Anche in questo caso non accadde nulla, nonostante la correlazione almeno temporalmente rilevante, fosse stata evidenziata sin dal 1982 e negli anni immediatamente a seguire, a seguito della vaccinazione DPT [L], con farmaci annoveranti l'autismo come possibile evento avverso [8-A17].

Nell'anno della vaccinazione di mia figlia, i decessi (SIDS) erano così numerosi che la GSK era costretta a falsificare i dati per **alterare il rapporto rischio/beneficio** del

medicinale. Naturalmente tali riscontri **avverranno dopo anni di somministrazioni e sofferenza**, analizzando successivamente alla pubblicazione i PSUR 15 e 16 (dal 2009 al 2011) [\[L\]](#). L'omissione volontaria di importanti informazioni di sicurezza (su documenti pubblici) era giustificata dal contenuto del “*Summary Bridging Report oct 2011*”, rapporto di collegamento sintetico che integrava le informazioni presentate nei due rapporti periodici di sicurezza (PSUR relativi al biennio dal 23 ottobre 2009 al 22 ottobre 2011 [\[2-A8\]](#)). La **gravità** dei risultati e delle reazioni avverse insorte in soli due anni è stata documentata e descritta dettagliatamente nella relazione presentata nell'audizione informale in Senato da parte dell'associazione di volontariato Gruppo Diritti Umani [\[L\]](#), nel 2017.

Mentre i nostri scienziati giocavano con software scadenti per pubblicare le solite buffonate, alcuni medici studiavano gli unici documenti aventi valore legale, ovvero i PSUR. L'analisi dei PSUR da parte di Puliyel e Sathyamala [\[L\]](#) aveva rilevato l'eliminazione di molte segnalazioni di decessi passando dal PSUR 16 al PSUR 19, relativi al medicinale Infanrix-Hexa, e chiesero spiegazioni ad EMA [\[L\]](#). Tali decessi si concentrarono proprio nei primi tre mesi dalla vaccinazione, come riscontrato nell'indagine del VAERS [\[L\]](#) [\[8-A20\]](#). Le conclusioni dello studio furono: “*I dati di Traversa indicano un rischio reale di morte con il vaccino esavalente. I dati riguardano soprattutto i bambini di età inferiore a 1 anno. Il rischio di morte nella settimana successiva alla prima dose di vaccinazione è raddoppiato e deve essere letto insieme ai dati sui decessi nel secondo anno dalla Germania e al rapporto PSUR 16. I dati suggeriscono che il vaccino sta probabilmente causando morti non necessarie.*”

Dopo le ammissioni sulla totale ignoranza di ciò che accade oggi, è superfluo chiedere se le evidenze riportate nel PSUR 16 per l'Infanrix Hexa fossero note ad AIFA nel 2011.

L'anno dopo la somministrazione a mia figlia, il medicinale veniva **sospeso in via precauzionale in 19 Paesi** a seguito della comunicazione dall'Istituto di Stato per Controllo dei Farmaci della Slovacchia (SUKL), recante URGENZA di CLASSE 1. La sospensione avvenne in molti Stati Membri, mentre in Italia, AIFA rassicurava sulla non esposizione alla contaminazione dei lotti in nostro possesso [\[3-A18\]](#) [\[L\]](#).

8-R12 – Chedo al centro vaccinale di Sesto Calende l'indicazione del numero di lotto del medicinale INFANRIX HEXA somministrato nelle tre sedute del 2011, non presente nel pezzo di carta in mio possesso.

Nel 2013 si festeggiarono dodici anni di sperimentazione sui nostri bambini [\[L\]](#).

Combined hexavalent diphtheria-tetanus-acellular pertussis-hepatitis B-inactivated poliovirus-*Haemophilus influenzae* type b vaccine— Infanix™ hexa Twelve years of experience in Italy

Abstract

Infant vaccination using 2-dose priming at 3 and 5 mo of age with a booster at 11–12 mo of age was pioneered in Italy. The 3-5-11 schedule is now used in a growing number of European countries. Infanix™ hexa (DTPa-HBV-IPV/Hib, GlaxoSmithKline Vaccines) was first licensed for use in 2000 and has been the only pediatric hexavalent vaccine available since 2005. We reviewed available clinical trial data describing the immunogenicity of DTPa-HBV-IPV/Hib when administered at 3, 5, and 11 mo of age, and conducted an analysis of safety using global and Italian post-marketing surveillance data. In Italy, DTPa-HBV-IPV/Hib has a demonstrated safety record extending over a decade of use, it has been associated with record levels of vaccine coverage, and with sustained disease control in vaccinated cohorts. Hexavalent vaccines will continue to contribute to high vaccine coverage in Italy and across Europe.

E' inutile in questa sede discutere su Poisson e Farrington, sulla mancanza di diari vaccinali, sulla potenza finale dello studio e sul solito "auto-controllo", il tutto utilizzando un software commerciale (STATA [L1](#)) alla decima versione (spero certificata), oggi giunto alla diciottesima, usabile con un abbonamento di pochi euro al mese. Dopo calcoli e calcoli e per quanto affermato prima, **escludendo ancora i referti autoptici** dalle schede, nell'abstract dello studio si legge al solito:

*“Questo studio non dimostra una relazione causale tra la vaccinazione esavalente e la SIDS. Tuttavia, ipotizziamo che i componenti del vaccino potrebbero avere un ruolo diretto nell'innescare un esito letale nei bambini vulnerabili (**stesse considerazioni dell'86**). In conclusione, sosteniamo la necessità che i decessi avvenuti in un breve lasso di tempo dopo la vaccinazione esavalente siano opportunamente indagati e sottoposti ad un esame post mortem in particolare del sistema nervoso autonomo **da parte di un patologo esperto per valutare obiettivamente il possibile ruolo causale del vaccino nella SIDS**”. Raccomandazione rimasta disastrosa poi per anni.*

Discutere delle carenze tecniche dello studio analizzato sarebbe superfluo. Qualunque studio prodotto da soggetti in rapporti economici e di “sudditanza” con le case farmaceutiche **HA VALIDITÀ NULLA, almeno per il sottoscritto**. Lo studio (ovvero un estratto di qualche paginetta) veniva redatto infatti da **nostri connazionali alle dirette dipendenze delle case farmaceutiche** (come riportato nel paragrafo “*Disclosure of Potential Conflicts of Interest*”) “.

Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Marchetti F and Castro M are employees of GlaxoSmithKline group of companies and report ownership of stock options. During the last 5 years, Baldo V and Gabutti G have received grants from GlaxoSmithKline Biologicals SA, Sanofi Pasteur MSD, Novartis, Crucell/Janssen, and Pfizer for taking part in advisory boards, expert meetings, being a speaker or an organizer of congresses/conferences, and acting as investigator in clinical trials. Franco E reports grants paid by Sanofi Pasteur MSD and Pfizer to her institution, and payments received from GlaxoSmithKline Biologicals SA, Pfizer, Crucell and Sanofi Pasteur MSD for travel and accommodations for meeting attendance. Prato R reports payments from Sanofi Pasteur MSD, Pfizer, GlaxoSmithKline Biologicals SA for Board membership; payments from Pfizer International Operations SAS for consultancy; payments from Pfizer for lectures including speakers bureaus and from Pfizer, GlaxoSmithKline Biologicals SA, Novartis for travel, accommodations, meeting expenses; grants received by her institution

A mia insaputa, dunque, contribuivo a questo traguardo che ha visto l'Italia al primo posto nello sperimentare il nuovo farmaco contenete organismi geneticamente modificati tramite tecnologia a DNA ricombinante, introdotto in Europa nel 2000 non appena approvato in base al Regolamento CEE 2309/93 [\[L\]](#), regolamento in cui non è minimamente menzionato nessuno dei termini: profilassi, prevenzione, ne tanto meno il termine “**vaccino**”, essendo rivolto all'introduzione nel mercato di nuovi **prodotti biotecnologici**.

8-R13 – Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA, copia della RELAZIONE DI VALUTAZIONE allegata al parere favorevole all'immissione in commercio, in base all'articolo 9 del Regolamento CEE 2903/93.

Dopo i festeggiamenti dei **dodici anni di inoculazioni** e dopo **8 anni di lotte legali di una famiglia coraggiosa**, nel 2014 arrivò la sentenza del Tribunale di Trani, prima ed unica sentenza in cui era “acclarata la sussistenza del nesso causale tra tale vaccinazione e la

8. L'INGANNO E LA VIOLENZA ALL'ATTO DELLA PRIMA VACCINAZIONE

malattia" [\[L\]](#) imputabile alla presenza di mercurio e, per questo, veniva riconosciuto un indennizzo bimestrale.

Oltre al ricorso del Ministero della Salute, per evitare il **pericoloso precedente** che avrebbe minato i **successivi piani**, il solito guppo di scienziati del nostro Paese iniziò la becera opera di disinformazione e sfruttamento della credulità popolare, costituente falso ideologico. Un comportamento che ha visto oggi toccare vette mai più raggiungibili [\[L\]](#).

Come sottolineato da Giovanni Rezza (Direttore del Mipi-Iss), membro del collegio di consulenti, prima di procedere con una vaccinazione viene eseguita una valutazione del paziente, e la somministrazione del vaccino deve avvenire dopo aver spiegato ai genitori di che cosa si tratta, quali scopi ha e a quali rischi si espongono i bambini se non viene effettuata.

E come ulteriormente puntualizzato dal Professor Walter Ricciardi (Presidente dell'Iss) non c'è alcun test del sangue da fare prima delle vaccinazioni per indicare il rischio di eventuali effetti collaterali e che sarebbe inaccettabile, sia dal punto di vista etico che scientifico, sottoporre bambini piccolissimi a test invasivi, inutili e costosi.

L'importanza della sentenza

Al di là che di ogni possibile discussione intorno alla questione, amplificata dai media, non bisogna dimenticare che il punto fondamentale è che la Magistratura, grazie anche al contributo delle evidenze scientifiche, ha ribadito l'assenza di relazione causale tra i vaccini e l'autismo.

Il dott. **Rezza**, **OVVERO IL DIRETTORE GENERALE DELLA PREVENZIONE CHE OGGI NON LEGGEVA I CONTRATTI DELLA PFIZER PER PAURA**, e l'onnipresente dott. **Ricciardi (oggi premiato dal Papa)** sconsigliavano esami pre-vaccinali, considerati troppo invasivi rispetto all'inoculo di sostanze appena approvate o di quanto meno dubbia sicurezza. Eppure, il totale disinteresse nello studio degli adiuvanti, non menzionati addirittura dalla direttiva CE 83/2001, nel 2015 gli adiuvanti erano implicati nella sindrome denominata "ASIA-Sindrome autoimmune/infiammatoria indotta da adiuvanti", che descrive un quadro di condizioni cliniche comprese le reazioni avverse post-vaccinazione [\[L\]](#). Studi dell'epoca già delineavano una rete di meccanismi nello sviluppo di malattie autoimmuni indotte da adiuvanti vaccinali, in particolare in quelle associate a composti a base di alluminio e su cui si chiedevano indagini [\[L\]](#) dopo decenni di inoculazioni.

Le banali rassicurazioni delle istituzioni non trovavano riscontro nel contenuto della sola documentazione ufficiale resa disponibile. Ad esempio, nell'Assessment Report del CHMP del 2013 (EMA/H/C/000296/P46/0104) [\[L\]](#) [\[8-A23\]](#) relativo al solito confronto di due prodotti simili e su un campione di soli **264** soggetti, si dichiaravano percentuali di eventi avversi non attesi dal 5 all'8% ma non si pubblicavano le tabelle.

Unsolicited adverse events

The percentage of subjects for whom the occurrence of unsolicited symptoms classified by MedDRA Primary System Organ Class and Preferred Term during the 31-day (Day 0 to Day 30) post-vaccination period was reported is presented in Table 18 (not shown). The percentage of subjects who reported the occurrence of Grade 3 unsolicited symptoms classified by MedDRA Primary System Organ Class and Preferred Term during the 31-day (Day 0 to Day 30) post-vaccination period is presented in Table 19 (not shown).

- At least one unsolicited symptom was reported for 5.3% and 7.8% of subjects in the DTPa-HBV-IPV/Hib and DTPa-IPV/Hib+HBV groups, respectively.

L'esavalente è ancora commercializzato nel nostro paese e durante i 24 anni dalla sua autorizzazione [\[L\]](#) [\[L\]](#), l'utilizzo dei nostri bambini, sia come cavie che come consumatori per gli incassi, ha permesso al titolare di apportare numerose variazioni, la maggior parte di tipo II, ovvero inficanti sicurezza ed efficacia [\[L\]](#) [\[8-A22\]](#).

Anche per questo **veleno** porto un solo esempio della Vostra "**scienza**": mentre si discuteva di morti improvvise di neonati ed autismo, nel 2018, ovvero dopo 18 anni di sperimentazione, si pubblicavano queste conclusioni [\[L\]](#).

Conclusions

According to our literature review of the evidence available, we can state that the hexavalent vaccines currently available have shown in the pre-marketing trials and the posterior follow-up a fair amount of data supporting good immunogenicity, safety and tolerability. Concerns with long term protection, especially against HepB and pertussis, have been addressed. These vaccines will, however, need to be kept under surveillance for medium and long term effectiveness and safety, especially the...

Gli studi proseguono tutt'ora, con le solite buffonate epidemiologiche retrospettive e di confronto con prodotti simili [\[L\]](#), giustificando l'immissione in commercio di medicinali solo a fronte di ipotetici ritorni economici per i sistemi sanitari [\[L\]](#) e perseguendo il danneggiamento di intere generazioni sotto il falso e costante allarme del pericolo imminente in popolazioni svantaggiate [\[L\]](#).

Buffonate testimoniate dalle gravi discrepanze sulle segnalazioni registrate nell'ancora inefficiente EudraVigilance e che rendono del tutto **infondate non solo le rassicurazioni proposte, ma il **presunto rapporto rischio/beneficio del medicinale**.**

8-R14 – Essendo l'Infanrix Hexa ancora commercializzato nel nostro Paese e non riuscendo a reperire altre informazioni, se non la pochezza dei siti istituzionali [\[L\]](#), compreso l'insignificante, elementare ed **omissivo EPAR [\[L\]](#) aggiornato al 2017,**

chiedo copia del PSUR con DLP 22/10/2023, presentato il 20/01/2024 come da EU reference data list aggiornata al 28 febbraio 2024 [8-A25].

Dichiarato sicuro ed efficace 24 anni fa, oggi si concludono studi quinquennali avviati anni dopo l'immissione in commercio e relativi alle indagini della somministrazione di una dose booster in bambini nati da madri vaccinate con il Boostrix: *"Assessment report for paediatric studies submitted according to Article 46 of the Regulation (EC) No 1901/2006"* [L] [8-A21].

L'aver sperimentato tale prodotto essenzialmente sui nostri bambini, oggi ci conferisce l'onore di essere menzionati nell'RCP [L], come attento Stato nella sorveglianza ancora in atto, anche se come unico merito viene riconosciuto il solo controllo dell'infezione Hib dal 2006 al 2012.

I risultati della sorveglianza nazionale di routine in corso in Italia dimostrano che Infanrix hexa è efficace nel controllare la malattia da Hib in bambini quando il vaccino sia somministrato secondo la schedula di vaccinazione primaria a 3 e 5 mesi, con una dose di richiamo somministrata approssimativamente a 11 mesi. In un periodo di 6 anni a partire dal 2006, quando Infanrix hexa era il principale vaccino in uso contenente Hib, la percentuale di copertura del vaccino ha superato il 95%. La malattia invasiva da Hib ha continuato ad essere ben controllata, con quattro casi confermati di infezione Hib segnalati in bambini Italiani di età inferiore ai 5 anni attraverso la sorveglianza passiva.

8-R15 – Data l'assoluta **inaffidabilità** dei dati presentati in EudraVigilance ed appurata la **manomissione** degli stessi rapporti di sicurezza, chiedo la visione del Company Core Safety Information (**CCSI**), rappresentante la sezione relativa alla sicurezza del Company Core Data Sheet (CCDS) del prodotto, o in alternativa, del **documento di riferimento** utilizzato dal Titolare per la redazione del PSUR.

8-R16 – Per poter attuare un confronto con i dati del CCSI in relazione ai possibili casi di SIDS, chiedo l'estrazione dei dati dai seguenti registri nazionali e regionali, dalla data di attivazione sino al marzo 2024.

B2.10	Registro di mortalità	D.P.R. 10 settembre 1990 , n. 285
-------	------------------------------	--

C.76	Toscana	Registro SIDS (sudden infant death syndrom)	D.G.R. 1036/ 1999 – D.G.R. 245/ 2008
C.38	Piemonte	Registro Sindrome Morte Improvvisa Infantile	D.G.R n. 59-11905 del 2 marzo 2004

C.30	Lombardia	Registro sindrome morte improvvisa infantile	L.R. 30 dicembre 2009 , n. 33, articolo 129
------	-----------	--	--

8-R16a – Chiedo ad AIFA ed al Ministero della Salute, l'elenco degli studi clinici annoveranti il follow-up di **16.000 soggetti, per la redazione della tabella delle reazioni avverse contenuta nell'RCP, unica informazione caratterizzante il profilo di sicurezza.**

Le seguenti reazioni avverse correlate al farmaco sono state riportate nel corso degli studi clinici (dati provenienti da più di 16.000 soggetti) e durante la sorveglianza successiva alla commercializzazione.

8.3. PREVENAR 13

Vorrei mettere in evidenza da subito le considerazioni dei **deviati dell'OMS** contenute nel *Position Paper* del febbraio **2019** [\[L\] \[8-A24\]](#), in relazione alla comparazione tra le versioni 7valente PVC10 e PVC13 dell'intruglio.

Riassumendo (ma ne consiglio la lettura, anche interpellando il sottoscritto per confronto):

- si autorizzava la versione 13valente del farmaco per coprire la **dichiarata scarsa copertura della versione 7valente** che vedeva dal 50% al 65% dei casi di IPD imputati a sierotipi **non inclusi**.
- **Dopo 10 anni**, si dichiarava l'**impossibilità** della valutazione delle **diverse schedule vaccinali** adottate in diversi Stati. Nessuno studio comparativo tra le versioni PVC10 e PCV13 è stato mai svolto e dunque **il diverso impatto non è ancora noto**.
- L'uso della versione PVC7 aveva causato nel tempo il fenomeno del replacement del sierotipo e l'efficacia di alcuni sierotipi del PVC10 era **nulla**, oltre a presentare problemi di immuno-interferenza.
- Si osservava una maggiore incidenza della sindrome di Kawasaki con il PVC13 rispetto al PVC7 e la solita maggiore incidenza di piressia in co-somministrazione con altri intrugli.
- Infine, una meta-analisi condotta per gli anni dal **1980 al 2007**, aveva mostrato (non so come siano stati reperiti i dati degli anni 80) una copertura dei sierotipi del PVC13 (introdotto per il replacement) del 70%, ma nulla si conosce dei **successivi 10 anni**.

Dunque, ancor più grave è l'inoculazione del PREVENAR 13, **co-somministrato** nel 2011. Il PREVENAR 13 viene approvato **centralmente** nel 2009 con decisione C(2009)10142 Bruxelles, 9.12.2009, in base all'articolo 4 del regolamento UE 726/2004.

L'autorizzazione centralizzata era necessaria perchè medicinale utilizzante tecnologia rDNA. Sino al 2019, ossia sino al propizio Regolamento (UE) 2019/5 che introduceva l'articolo 14-bis e base legale della piattaforma mRNA, **MAI** la parola **profilassi** o **prevenzione** veniva menzionata dal regolamento 726/2004, se non in ambito veterinario.

Sarebbe interessante analizzare il *Report Osservatorio GIMBE n. 9/2019*, da cui dedurre **la totale e criminale assenza di informazioni all'atto** dell'inoculazione avvenuta nel 2011. A distanza di 8 anni, si dichiara ancora un **inesistente rapporto rischio/beneficio**.

Al tempo dell'immissione in commercio di PCV10 e PCV13 non erano ancora disponibili i risultati sull'efficacia di tali vaccini nei confronti delle MIP: infatti poiché i trial clinici di non-inferiorità per confrontare questi vaccini con il PCV7 utilizzando end-point clinici avrebbero richiesto una numerosità campionaria molto elevata, sono stati utilizzati solo end-point sierologici. Per tali ragioni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito i criteri sierologici di non-inferiorità da utilizzare nell'analisi primaria degli studi sulle risposte immunologiche ai vaccini anti-pneumococcici coniugati³⁷:

Non analizzeremo ogni paragrafo del report ma si può concludere che l'obbiettivo delle inoculazioni non fosse certo la salvaguardia della salute dei bambini.

Di seguito invece, analizzeremo il Briefing Document discusso dal *Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee (VRBPAC)*.

8.3.1. PRE-MEETING PACKAGE FOR VRBPAC MEETING NOVEMBER 18, 2009 [\[L\] \[8-A6\]](#)

Trascurando i dettagli tecnici descrittivi del processo produttivo, la dimostrazione della non inferiorità rispetto alla versione 7-valente utilizzando il metodo ELISA, la necessità di indagine dei singoli sierotipi per non avere solo una portezione su base demografica, riporto alcune informazioni (essenzialmente sulla sicurezza) contenute documento informativo di riepilogo dei dati della valutazione clinica di **Wyeth**, per il candidato vaccino pneumococcico coniugato 13-valente (13vPnC) a sostegno della domanda di licenza (BLA):

- Mentre in quel periodo erano pubblicati solo un paio di studi a riguardo [\[L\]](#), nel rapporto del VRBPAC, la casa farmaceutica Wyeth (**divenuta oggi la famosa e ricca Pfizer**) affermava dati a supporto del profilo di sicurezza ed immonogenicità

nella co-somministrazione secondo i programmi nazionali (pag 153), **non citando** nessuno studio, nonostante **153** riferimenti bibliografici in appendice.

- A sostegno della necessità della versione 13-valente si afferma che il 50%- 65% dei casi di IPD sono attribuibili ai ceppi non contenuti nella versione 7-valente, **affermando così l'inutilità della inoculazione** ed il naturale negativo rapporto rischio beneficio della somministrazione in bambini sani, soprattutto nella fase post-marketing, tenendo conto di stato sociale, ..
- Dal 2005, il sierotipo 19A, era diventato predominante (a causa della vaccinazione) e rappresentava circa il **40% dell'IPD**. Il sierotipo 19A sarà modificato.
- Nell'introduzione ed aspetti generali afferma **l'inutilità e pericolosità dei primi vaccini polisaccaridici**, contrariamente alla secolare propaganda.
- La BLA del 2000, relativa alla versione 7-valente, si fondava su un primo studio clinico (non incluso nel report) valutante la risposta nei bambini di 2 mesi, dal 1992 al 1993, con un vaccino **sperimentale** 5-valente che conteneva CRM197 capsulare e poi sui risultati di un studio condotto, dal 1995 al 1998, dalla Kaiser Permanente (NCKP) [\[L\]](#), solita organizzazione dedita al business, **estrema sostenitrice delle cure preventive** nella riduzione dei costi sanitari, partner in molti progetti con l'NHS inglese. Dunque, in totale poco più di **tre anni** di indagini in studi separati e diversi.
- La sicurezza della versione 13vPnC si basa sulla sicurezza del precedente 7vPnC, a detta della Wyeth, ampiamente documentata, includendo anche l'analisi della proteina vettore CRM197 precedentemente usata, comparata in studi aventi come controllo un vaccino meningococcico [\[L\]](#).

A pagina 154 viene menzionato un grande **studio cardine** includente 18.927 soggetti vaccinati con 7vPnC:

mild and local tolerance was good, and all clinical trials confirmed this.⁹⁷ In an extension to the pivotal efficacy trial, 18,925 infants vaccinated with 7vPnC were followed for at least 5 years after the end of the trial to compare the incidence of developmental delay, autistic spectrum disorders, diabetes mellitus, Kawasaki disease, neutropenia, and reactive airways disease to the controls that received MnCC vaccine. No statistically significant differences were found between 7vPnC recipients and the control subjects. In addition, 7vPnC was found to be safe and

Dallo studio si deduce l'assenza di aumenti significativi legati all'insorgenza di gravi patologie. Lo studio è menzionato nella bibliografia al numero 86: "*Postmarketing Evaluation of Prevnar® Pneumococcal 7-Valent Conjugate Vaccine (CRM197 Protein Conjugate): Safety of Prevnar Administered Concurrently With Routine Infant*

Vaccinations at 2, 4, 6, and 12 to 15 Months of Age (protocol 0887X-100494). Wyeth CSR-56410, 2005"

Nonostante l'assidua ricerca, sicuramente per mia incapacità, non sono riuscito a reperirlo.

8-R17 – Essendo uno studio cardine e base della valutazione positiva del rapporto rischio/beneficio (nonostante condotto dalla KP), chiedo cortesemente copia dello studio o collegamento da cui scaricarlo.

Il profilo di sicurezza ed efficacia della versione 13-valente è stata ottenuta **solo per confronto** con la precedente versione 7-valente del medicinale, come descritto nel *Pre-meeting Package for VRBPAC Meeting November 18, 2009*" relativo al passaggio dal Prevenar al Prevenar 13 [\[L\]](#). Tale profilo deriva, a detta del titolare, da un ampio studio osservazionale post-marketing, in cui molti bambini hanno fatto da cavia. Nel rapporto, a sostegno del profilo GENERALMENTE sicuro e tollerato, si citano due studi. Il primo, un "grande" studio osservazionale nel nord California condotto da Kaiser Permanent [\[L\]](#), solita organizzazione dedita al business, **estrema sostenitrice delle cure preventive** nella riduzione dei costi sanitari, partner in molti progetti con NHS inglese. Il secondo studio è, in sostanza, in contrasto con quanto dedotto da Kaiser [\[L\]](#).

8-R18 – Chiedo copia del PSUR relativo alla denominazione "pneumococcal polysaccharide conjugate vaccine (adsorbed) - 13 valent" con Data Lock Point 09/01/2023 e presentato in data 09/04/2023, come descritto nell "*List of Union reference dates and frequency of submission of periodic safety update reports (PSURs)*" [\[8-A14\]](#)

9. CONCLUSIONI

9-R1 - In base ai mezzi oggi disponibili nel nostro Paese relativi alla farmacovigilanza ed al complesso collegamento tra i vari registri, mezzi necessari sin dal 2012, quando si è deciso ufficialmente di sottoporre la popolazione ad un **rischio controllato e sorvegliato**, è possibile conoscere lo stato vaccinale degli individui deceduti per l'inesistente patologia "malore improvviso"?

L'inquadramento dell'ambito sanitario nel contesto decisionale generale è servito ad appurare il pretestuoso, secolare e da sempre mancato, obiettivo della salvaguardia della salute pubblica. Obiettivo che nasconde criminali impegni assunti dalle varie autorità (sanitarie comprese), concordati con soggetti di rinomata follia.

UNA SOCIETÀ DISPOSTA A SACRIFICARE I PROPRI FIGLI, PER ASSECONDARE VISIONI DISTOPICHE DI SOGGETTI STRANIERI, È DESTINATA A FALLIRE E CROLLARE MISERAMENTE.

Resto in attesa dell'inesorabile baratro, impotente verso ogni altro attacco al nostro Paese che va dalla distruzione dell'alimentazione, portando al **suicidio** agricoltori che hanno sfamato tutti i genitori dei destinatari della presente [\[9-V2\]](#), alle prigioni virtuali connesse a quelle reali dei 15 minuti (colaizione di sindaci aderenti al C40cities [\[L\]](#) [\[9-V5\]](#)), alle future limitazioni di libertà previste dall'AI Act [\[L\]](#) e dal Piano Pandemico 2024-2028 in relazione al nuovo trattato ed alle modifiche dell'RSI, contro cui non posso nulla singolarmente e da cui cercherò di difendere la mia famiglia al meglio delle mie possibilità.

L'unica azione a me concessa e di cui ho la piena responsabilità come uomo e soprattutto come PADRE, è quella di difendere la salute della mia famiglia da scellerate imposizioni di trattamenti sanitari, dopo aver constatato il pericolo a cui è stata esposta ed a cui è soggetta.

Un pericolo evidenziato dalla semplice verifica delle violazioni delle stesse norme da Voi varate e dalla semplice analisi dei numeri pubblicati, sui quali non occorre una laurea per poter replicare.

Negli ultimi due anni il sottoscritto ha cercato in tutti i modi di proteggere le persone care invitandole al solo ragionamento, ma invano. Amici d'infanzia sono morti, altri amici e colleghi gravemente danneggiati, familiari colpiti da tumore, la propria moglie con ossigeno terapia fissa ed una serie infinita di paologie autoimmuni, dopo un lungo calvario a seguito

9. CONCLUSIONI

di ricovero in terapia intensiva e **da cui si era ripresa**. Tra le varie patologie autoimmuni, causante forti e costanti dolori, annovero la **polimialgia reumatica**. **Un segnale chiuso in un solo mese di analisi dal criminale Relatore del PRAC per mancanza di dati [L] [9-A2], citando anche letteratura che escludeva riacutizzazioni autoimmuni, quando il primo obbligo specifico era rivolto ad indagare fenomeni di mimetismo molecolare.**

Signal term	Date detected	Status (new, ongoing or closed)	Data closed (for closed signals)	Source or trigger of signal	Reason summary	Method of signal evaluation	Outcome, if closed
Polymyalgia Rheumatica (PMR)	24Jan22	Closed	10Feb22	Enquiry from a competent authority (EMA PRAC).	EMA PRAC Assessment Report to PSUR #1 requested MAH to perform a cumulative review on the association between Comirnaty and Polymyalgia Rheumatica exacerbation.	Postauthorization safety data, clinical study safety data, medical literature, O/E analyses.	Based on the totality of data, there is <u>insufficient evidence to conclude a causal association between the vaccine and PMR</u> . An update to product labelling is not warranted at this time. <u>Routine monitoring will continue.</u>

Non solo nelle norme emanate, ma anche negli innumerevoli ed inutili simposi, prima dei classici sontuosi banchetti, i tenutari della scienza usano incisive ed etiche metafore, mentre pensano a reperire fondi: “l’assenza di evidenze non costituisce l’evidenza dell’assenza” [L] [9-A3].



ABSENCE OF EVIDENCE IS NOT EVIDENCE OF ABSENCE

If no signal is produced at the end of the analysis it is not possible to tell whether this is because the signal does not exist or because insufficient data are being analysed

9-R2 - Chiedo al Ministero della Salute ed AIFA copia del rapporto del Relatore, includente la letteratura consultata, gli ICSRs analizzati, le anamnesi mediche e gli esami di laboratorio, atti ad escludere i 628 casi registrati sino a dicembre 2021.

Credendo comunque di essere riuscito a proteggere la propria figlia, aiutato dagli 8 mesi di tempo che la separavano dal compimento del dodicesimo anno, data fissata dalla **vostra scienza** come piena maturità per il sacrificio (perché **coperti legalente** dalle criminali informazioni presenti nell’RCP del medicinale), il sottoscritto ha constatato, al contrario, di aver avuto **solo fortuna** nel non condurre la difficile vita delle tante famiglie, nella disperata lotta quotidiana e senza nessun supporto dallo Stato, per fronteggiare gravi malattie occorse ai propri figli e **presumibilmente** legate alle inoculazioni.

9. CONCLUSIONI

Dal confronto dell'assenza di parole proferite durante le prime sedute vaccinali con quanto espresso nella presente, penso si possa intuire la **precedente fiducia** riposta nelle istituzioni e l'attuale determinazione nell'impegno del **futuro controllo di ogni comma di legge emanato**. Una fiducia che scaturiva non dalla convizione di essere governato da esempi di moralità e rigore, al contrario, sono note a tutti le centinaia di scandali recensiti durante il corso della mia vita ma dalla **errata convinzione** che fosse rimasta una briciola di semplice umanità, quanto basta per non mettere inutilmente in pericolo la salute dei nostri bambini.

Porto ad esempio della condizione di degrado in cui versa il nostro paese le ultime parole del Presidente Emiliano il quale, dopo il compiacimento per aver, più di tutti, chiuso le scuole e costretto (come tutti) i dodicenni a bucarsi, per continuare a proteggere i nostri bambini "dalle macchine", **intimorisce i boss** del quartiere contrari alla ZTL, presentandogli il suo protetto [\[9-V4\]](#).

Mi sbagliavo; non avevo compreso il forte legame che accumulava ogni aspetto della nostra vita, come disposto dai nostri padroni.

INQUIETANTE GIALLO IN PIEMONTE: Scomparsi 13 Vaccinati Covid con la Settima Dose e 113 con la Sesta... Sono già Morti?

Redazione Gospa News [21 Gennaio 2024](#)

Alla luce degli accadimenti degli ultimi tre anni ed in base a quanto appurato per gli anni precedenti, descritto solo in parte nella presente, per ciò che concerne la SALUTE della mia famiglia, **NON VI È GARANZIA DI MEZZI, CAPACITÀ, TRASPARENZA, VOLONTÀ, MORALITÀ E SEMPLICE UMANITÀ PER UN TALE RESPONSABILITÀ [L], MA SOPRATTUTTO, MANCA LA POSSIBILITÀ DI AGIRE NELL'INTERESSE DEL POPOLO ITALIANO A CAUSA DELLA SOTTOMISSIONE AI NOSTRI FINANZIATORI [9-V3].**

IL SOTTOSCRITTO NEGA LA PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE POST-MARKETING DELLA PROPRIA FAMIGLIA PER QUALUNQUE TIPOLOGIA DI MEDICINALE UTILIZZATO PER LA PROFILASSI.

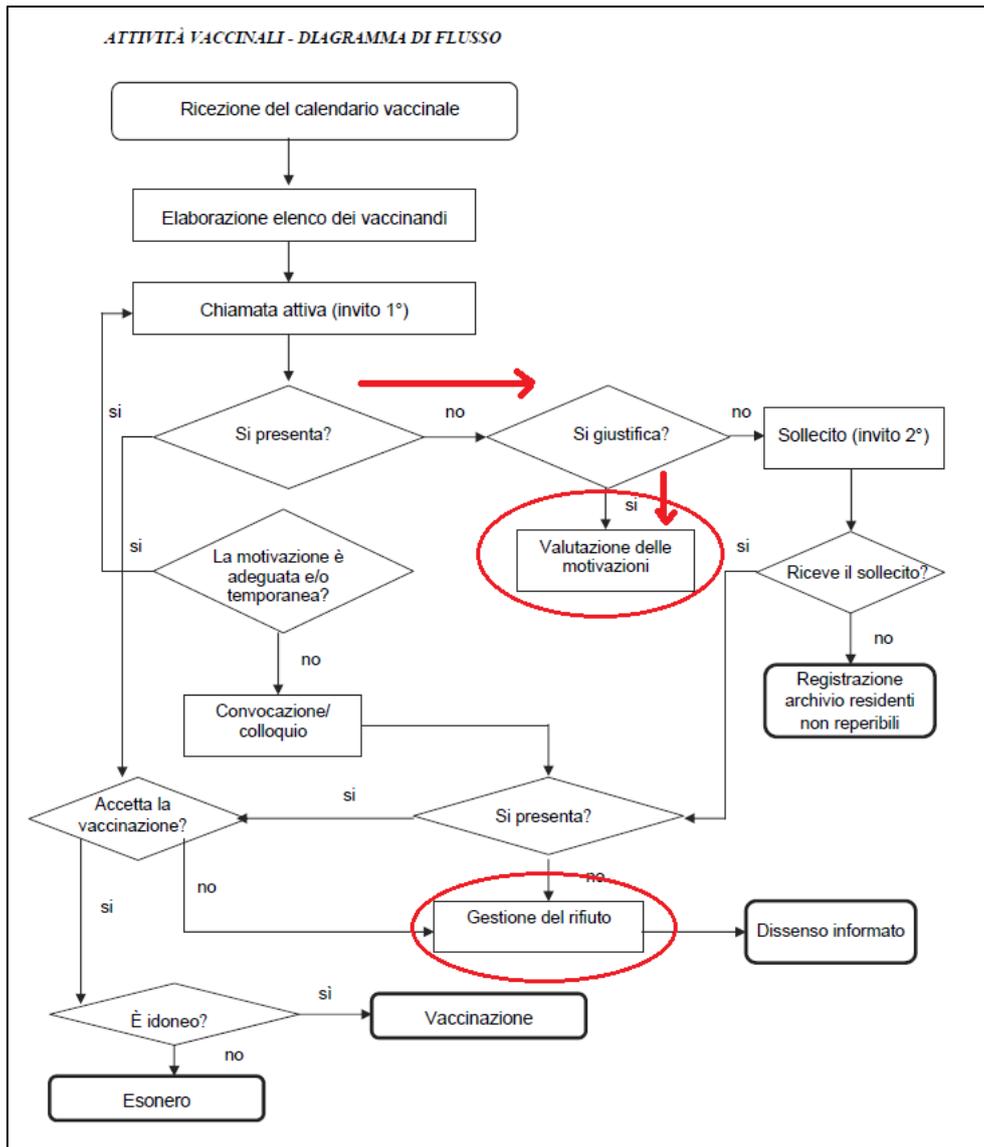
Il CONSENSO INFORMATO per futuri trattamenti sanitari obbligati e superanti la fase post-marketing, acquisterà il SIGNIFICATO PIÙ AMPIO DEL TERMINE. Al pari della responsabilità (civile e penale) assunta come ingegnere, che impone la firma su decine di relazioni e progetti per l'apertura di un semplice "buco" in uno stupido muro, sarà necessaria le firma di un responsabile per la somministrazione obbligata di un medicinale, sottoscrittore una puntuale e personale verifica del rapporto rischio/beneficio, derivata dalla somma di tutti i rischi desunti a partire dall'analisi dei PSUR di ogni farmaco, di tutti gli EPITT e degli ICSRs in genere, analisi degli estrazioni delle segnalazioni, studi clinici a supporto, e dalla successiva comparazione di tale rischio con il beneficio offerto dal medicinale in relazione alla malattia infettiva.

Le semplici raccomandazioni per trattamenti sanitari emesse dalle autorità, dovute in quanto impegno di legge, saranno tutte valutate scrupolosamente ed accettate laddove esistano i criteri di sicurezza e rigore definiti da norme decennali, sin'ora inapplicate, e comunque, secondo i PERSONALI E CERTIFICATI CANONI SCIENTIFICI, basati sul semplice principio di precauzione e sui diritti alla salute sanciti dalla nostra costituzione.

Il demenziale diagramma sotto esposto, proposto in ogni documento sin dai tempi della Lorenzin, è il percorso illegale e fraudolento per carpire la buona fede dei genitori, i quali, vengono trattati da dementi da parte di personale preparato in base alla seguente **esoterica** linea guida [\[L\] \[9-A1\]](#), mentre inietta tecnologie a Voi stessi sconosciute.

Nella fase denominata "**gestione del rifiuto**", le preoccupazioni di un genitore non possono essere eluse col silenzio, con ammonimenti riguardo possibili ripercussioni, o con sedute di psico-analisi da bar da parte di **emeriti ignoranti** che hanno come unico obiettivo il completamento della **tessera dei buchi** per ottenere i rimborsi.

9. CONCLUSIONI



Seguendo il flusso logico del processo della seduta vaccinale, la mia posizione è collocata nella box denominata **“valutazione delle motivazioni”** a seguito dell’inoltro della prima PEC e della presente.

IL COUNSELLING È DUNQUE SOSPEO IN ATTESA DI UNA RISPOSTA.

PERTANTO, SINO ALLA RISOLUZIONE DEI QUESITI POSTI, DA DOVE SI RISCONTRI UN MIO RESPONSABILE E DOCUMENTATO ERRORE DI VALUTAZIONE, NON SARÀ ACCETTATA NESSUNA TIPOLOGIA DI OBBLIGO SANITARIO PER LA MIA FAMIGLIA, IN PARTICOLARE PER MIA FIGLIA.

Trascurando le domande di carattere etico, si richiedono risposte singole e non cumulative, ove la domanda lo permetta è richiesta la risposta "si" o "no". Nel caso un dato o documento non sia in possesso dell'amministrazione competente si prega di specificarlo indicando il riferimento numerico della domanda, se in possesso se ne richiede copia, se già presenti

9. CONCLUSIONI

su siti istituzionali si chiede il link per la consultazione. Tutta la documentazione richiesta può essere inviata al seguente indirizzo pec: massimo.alfonso@pec.it.

Considerando che:

- La funzione dell'accesso civico generalizzato è quella di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali svolte dalle pubbliche amministrazioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, nonché di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.
- l'art. 5 c. 6 del d.lgs. 33/2013 fissa un termine perentorio di giorni 30 per la conclusione espressa e motivata del procedimento e, in questo caso, il silenzio non è contemplato.

Si invitano quindi le P.A. interpellate a rispettare il termine fissato per la conclusione del procedimento, nel rispetto dei principi su cui si essa stessa si regge; viene altresì resa edotta delle possibili conseguenze penali di una condotta omissiva (art. 328 c. 2° c.p.).

Lo scrivente si riserva il diritto di agire in ogni sede a tutela dei propri diritti riconosciuti dalla legge.

Lo scrivente è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. Il sottoscritto è consapevole altresì che essi saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e s.m.i, pertanto, si autorizza ad usare i propri dati per le finalità strettamente connesse alla conclusione di questo procedimento.

Lo scrivente resta a disposizione per fornire ulteriori dettagli ed approfondimenti a margine della presente esposizione riassuntiva.

Travedona Monate 16/04/2024

Ing. Massimiliano Alfonso

A blue circular stamp from the Regional Association of Engineers of the Province of Travedona Monate. The stamp contains the text: "ASSOCIAZIONE REGIONALE INGEGNERI PROV. DI TRAVEDONA MONATE", "ALFONSO Massimiliano", and "Dott. Ing.". A handwritten signature in black ink is written over the stamp.