

«Quelli di noi che sapevano fin dall'inizio che la sequenza del SARS-CoV-2 conteneva inserti che non potevano essersi verificati naturalmente e che erano simili a quelli che erano già stati pubblicati dal laboratorio di Wuhan, hanno dovuto sopportare un incredibile disprezzo, l'ostracismo scientifico e l'ignominia di essere 'cancellati' dai mass media e dai colleghi professionisti ormai da quasi tre anni. Nell'estate del 2020 un articolo di cui sono coautore, che descriveva i risultati di un team di scienziati anglo-norvegese che aveva dimostrato 'impronte digitali' uniche della manipolazione di laboratorio nel virus COVID, è stato soppresso sia negli Stati Uniti che nel Regno Unito. Eppure, che i vaccini a mRNA non facessero quello che era scritto sulla fiala è stato un segreto di Pulcinella per chiunque segua le fonti primarie di informazione, quelle ignorate dai mass media e in particolare dalla BBC, segnalate come disinformazione da *Ofcom* (*Office of Communications*, l'autorità competente e regolatrice indipendente per le società di comunicazione nel Regno Unito) e prese di mira dalla *Orwellian Counter-Disinformation Cell* del governo britannico. Innanzitutto il 'vaccino' non è rimasto nel sito di iniezione come promesso, ma ha viaggiato in tutto il corpo e all'autopsia è stato riscontrato che era ovunque.

Le accuse di drammatiche differenze nella variabilità da lotto a lotto – un "NO" assoluto nei protocolli di produzione dei vaccini – che potrebbero spiegare perché gli effetti collaterali erano più comuni in alcuni lotti rispetto ad altri, sono state negate ma sono poi state confermate da una definitiva ricerca Danese. Queste preoccupazioni allarmanti sembrano essere state respinte dalle autorità di regolamentazione, che invece avrebbero dovuto iniziare immediatamente a indagare in modo approfondito.

Lo scorso mese di Giugno alcuni informatori guidati dagli scienziati *Sucharit Bhakdi* e *Kevin McKernan* hanno sollevato una questione completamente nuova: quella dei gravi livelli di contaminazione del DNA. Ancora una volta questo è stato ignorato dai mass media. Sebbene molto solerti nel segnalare gli strani effetti collaterali dei vaccini come pretesto per sottolineare che sono estremamente rari, non hanno mai affrontato il sempre più problematico mantra ufficiale 'sicuro ed efficace'.

Alla fine ci fu una piccola svolta. Un ramo isolato ma più coraggioso dei mass media, lo *Spectator Australia*, ha finalmente scoperto gli altarini sui gravi livelli di contaminazione dei vaccini di Pfizer e Moderna. L'articolo descrive come lo scienziato genomico di Boston Kevin McKernan abbia utilizzato le fiale di Pfizer e di Moderna come controlli in uno studio, per poi scoprire che contenevano una contaminazione altamente significativa di plasmidi di DNA. Inoltre McKernan era allarmato nel trovare la presenza di un promotore dell'SV40 nelle fiale del vaccino Pfizer, una sequenza che viene 'usata per guidare il DNA nel nucleo, specialmente nelle terapie geniche' e che questo è 'qualcosa che le agenzie di regolamentazione di tutto il mondo hanno espressamente dichiarato che non è possibile con i vaccini a mRNA'. Questi promotori di SV40 sono anche ben noti per essere cancerogeni. Altri Autori hanno confermato questi risultati. Un informatore biologo tedesco ha riscontrato tassi di contaminazione fino a 354 volte superiori al limite raccomandato. Tutto questo è stato segnalato alla *Food and Drug Administration* (FDA) statunitense. Per dirla senza mezzi termini, ciò significa che non si tratta affatto di vaccini ma di Organismi Geneticamente Modificati (OGM) che avrebbero dovuto essere soggetti a condizioni normative completamente differenti e certamente non essere classificati come 'vaccini'. Questo è stato riconosciuto dalla versione australiana della FDA, la TGA, che ha cambiato il quadro a tal punto che il Premier di Victoria *Dan Andrews*, che era il più grande sostenitore del vaccino e del suo uso obbligatorio, si è dimesso – anche se per ora il vaccino non è stato menzionato come il motivo delle sue dimissioni. Tutti questi dati, che stanno lentamente diventando di dominio pubblico, arrivano subito dopo le ultime scoperte secondo cui i vaccini di richiamo aumentano effettivamente la possibilità di contrarre l'infezione di 3,6 volte. Lo sostiene un approfondito studio pubblicato dalla *Cleveland Clinic*, una delle più grandi organizzazioni sanitarie al mondo, che ha monitorato anche il proprio personale come pazienti.

Ma c'è di peggio. Gli autori dello studio di Cleveland affermano che "non esiste un singolo studio che abbia dimostrato che il vaccino bivalente COVID-19 protegga da malattie gravi o morte causate dalle linee XBB della variante Omicron. Almeno uno studio precedente non è riuscito a trovare un effetto protettivo del vaccino bivalente contro le linee XBB della SARS-CoV-2." In uno studio tutti i topi vaccinati con vaccino bivalente che erano stati infettati dal COVID si sono ammalati. Questo era stato previsto da molti di noi, poiché i virus della SARS sono soggetti a 'imprinting immunologico': cioè, una volta che hanno incontrato un vaccino essi daranno la stessa risposta a qualsiasi variante simile (questo è anche noto come "peccato antigenico"), facendo sì che ulteriori vaccini non solo siano inutili, ma più pericolosi in quanto inducono anticorpi che potenziano l'infezione (anticorpi ADE), non la reattività crociata come invece veniva sostenuto dai produttori.

Questa non è la fine dei problemi con i 'vaccini' a mRNA. Diversi studi di immunologia hanno dimostrato che i booster inducono un cambiamento dell'anticorpo da sottotipi *neutralizzanti* a sottotipi *tolleranti*, oltre a indurre una soppressione dei linfociti T, il che incoraggerà nuove infezioni e sopprimerà la risposta immunitaria contro il cancro. Alla fine dello scorso anno ho riferito che stavo vedendo pazienti con melanoma che erano rimasti stabili per anni, recidivare dopo il loro primo richiamo (la terza dose). Mi è stato detto che era solo una coincidenza e di tacere, ma è diventato impossibile farlo. Da allora il numero dei miei pazienti colpiti è aumentato. Ho visto nei miei pazienti altri due casi di recidiva di cancro dopo la vaccinazione di richiamo proprio la settimana scorsa. Altri oncologi mi hanno contattato da tutto il mondo, compresi l'Australia e gli Stati Uniti. L'opinione generale è che la malattia non sia più limitata al melanoma, ma che dopo le iniezioni di richiamo si osservi un aumento dell'incidenza di linfomi, leucemie e tumori renali. Inoltre i miei colleghi che si occupano di cancro del colon-retto segnalano un'epidemia di tumori esplosivi (quelli che si presentano con metastasi multiple al fegato e altrove). Tutti questi tumori si verificano (con pochissime eccezioni) in pazienti che sono stati costretti a sottoporsi a un richiamo COVID. Ma perché si verificano questi tumori? La soppressione delle cellule T è stata la mia prima probabile spiegazione, dato che l'immunoterapia è così efficace in questi tumori. Tuttavia ora dobbiamo anche considerare l'integrazione del plasmide del DNA e dell'SV40 nel promuovere lo sviluppo del cancro, una caratteristica resa ancora più preoccupante dai rapporti secondo cui la proteina spike dell'mRNA lega la p53 e altri geni soppressori del cancro. È molto chiaro e molto spaventoso che questi vaccini abbiano diversi elementi per provocare una tempesta perfetta nello sviluppo del cancro in quei pazienti abbastanza fortunati da aver evitato attacchi di cuore, coaguli, ictus, malattie autoimmuni e altre comuni reazioni avverse ai vaccini COVID. **Consigliare i vaccini di richiamo, come nel caso attuale, non è né più né meno che incompetenza medica; continuare a farlo con le informazioni di cui sopra costituisce negligenza medica che può comportare una pena detentiva. Senza più se e senza ma. Tutti i vaccini a mRNA devono essere fermati e vietati adesso».**

Angus Dalgleish, immunologo e Professore di Oncologia al St. George's Hospital Medical School, Londra (UK). **Ottobre 2023.**

COVID-19

Poiché l'argomento non riguarda nello specifico le infezioni da *papillomavirus umano*, riassumo le conclusioni di ricerche e lavori scientifici autorevoli non gravati da conflitti d'interesse con l'industria farmaceutica (dei quali riporto un'ampia **sintesi** alla fine della sezione).

COVID-19 (COronaVirus Disease 19) è una malattia causata dal coronavirus **SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2)**.

Il primo caso conosciuto è stato identificato a Wuhan (in Cina) nel dicembre 2019.

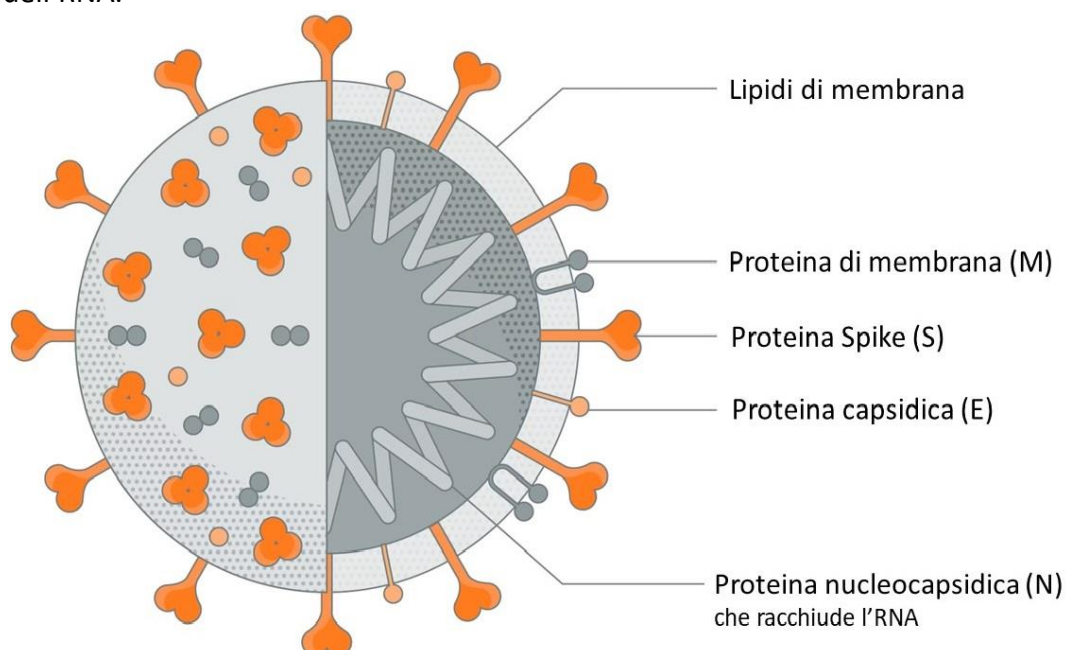
Almeno un terzo dei soggetti infetti è asintomatico. Fra quelli che si ammalano, oltre l'80% sviluppa sintomi lievi o moderati, il 14% sintomi severi e meno del 5% sintomi critici. Gli anziani sono i soggetti a rischio più elevato se non vengono adeguatamente curati. Alcuni soggetti continuano a presentare effetti a lungo termine anche dopo la guarigione (*long COVID*).

La COVID-19 si trasmette quando le particelle virali vengono inalate, oppure vengono in contatto con gli occhi, il naso, o la bocca. Il periodo di incubazione è mediamente di 5 giorni, ma le persone rimangono contagiose anche fino a 20 giorni e possono disseminare il virus anche se asintomatici. Le complicazioni riguardano svariati organi: apparato respiratorio, apparato cardiovascolare, tromboembolie, disfunzioni epatiche, apparato gastrointestinale e manifestazioni neurologiche. In gravidanza può portare ad aborti, parto prematuro, ritardi di crescita intrauterina.

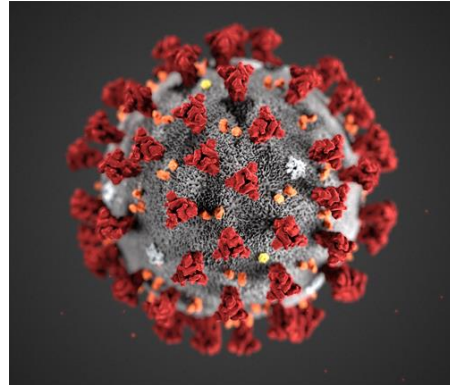
I sintomi simil-influenzali più frequenti sono: febbre, tosse, cefalea (mal di testa), dispnea (respiro corto), artralgie e mialgie (dolore ad articolazioni e ai muscoli), astenia (stanchezza) e disturbi gastrointestinali quali la diarrea; sintomi caratteristici della patologia COVID-19 sono l'anosmia (perdita dell'olfatto) e l'ageusia (perdita del gusto), transitorie. Nei casi più gravi può verificarsi una polmonite, una sindrome da distress respiratorio acuto, sepsi e uno shock settico fino ad arrivare al decesso del paziente.

Il virus SARS-CoV-2 ha un diametro di circa **120 nanometri** (= milionesimi di millimetro).

La capsula del virus è costituita da tre proteine: una membrana (M), un involucro (E) e le spike (S) attraverso le quali il virus si aggancia alle cellule. La proteina N invece sta all'interno e contiene il genoma dell'RNA.



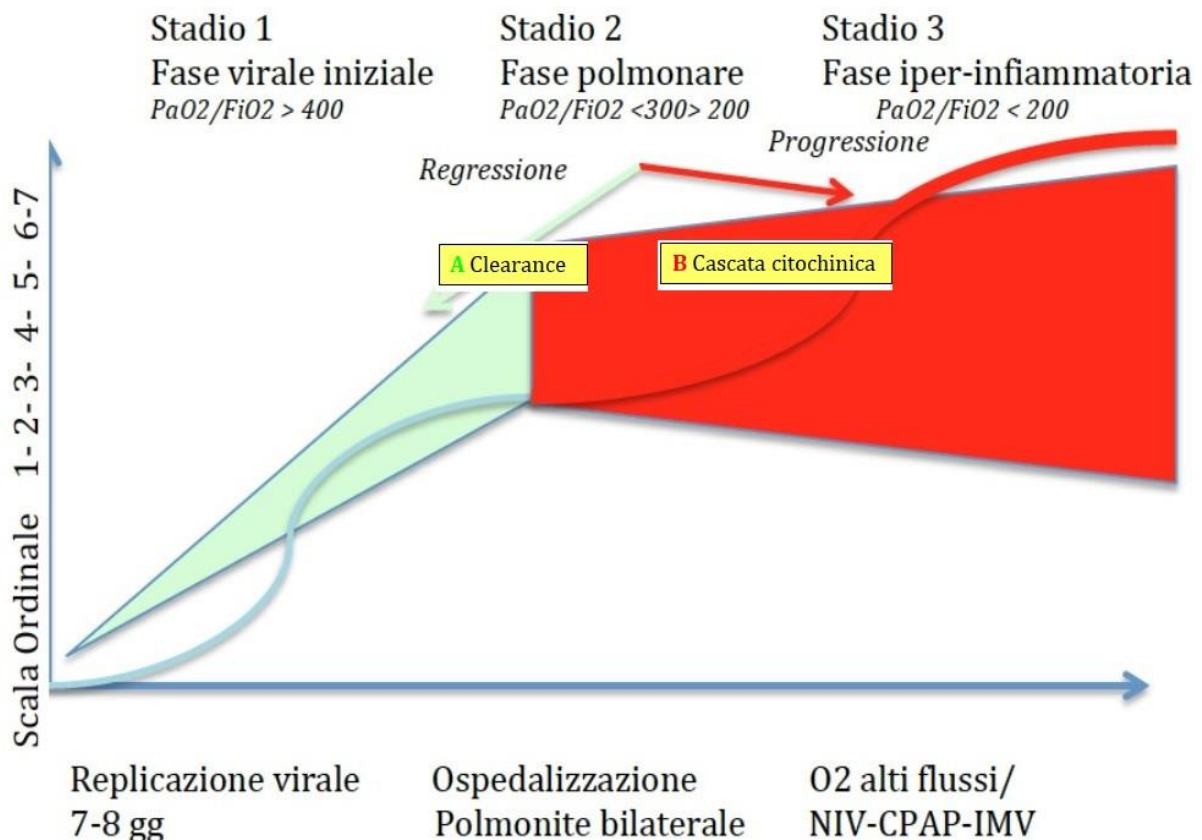
Per entrare nell'organismo umano, il virus SARS-CoV-2 si lega ai *recettori dell'enzima convertitore dell'angiotensina (ACE2)*, che sono molto abbondanti nell'organismo umano. L'ACE2 è un enzima di superficie che sta sulle membrane cellulari delle cellule dei polmoni, delle arterie, del cuore, dei reni e dell'intestino. L'ACE2 abbassa la pressione sanguigna (provocando la conversione dell'angiotensina II, che è vasocostrittrice, in angiotensina 1-7, che è vasodilatatrice).



La malattia, molto schematicamente, era stata suddivisa in tre fasi principali:

- 1) Fase virale iniziale, dove avviene la replicazione del virus, che dura circa una settimana. I sintomi sono aspecifici: malessere, febbre, tosse secca.
- 2) Fase polmonare, dove si può verificare una polmonite bilaterale che necessita di ospedalizzazione. A febbre e tosse, si aggiunge talvolta anche ipossia (carenza di ossigeno nei tessuti).
- 3) Fase iper-infiammatoria, dove si verifica un'infiammazione sistemica, insufficienza respiratoria, coinvolgimento cardiaco.

Nella prima fase e all'inizio della seconda, la virosi può regredire (clearance), mentre quando si verifica la cosiddetta "cascata citochinica" (interferoni, interleuchine, chemochine, etc.) la risposta infiammatoria sarebbe eccessiva e potrebbe diventare incontrollabile (progressione).



Origine del virus

Il SARS-CoV-2 è stato ingegnerizzato e prodotto in laboratorio: non è un virus naturale.

L'Istituto di virologia di Wuhan è un istituto di ricerca sulla virologia gestito dall'Accademia cinese delle scienze. Nel 2015 ha aperto il primo laboratorio di livello di biosicurezza 4 della Cina continentale. L'istituto ha forti legami con Centri degli Stati Uniti, della Francia e del Canada.

Il *National Institute of Health* (NIH) americano, agenzia del Dipartimento della Sanità degli Stati Uniti, avrebbe finanziato delle ricerche pericolose dell'Istituto di Virologia di Wuhan nel 2018 e 2019. Fra queste ricerche ve ne sono alcune che sono definibili come "guadagno di funzione": modificare geneticamente un virus per renderlo anche più contagioso, al fine di studiarne la pericolosità.

In virologia, il guadagno di funzione (o GoF, dall'inglese *gain of function*) consiste nel produrre, su un organismo in laboratorio, delle modificazioni genetiche (chiamate anche mutazioni attivanti) in grado di determinare l'acquisizione di una nuova funzione o il potenziamento di una preesistente.

In data 31-01-2020 una mail di Kristian G. Andersen ad Anthony Fauci recitava: "Le insolite caratteristiche del virus riguardano una porzione veramente piccola del genoma (inferiore all'1%), cosicché bisogna guardare molto da vicino tutte le sequenze per vedere che alcune delle caratteristiche sembrano potenzialmente ingegnerizzate".



Mortalità

Nella stragrande maggioranza dei soggetti il decorso della malattia è assolutamente benigno. La mortalità per COVID (morti fra tutta la popolazione esposta) è bassissima, mentre la letalità (morti fra i casi confermati di malattia) è comunque bassa.

L'*Infection Fatality Rate* (IFR) stima i morti fra i soggetti infetti, inclusi quelli asintomatici, mentre il *Case Fatality Rate* (CFR) stima i morti fra i malati e quindi corrisponde alla nostra 'letalità'.

L'errore commesso è stato quello di confrontare l'IFR dell'influenza stagionale con il CFR del COVID, quando in realtà l'IFR del COVID-19 nei soggetti con meno di 70 anni è stato inferiore allo 0,05%.

Inoltre sono stati molto amplificati i numeri reali dei decessi per COVID: insieme ai morti per COVID (pochi) sono stati inseriti i morti con COVID (con tampone positivo ma deceduti per altre cause).

Ciò detto, decade anche il concetto di "pandemia", che per definizione deve avere un alto tasso di mortalità (mentre nel COVID la sopravvivenza è del 99,98%) e non devono esistere trattamenti (che invece c'erano).

Nel trattamento dei malati COVID, di importanza critica è il ruolo della medicina del territorio (medico di base, guardia medica) prima di ricorrere a ospedali e Pronto Soccorso. Il medico preparato chiederà tutti i sintomi, da quanto tempo sono presenti, e tutte le patologie associate, allergie, farmaci in corso. Valuterà polso, pressione, respiro, ossigenazione, auscultazione polmonare oppure ecografia con apparecchio portatile. In tutto circa 20 minuti di visita. Telefonerà il giorno dopo e in caso di necessità tornerà al domicilio 2-3 giorni dopo.

Invece ai medici venne sconsigliato di visitare i pazienti al domicilio e di utilizzare farmaci diversi dalla tachipirina.

Terapie precoci

Il messaggio ‘tachipirina e vigile attesa’ è stato l’errore forse più grave dopo quello dell’imposizione obbligatoria degli “pseudovaccini” contro il COVID.

Il paracetamolo (‘tachipirina’) infatti è un antidolorifico e antipiretico (cioè abbassa la febbre), ma non ha azione antinfiammatoria, anzi riduce il *glutathione* che è un antiossidante che contribuisce ad aumentare le nostre difese immunitarie. La febbre per qualche giorno ha un effetto benefico, perché le temperature elevate ostacolano la riproduzione dei virus e consentono alle cellule immunitarie di neutralizzare e distruggere i germi.

L’80% dei ricoveri e il 75% dei decessi si sarebbero potuti evitare utilizzando terapie precoci (che invece sono state sconsigliate). Farmaci come l’acido acetilsalicilico (‘aspirina’), l’ibuprofene, il ketoprofene, oppure – in caso di allergie – l’indometacina, hanno azione antinfiammatoria e costi bassi. I probiotici vanno sempre associati, in quanto interagiscono con i recettori ACE2 e quindi riducono il legame fra virus e ACE2; poiché l’intestino tenue è un organo molto ricco di recettori ACE2, ne risulta una forte diminuzione della carica virale. Inoltre l’N-acetilcisteina (NAC, o ‘fluimucil’), la vitamina D3 e la K2, la vitamina C ad alte dosi, la lattoferrina, lo zinco, il magnesio, il selenio, etc. sono tutti integratori che si possono variabilmente associare a seconda dei casi, così come la quercetina o il resveratrolo. In alcuni casi si potranno utilizzare antibiotici (azitromicina, cefalosporine) per esempio quando si vuole proteggere un paziente a rischio di polmoniti batteriche; anticoagulanti quando si vuole prevenire una trombosi; cortisone nei pazienti critici o quando la saturazione di ossigeno è molto bassa. Anche il plasma iperimmune proveniente da soggetti convalescenti (e quindi ricco di anticorpi) può svolgere un ruolo fondamentale nel ridurre l’infiammazione polmonare in risposta all’infezione da COVID (che è il motivo più comune per l’ospedalizzazione).

Ma nel trattamento precoce rientrano anche due farmaci molto efficaci dopo tanti anni di impiego e molti studi effettuati che dimostravano una riduzione della mortalità, e che invece sono stati etichettati come controindicati: l’*idrossiclorochina* e l’*ivermectina*.

Ovviamente ogni paziente sarà valutato caso per caso e assolutamente da sconsigliarsi è l’autoprescrizione. Di nuovo entra in gioco il medico di famiglia e la medicina del territorio: le terapie corrette a dosaggi adeguati sono in grado di guarire oltre il 99,9% dei soggetti immunocompetenti.

Conflitti d’interesse

La letteratura scientifica è purtroppo viziata da enormi conflitti d’interesse sia con l’industria farmaceutica (“*big pharma*”) che con le agenzie regolatorie (CDC, EMA, OMS).

Medici dissenzienti e redattori e revisori di riviste scientifiche blasonate sono stati rimossi dai loro incarichi, così come moltissimi articoli scientifici non sono stati accettati o sono stati ritirati prima ancora di procedere a una revisione paritaria (“*peer review*”).

Sono stati altresì pubblicati i cosiddetti articoli “*ghostwritten*”, sponsorizzati dall’industria farmaceutica (che recluta medici per denaro o per avere il loro nome su una rivista autorevole).

Sono stati creati i “*fact checkers*”, che accusavano di “disinformazione” ogni qualvolta che qualsiasi intervento non fosse allineato: anche qui l’industria farmaceutica finanzia e influenza i media per garantire la presenza di messaggi favorevoli.

Gli ospedali in molte situazioni hanno ricevuto ingenti somme di denaro per ogni paziente che veniva ricoverato in terapia intensiva o intubato.

È stata pubblicata una ricerca falsa sull’idrossiclorochina (in seguito ritirata dalla rivista *Lancet*) e si è proceduto frettolosamente all’autorizzazione del farmaco *remdesivir* (inefficace, costoso e tossico per reni e polmoni).

La sospensione di medici e infermieri non allineati ha causato notevoli carenze ospedaliere, proprio quando ce n’era più bisogno.

Mascherine facciali

Le mascherine chirurgiche, obbligatorie durante tutti gli interventi in sala operatoria, hanno la funzione di trattenere le goccioline di Flügge (un aerosol di acqua e batteri prodotto con il respiro, la tosse o gli starnuti) così che non vadano a depositarsi sul lettino operatorio. Le particelle virali tuttavia attraversano i comuni filtri che trattengono i batteri, fornendo un falso senso di sicurezza: i soggetti che fanno uso della mascherina diffondono comunque il virus. Inoltre si continua a reintrodurre parte dell'anidride carbonica espirata, che è un prodotto di scarto, a danno dell'ossigeno inspirato, oltre ai germi e ai virus presenti nell'halito. La carenza di ossigeno volutamente indotta rappresenta una controindicazione medica assoluta. L'uso prolungato delle mascherine ha portato a ritardi nell'apprendimento nei bambini e a un aumento dei casi di demenza negli adulti. Oltre all'ipossia e all'ipercapnia, le mascherine possono causare altri problemi (sono stati ritrovati all'interno della mascherina vari metalli pesanti, come piombo, antimonio, solventi e microfibre carcinogeniche, e l'umidità prodotta dal respiro amplifica l'estrazione di queste sostanze). Quindi, oltre a non proteggere gli altri, paradossalmente il soggetto mascherato non protegge soprattutto se stesso. *“Medical masks (surgical masks and even N95 masks) were not able to completely block the transmission of virus droplets/aerosols even when completely sealed”*. Infine lo smaltimento delle mascherine risulta problematico. Anche se non si dovrebbe, di fatto le mascherine vengono appoggiate un po' dappertutto (in tasca, intorno al braccio, sul tavolo, dentro una borsa, sul cruscotto dell'auto o dentro il cassetto). Vengono prodotte ogni giorno miliardi e miliardi di mascherine e non tutte finiscono nell'inceneritore (si possono ritrovare nei luoghi più impensati, dalle cime montane più alte alle spiagge e i mari più isolati), provocando seri danni ambientali. Ma soprattutto, le mascherine non funzionano nelle malattie respiratorie.

Lockdown

Le quarantene e i divieti di viaggio sono spesso la prima risposta contro le nuove malattie infettive. Tuttavia, questi vecchi strumenti sono di solito di utilità limitata per malattie altamente trasmissibili, e se imposti con una mano troppo pesante, o in modo troppo casuale, possono essere controproducenti. Con un virus come il SARS-CoV-2, queste misure non possono fornire una risposta sufficiente. Anche se venisse imposto un maggiore uso di solide misure di distanziamento sociale, come la chiusura delle scuole o la cancellazione di riunioni pubbliche, ampi cordoni sanitari – in cui le aree geografiche sono messe in quarantena – solleverebbero seri problemi costituzionali. Possono anche presentare numerose sfide logistiche e possono aumentare il rischio per coloro che vivono nella zona soggetta a restrizioni. Tali misure possono anche avere un'efficacia molto limitata con una malattia altamente contagiosa come la COVID-19.

A parte i costi economici e sociali del distanziamento sociale (chiusura di attività commerciali, etc.) il lockdown ha provocato disturbi psicologici e psichiatrici, depressione, ansia, suicidi, abuso di farmaci e alcol, fumo, obesità, astensione dall'attività fisica e dall'esposizione alla luce solare.

La sospensione di alcuni servizi ambulatoriali e degli interventi chirurgici ritenuti non urgenti, ha portato a rallentamenti di tutti i servizi assistenziali e la caduta a picco dei programmi di screening. Ad esempio, per quanto riguarda il cancro del collo dell'utero, i tassi di screening cervicale non solo sono precipitati, ma sono rimasti bassi anche dopo la revoca del provvedimento. Questo scenario porterà da 50.000 a 90.000 casi aggiuntivi di lesioni preneoplastiche di alto grado della cervice uterina nei prossimi 50 anni e ad oltre 100.000 casi aggiuntivi di condilomatosi florida anogenitale. I paesi che hanno evitato queste misure hanno mostrato tassi di infezioni e ospedalizzazione analoghi alle nazioni che hanno adottato le misure più restrittive.

Il passaporto vaccinale (*green pass*) – un obbligo a vaccinarsi senza assunzione di responsabilità da parte dello Stato – non ha alcuna valenza scientifica per la salute pubblica, ma è stato esclusivamente uno strumento politico di controllo della popolazione. Troppo pochi hanno voluto/potuto ribellarsi.

Tampone rinofaringeo

Mentre i test sierologici (prelievo su sangue) rilevano la presenza o meno di anticorpi sviluppati in seguito all'infezione (risposta del sistema immunitario), i tamponi molecolari mediante test di reazione a catena della polimerasi (*Real Time PCR*) ricercano la presenza dei geni virali.

Il test RT-PCR è impreciso e inaffidabile (dipende dal numero di cicli di amplificazione genica): soprattutto la contagiosità non può essere determinata da un test PCR.

Ciononostante sono state intraprese le misure cautelative più assurde, proprio basandosi anche su questi test. Oltretutto per una malattia non così grave come ci è stato fatto credere.



Autopsie

Le autopsie sono fondamentali per determinare la causa della morte (sia improvvisa che dopo una concatenazione di eventi patologici).

Inspiegabilmente, le autopsie sono state impedito in quasi tutto il mondo.

Occorre invece fare specifiche autopsie con la ricerca della proteina Spike del vaccino oltre alle altre proteine virali (*staining*): in questo modo si riesce a capire se si tratta di una morte causata dalla malattia, per esempio dal cosiddetto 'long Covid' (e in tal caso sono rilevabili tutte le proteine del virus), oppure una morte causata dal vaccino (in tal caso si troverà la sola proteina Spike vaccinale).

Vaccini COVID

I vaccini sono la più efficace misura di salute pubblica per ridurre le malattie, dopo il cibo sicuro e l'acqua potabile. Si dividono sostanzialmente in tre categorie: *semplici, complessi, inediti*. Quelli inediti richiedono oltre 12 anni per essere sviluppati (e qui rientrano i cosiddetti 'vaccini' COVID).

Le tecnologie basate sulle nanoparticelle lipidiche e sull'mRNA in campo oncologico hanno fallito finora. Ma se da una parte farmaci che agiscono sull'RNA destinati a malattie oncologiche o a malattie ereditarie rare possono avere più d'una giustificazione in quanto rivolti a patologie gravi o incurabili (per cui si è disposti ad accettarne eventuali effetti avversi), dall'altra parte i 'vaccini' a mRNA sono invece destinati a persone sane, che hanno tutto il diritto di accettare oppure rifiutare il trattamento, specialmente in presenza di dati molto dubbi riguardo l'efficacia e la sicurezza innanzitutto. Eppure questi 'vaccini' sono stati imposti a tutti, compresi gli adolescenti, i bambini e le donne in gravidanza.

- Primo punto: gli **asintomatici vaccinati** (che si muovono liberamente proprio perché non hanno alcun sintomo) possiedono un titolo rinofaringeo del virus alto quanto quello di un **infetto non vaccinato** (il quale però non va al lavoro perché non si sente bene). Quindi chi diffonde il virus sono gli individui vaccinati!
- Secondo punto: i vaccini COVID non sono veri vaccini, ma "**profarmaci**". Per potere essere resi obbligatori, i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC di Atlanta) hanno modificato la definizione di "vaccinazione" a partire dal *1 settembre 2021*:

Vaccinazione (definizione CDC fino al 31 agosto 2021)

L'atto di introdurre una sostanza nel corpo umano per produrre «immunità» verso una specifica malattia

Vaccinazione (definizione CDC dal 1 settembre 2021)

L'atto di introdurre una sostanza nel corpo umano per produrre «protezione» verso una specifica malattia

- Terzo punto: non sono state fatte le prove di **genotossicità** e di **cancerogenicità**, né sono noti gli effetti avversi a distanza. Gli studi sulla sicurezza sono malfatti o deliberatamente falsificati.
- Quarto punto: il *Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)* è un programma americano che riporta gli eventi avversi e i decessi correlati ai vaccini (nel caso della COVID-19 tali eventi avversi sono stati enormemente sottostimati: il VAERS rappresenta solo il 10% della realtà). In Europa meno dell'1% di tutti gli eventi avversi correlati al 'vaccino' sono segnalati. Questi farmaci hanno provocato più morti in meno di un anno rispetto a tutti gli altri vaccini negli ultimi 30 anni.
- Quinto punto: i 'vaccini' COVID sono implicati in **4 tipi principali di patologia**:
 - 1) patologia cardiovascolare (miocardite, pericardite, aterosclerosi, fibrillazione atriale, aritmie, infarto, dissezione aortica, arresto cardiaco anche in assenza di miocardite)
 - 2) malattie neurologiche (Guillain-Barré, paralisi di Bell, neuropatie delle piccole fibre)
 - 3) trombosi (formazione di coaguli, che non si dissolvono con le terapie convenzionali)
 - 4) anomalie immunologiche (e quindi suscettibilità a future infezioni virali oltre a cancerogenesi).

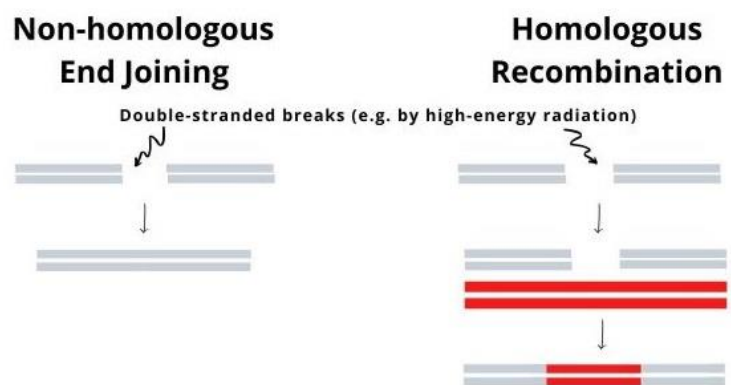
Infine, "vaccinare sé stessi per proteggere gli altri" è falso: l'evidenza clinica ha dimostrato che per proteggere i nonni, i deboli e i propri familiari è meglio non vaccinarsi contro il COVID.

Una gran parte della popolazione era già immune a questo virus (e non avrebbe avuto comunque bisogno di alcuna vaccinazione in quanto aveva già gli anticorpi naturali). Ma a parte il fatto che vaccinare tutta la popolazione nel bel mezzo di una pandemia porta inevitabilmente alla selezione di nuove varianti, non si capisce l'ostinazione nel volere vaccinare il 100% delle persone. Serve sempre un gruppo di controllo se si vogliono fare studi scientifici riguardo l'efficacia e la sicurezza di un farmaco. Già sarà molto difficile fare studi seri, perché ci sono persone che sono state vaccinate con un tipo di vaccino, altre vaccinate con un altro tipo, altre ancora che hanno ricevuto prima un vaccino e poi un tipo diverso; bisognerà anche tenere conto di età, sesso, peso corporeo, tipo di alimentazione, stili di vita, fumo, attività fisica, patologie associate, farmaci assunti, dosi di vaccino ricevute (tutti elementi di confondimento che renderanno molto difficile ottenere dei risultati attendibili). I bambini e gli adolescenti avevano un rischio praticamente zero di ammalarsi di una forma grave e le donne in gravidanza non avrebbero dovuto essere vaccinate in assenza di dati certi (la stessa vaccinazione anti-HPV – che è stata introdotta da quasi 20 anni – viene tuttora sconsigliata in gravidanza).

Avere dei dubbi è lecito. La medicina avanza a punti interrogativi e non a punti esclamativi.

Meccanismi di riparazione del DNA

Quando si verificano rotture di entrambi i filamenti della doppia elica del DNA, esistono due possibili meccanismi di riparazione: la saldatura delle estremità non omologhe (*Non-Homologous End-Joining, NHEJ*) e la riparazione per ricombinazione o riparazione assistita da stampo o ricombinazione omologa (*Homologous Recombination, HR*):



La riparazione del DNA è un processo che opera costantemente nelle cellule; essa è essenziale alla sopravvivenza in quanto protegge il genoma da danni e mutazioni nocive. Nelle cellule umane, sia le normali attività metaboliche che i fattori ambientali (quali i raggi UV) possono causare danno al DNA, determinando almeno 500.000 singole lesioni molecolari per cellula al giorno. Tali lesioni provocano danno strutturale alla molecola di DNA, e possono alterare in maniera drammatica il modo in cui la cellula legge le informazioni contenute nei suoi geni. Di conseguenza, il processo di riparazione del DNA deve lavorare in continuazione per correggere qualsiasi danno nella struttura del DNA. Quando la cellula invecchia tuttavia, la velocità di riparazione del DNA decresce fino a che non può tenere più il passo con la creazione del danno al DNA. A quel punto la cellula va incontro a uno di tre possibili destini:

- uno stato di dormienza irreversibile, detto senescenza
- il suicidio della cellula chiamato apoptosi o morte cellulare programmata
- la carcinogenesi, ossia la formazione del cancro

La proteina Spike entra nel nucleo e può danneggiare la replicazione del DNA: questo danno può accumularsi a lungo termine, per cui gli eventi avversi (morte improvvisa, trombosi, cancro, malattie neurologiche, malattie autoimmuni) possono manifestarsi a distanza di anni.

Costruzione del vaccino

Nei vaccini a RNA la proteina Spike è stata modificata allo scopo di ottenere una risposta immune più forte. Ciò viene perseguito attraverso una mutazione genetica. Innanzitutto nell'mRNA sintetico del gene Spike, un nucleoside (uridina) è stato sostituito con una *pseudouridina*, allo scopo di stabilizzare l'mRNA e permettere così una produzione di livelli elevati di proteina Spike.

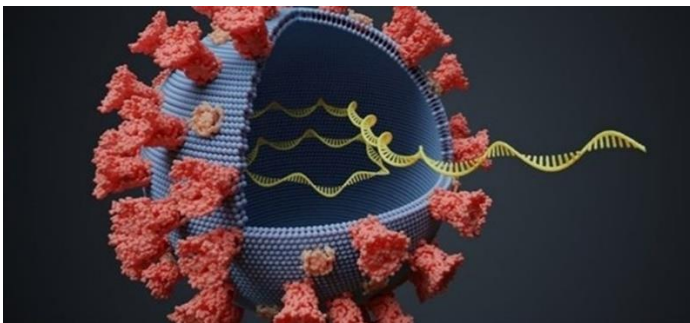
Inoltre, poiché i virus tendono ad avere un minore contenuto in *citosina* e *guanina* rispetto al genoma umano, queste due basi azotate sono state arricchite a discapito di adenina e uracile, allo scopo di aumentare l'inganno che questa proteina sia una proteina umana.

Tutte queste modifiche sono state fatte per impedire la disgregazione dell'RNA.

L'mRNA viene inserito in *nanoparticelle lipidiche* e queste inducono una forte risposta infiammatoria. Queste nanoparticelle lipidiche sono agenti transfettanti, cioè in grado di inserire materiale genetico nel nucleo delle cellule.

Gli attuali vaccini a mRNA sono somministrati per via intramuscolare e notoriamente i muscoli contengono una vastissima rete di vasi sanguigni che reclutano cellule immunitarie. L'mRNA si sposta dal sito di iniezione ai linfonodi drenanti: la rapida infiltrazione di cellule immuni può portare a una linfadenopatia ascellare. Ma in realtà l'mRNA si distribuisce in tutta la circolazione.

Sempre allo scopo di impedirne la degradazione, l'mRNA viene inserito nelle nanoparticelle lipidiche unitamente al *polietilenglicole* (PEG). Mentre alte dosi di PEG non causano reazioni allergiche, basse dosi possono portare a una drammatica attivazione immunitaria patologica, anafilassi, fino ad arrivare allo shock anafilattico. Benché rare, le reazioni anafilattiche possono essere potenzialmente mortali. Anticorpi anti-PEG sono molto diffusi nella popolazione. Anticorpi anti-PEG preesistenti si associano a reazioni più frequenti e più gravi in seguito a una nuova esposizione. Mentre reazioni anafilattiche alle vaccinazioni prima di questi 'vaccini' COVID-19 erano riportate con un tasso di meno di 2 casi per milione di vaccinazioni, con i 'vaccini' attuali COVID-19 il tasso riportato è di oltre 11 casi per milione.



Infine è noto che l'infiammazione cronica favorisce la genesi dei tumori.

La modifica del mRNA frena il sistema immunitario innato e ciò ha effetti a cascata che non sono stati studiati. Uno di questi possibili effetti è il danno a carico dei sistemi di sorveglianza del cancro e ciò significa che il rischio di sviluppare una forma molto aggressiva di cancro è aumentata, in quanto è il nostro sistema immunitario quello che mantiene il controllo dei tumori. Questi farmaci a mRNA alterano il segnale delle cellule del sistema immunitario e ciò si traduce in un danneggiamento globale della sorveglianza sul cancro.

C'è il rischio che l'mRNA venga integrato nel nostro genoma, attraverso la transcriptasi inversa. Ma soprattutto i vaccini Pfizer e Moderna sono contaminati da DNA (questo vettore DNA è quello usato come modello per la reazione di trascrizione in vitro utilizzata per la costruzione dell'mRNA). Ciò potrebbe essere la causa di alcuni dei rari ma gravi effetti collaterali, come la morte improvvisa per arresto cardiaco. Questi plasmidi di DNA possono integrarsi nei genomi delle cellule transfettate. Ci sono tanti plasmidi di DNA nei vaccini, provenienti dal processo di produzione dei vaccini a mRNA (la contaminazione rappresenta il 30% del materiale genetico contenuto in una singola fiala).

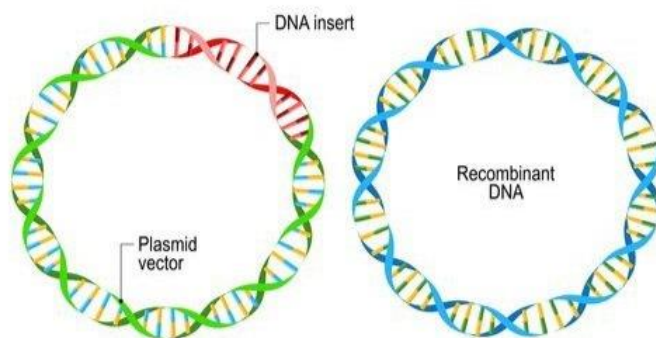
C'è un rischio molto reale di modificazione del genoma delle cellule staminali, che potrebbe causare un attacco autoimmune prolungato verso un determinato tessuto.

C'è anche un rischio teorico di sviluppo di futuri cancro in alcuni soggetti, a seconda del frammento di DNA e del sito di integrazione. Le particelle nanolipidiche non stanno nel braccio, ma si diffondono per via sistemica entro 48 ore (cuore, fegato, midollo osseo, milza, cervello, ovaie, testicoli, polmone, rene, occhi), con effetti tremendi sul sistema immunitario. E quando un soggetto viene esposto ripetutamente allo stesso antigene, l'organismo inizia a produrre un tipo diverso di anticorpi, chiamati immunoglobuline **IgG4**, che può generare una tolleranza immunitaria verso quell'antigene (spostamento anticorpale o "*IgG4 antibody shift*").

Non vengono più prodotte le immunoglobuline IgG1 e IgG3, che sono gli anticorpi che realmente gestiscono le infezioni virali ma anche la sorveglianza del cancro. Pertanto quel soggetto avrà più probabilità di infettarsi non solo con il COVID-19 o con altri virus, ma allo stesso modo diminuirà la sua sorveglianza sul cancro.

Vettore nanolipidico

Molti laboratori in tutto il mondo hanno dimostrato che questi vaccini COVID contengono livelli terapeutici di *DNA plasmidico* (il DNA dura per sempre e se si integra nel genoma il suo prodotto verrà prodotto per sempre).



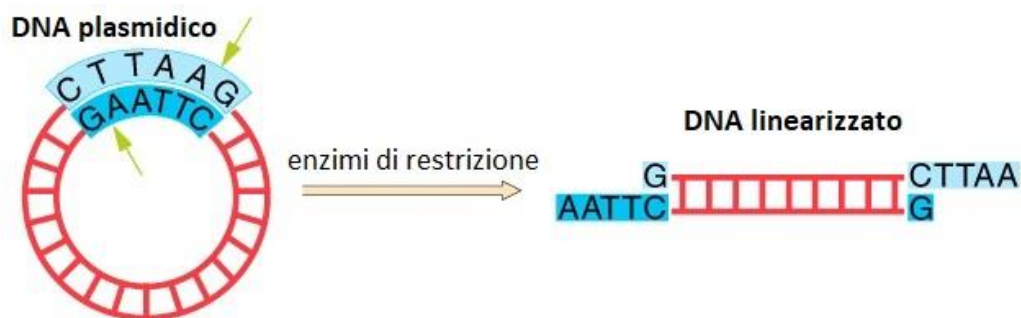
Il DNA plasmidico è costituito da *anelli di DNA* che viene replicato in grandi vasche per poi essere utilizzato per creare l'mRNA che entra nei vaccini "a breve durata". Si tratta di uno strumento di laboratorio e non dovrebbe mai essere presente in un farmaco iniettato nell'uomo.

Plasmidi di DNA (contenenti l'intera sequenza della proteina Spike) sono stati inseriti nel batterio *Escherichia Coli* per la produzione massiccia dell'mRNA (l'*Escherichia Coli* replica qualunque cosa). Poi i batteri vengono distrutti e il DNA retrotrascritto in mRNA, che poi viene purificato e inserito nelle nanoparticelle lipidiche: purtroppo invece queste sequenze di DNA non sono state distrutte e sono rimaste nel vaccino. Cioè, durante il processo di costruzione dei vaccini hanno tritato i plasmidi per cercare di eliminarli, ma così facendo hanno in realtà aumentato il rischio di una modificazione genomica. Se del DNA estraneo si inserisce nel genoma umano può scatenarsi di tutto: il rischio peggiore è ovviamente il cancro. Questo perché il cancro è una situazione dove il controllo della crescita cellulare e la replicazione risulta disturbata. La "oncogenesi inserzionale" è quella che si verifica quando un cancro è causato dall'inserzione di frammenti aggiuntivi di DNA in aree del DNA che interrompono la regolazione dei meccanismi di quel DNA. Questi frammenti sono presenti in miliardi di copie in questi vaccini.

Il DNA plasmidico dovrebbe essere rapidamente distrutto dagli enzimi circolanti. Il problema nasce proprio quando viene incapsulato nelle particelle nanolipidiche, perché allora non viene distrutto e

in qualunque organismo venga iniettato può reagire in modo analogo a quello dei batteri E. Coli. Quindi la presenza di un DNA plasmidico che era stato ideato per i batteri (che include geni antibiotico-resistenti che non si vorrebbero iniettare nel nostro organismo) che va a contaminare la terapia RNA è un fatto sconvolgente.

L'aver frammentato i plasmidi di DNA comporta il fatto che questi non siano più circolari, bensì lineari. Il 10-20% dei frammenti linearizzati di DNA si integra nel genoma (e ce ne sono miliardi). Semplicemente l'aver linearizzato i plasmidi ha aumentato significativamente l'incorporazione nel genoma. Avere ridotto il plasmide in frammenti lineari, non lo distrugge: ne rende più facile l'integrazione nel genoma. Quindi questa contaminazione causa molto facilmente l'inserimento del DNA plasmidico nel DNA dell'organismo umano. Ciò provoca la produzione di proteina Spike per sempre. Questo spiega anche perché alcune persone muoiono all'improvviso anche a distanza di anni.



Infine, è stato dimostrato che i plasmidi di DNA contenevano anche un codice genetico aggiuntivo che è un promotore del virus **SV40** (*Scimian Virus 40*), che è un virus che causa il cancro nell'uomo (cancro cerebrali, linfomi e tumori ossei, a seconda di dove la sequenza viene inserita nel DNA) e che non doveva assolutamente esserci.

Mentre il processo che dall'RNA fa produrre la proteina avviene immediatamente quando l'mRNA è stato prodotto (o introdotto) nella cellula, affinché il DNA induca trascrizione e poi traduzione occorre che vi sia un segnale da parte di un promotore (che può rispondere a segnali locali e iniziare il processo di trascrizione), cioè deve essere "regolato" perché non sia sempre attivo.

Il *promotore* è qualcosa che istruisce l'apparato cellulare a replicare quel pezzettino di DNA. E se questo pezzettino si inserisce nel nostro DNA può causare cancro in alcune persone, a seconda di dove si inserisce nel DNA (attivazione di un oncogene o inattivazione di un gene oncosoppressore).

Il promotore SV40, un virus della scimmia, è stato ritrovato nei vaccini. Questo è un virus molto oncogenico. Agisce facendo partire il segnale che scatena la produzione della proteina a cui è collegato. Quindi se un promotore entra nel genoma vicino a un gene del cancro, si può causare un cosiddetto "turbo cancro", cioè una forma estremamente aggressiva di cancro.

Infine, la ritenzione del *sito di clivaggio della furina* come parte della proteina Spike – altamente infiammatoria e che non doveva essere presente nel vaccino – ha fornito un metodo aggiuntivo con il quale qualsiasi frammento di DNA che era presente potesse essere trasportato al nucleo e integrato nel genoma.

"Spike protein once it's physically in a cell is as alive as the cell"

ADE

Il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE: *Antibody-Dependent Enhancement*) è un fenomeno nel quale il legame tra virus e anticorpi non-neutralizzanti migliora l'ingresso del virus nelle cellule e talvolta anche la sua replicazione. Quando bassi livelli di anticorpi non-neutralizzanti (presenti per una pregressa infezione o vaccinazione) non sono in grado di neutralizzare il virus ma tuttavia si

legano ad esso, questi “complessi antigene-anticorpo” si attaccano alla superficie cellulare facilitando l’ingresso del virus nella cellula, aumentando l’infettività del virus e raramente ciò può comportare una tempesta citochinica che provoca danni tissutali locali molto diffusi.

Così come anticorpi preesistenti, indotte da una pregressa vaccinazione, contribuiscono a gravi danni polmonari da SARS-CoV-2 nei macachi, allo stesso modo anticorpi specifici della proteina Spike possono contribuire alla gravità della malattia in corso di infezione SARS-CoV-2.

Vaccinando percentuali sempre crescenti di ragazzi e giovani adulti c’è la possibilità che il fenomeno ADE sia innescato a seguito di una futura infezione SARS-CoV-2 o di una dose di richiamo del vaccino. I vaccini a mRNA consegnano la proteina Spike altamente antigenica alle cellule presentanti l’antigene. Anticorpi monoclonali della proteina Spike umana producono elevati livelli di anticorpi con reattività crociata contro proteine umane endogene.

Gli anticorpi verso la proteina Spike contribuiranno al fenomeno ADE innescato da una precedente esposizione a SARS-CoV-2 per via dell’infezione o della vaccinazione. Il risultato è il manifestarsi di condizioni autoimmuni e infiammatorie acute o croniche.

Priming, Malattia infiammatoria multisistemica, Autoimmunità

Una pregressa esposizione al virus o una pregressa vaccinazione, in grado di iniziare una produzione anticorpale mirata a proteine umane endogene omologhe a quelle virali, possono giocare un ruolo nello sviluppo di una malattia più grave, specialmente negli anziani.

Si è anche potuto dimostrare come la proteina Spike sia in grado di scatenare un’ampia serie di malattie autoimmuni. Anticorpi con alta affinità di legame verso la proteina Spike e altre proteine hanno anche alta affinità di legame con proteine implicate nella genesi del morbo celiaco, tiroidite di Hashimoto, sclerosi multipla (malattie che normalmente impiegano anni prima di manifestarsi).

Nella sindrome infiammatoria multisistemica sono stati ritrovati elevati tassi anticorpali di immunoglobuline IgG della proteina Spike.

La stretta omologia fra antigeni virali e autoantigeni può spiegare perché l’autoimmunità venga spesso riconosciuta come una sequela del COVID-19 (porpora trombocitopenica idiopatica, sindrome di Guillain-Barré, anemia emolitica autoimmune, lupus eritematosus sistemico, etc.).

Uno dei potenziali effetti collaterali della vaccinazione di massa potrebbe essere l’emergere di malattie autoimmuni specialmente in soggetti geneticamente predisposti.

Autoanticorpi verso una gran varietà di recettori e tessuti si ritrovano in soggetti con pregressa infezione SARS-CoV-2: la diversità di questi autoanticorpi che hanno attività sia agonista che antagonista sui recettori bersaglio, si correla fortemente con i sintomi post-COVID-19, tipo tachicardia, bradicardia, alopecia, disturbi da deficit dell’attenzione, tachicardia posturale ortostatica, neuropatie e altri.

In definitiva, la proteina Spike del SARS-CoV-2 presenta un’estesa sequenza di omologia con multiple proteine umane endogene e può predisporre il sistema immunitario verso lo sviluppo di malattie infiammatorie e autoimmuni. Alcuni eventi potrebbero non manifestarsi per mesi o per anni dopo l’esposizione alla proteina Spike, esposizione dovuta o all’infezione naturale o alla vaccinazione.

I soggetti insensibili al COVID-19 hanno probabilmente un’immunità innata molto forte. La barriera mucosale elimina i virus, spesso senza nemmeno il bisogno di produrre anticorpi da parte dell’immunità adattativa. Tuttavia il vaccino bypassa intenzionalmente e completamente il sistema immune mucosale, sia per il fatto che viene iniettato direttamente oltre le barriere mucosali naturali sia per la sua configurazione artificiale come nanoparticella di RNA. Quindi questi soggetti sani potrebbero trovarsi a dover affrontare in futuro una malattia autoimmune cronica, come conseguenza di un’eccessiva produzione anticorpale in risposta al vaccino.

In conclusione, a differenza dell’infezione naturale che ha effetto protettivo, nei soggetti vaccinati si verifica un’eccessiva reazione immunitaria con rischio di malattie autoimmuni, ivi comprese la sindrome di Sjögren, la vasculite leucocitoclastica della pelle e la malattia di Hashimoto.

Milza, Piastrine e Trombocitopenia

Casi di porpora trombocitopenica idiopatica (o trombocitopenia immune) sono stati descritti dopo la vaccinazione SARS-CoV-2.

La concentrazione di mRNA dopo vaccinazione è risultata massima a livello del sito di iniezione muscolare, del linfonodo prossimale, della milza e del fegato. Ciò significa che l'mRNA si distribuisce a partire dal sito di iniezione al fegato e alla milza attraverso il sistema linfatico, raggiungendo alla fine la circolazione sanguigna e purtroppo anche il cervello (benché a minori concentrazioni). La stessa EMA ha riportato come dopo vaccinazione con vaccino Moderna, l'mRNA sia stato rilevato nel cervello dopo iniezione intramuscolare. La trombocitopenia immune che si verifica come complicazione della COVID-19, può realizzarsi anche dopo vaccinazione per migrazione di cellule immuni con un carico di nanoparticelle mRNA per via linfatica fino alla milza. Inizialmente appaiono petecchie sulla pelle o sanguinamenti da superfici mucose, con elevata mortalità per emorragia o ictus. L'aumentata distruzione di piastrine e la loro ridotta produzione è dovuta al fatto che le piastrine sono ricoperte da anticorpi anti-piastrine e complessi immuni che inducono la loro eliminazione da parte dei fagociti. Ciò comporta anche la soppressione della produzione di megacariociti da parte del midollo osseo, che sono i precursori delle piastrine. Le piastrine utilizzano la autofagia per eliminare i virus. Un disturbo dell'autofagia è una caratteristica della trombocitopenia immune e può essere la chiave dell'attacco autoimmune alle piastrine.

La milza è il sito primario per la distruzione delle piastrine durante la trombocitopenia immune. Dopo aver inglobato i virus, le piastrine stimolano i granulociti neutrofili a rilasciare il loro DNA tramite filamenti di materiale nucleare extracellulare (*Neutrophil Extracellular Traps* o NETs) e il DNA in eccesso fa partire una cascata protrombotica.

Attivazione di un Herpes Zoster latente

Dopo vaccinazione Pfizer è stato osservato un incremento significativo di Herpes Zoster.

Ciò si verifica verosimilmente perché i vaccini a mRNA sopprimono la risposta immunitaria innata.

Tossicità della proteina Spike

SARS-CoV-2 ha gravi effetti sulla vascolarizzazione di molti organi, incluso il cervello. La proteina Spike facilita l'ingresso del virus nella cellula ospite legandosi all'ACE2 nella membrana cellulare. L'ACE2 è una proteina che spacca l'angiotensina II in angiotensina 1-7, eliminando l'angiotensina II e abbassando la pressione arteriosa. Ebbene, la subunità S1 della proteina Spike sopprime l'ACE2, causando una condizione che assomiglia all'ipertensione polmonare. La proteina Spike da sola, senza il resto del virus, riduce l'espressione di ACE2, aumenta il livello di angiotensina II e va ad esacerbare il danno polmonare.

La trasmissione del segnale innescato nella vascolarizzazione cardiaca può causare cardiopatia coronarica, mentre l'attivazione a livello cerebrale può causare ictus. È prevista anche ipertensione sistemica. La capacità della proteina Spike di promuovere ipertensione arteriosa polmonare può predisporre i pazienti guariti dalla SARS-CoV-2 a sviluppare in seguito insufficienza ventricolare destra. Allo stesso modo un effetto simile può verificarsi in seguito ai vaccini a mRNA.

È anche stato dimostrato che pseudovirus (cioè proteine S1 di SARS-CoV-2 prive del DNA virale) erano in grado di legarsi ai recettori di ACE2 endoteliali causando danno mitocondriale. Quindi la proteina Spike da sola, non associata al resto del genoma virale, è sufficiente a causare il danno endoteliale associato alla COVID-19 (endotelite).

Sintomi neurologici come cefalea, nausea, vertigini, encefalite, coaguli cerebrali, sono tutti indicatori di effetti virali dannosi a livello cerebrale. L'ACE2 è espressa in modo ubiquitario nelle cellule endoteliali dei capillari cerebrali. La proteina Spike da sola scatena la risposta pro-infiammatoria a livello delle cellule endoteliali cerebrali, il che può spiegare le conseguenze neurologiche della malattia.

Le implicazioni di queste osservazioni sono preoccupanti, in quanto i vaccini a mRNA inducono la sintesi della proteina Spike, che quindi può agire in modo analogo per danneggiare il cervello.

La proteina Spike generata dal vaccino può anche avere un impatto negativo a livello dei testicoli, dato che il recettore ACE2 è fortemente espresso nelle cellule di Leydig dei testicoli. La proteina Spike può infatti avere accesso alle cellule testicolari attraverso il recettore ACE2 e interferire con la riproduzione maschile. La proteina Spike è stata rilevata post mortem per COVID-19 nelle cellule interstiziali dei testicoli di pazienti con danno testicolare.

Malattia da Prioni e malattie neurodegenerative

Le malattie da prioni (*PR*oteinaceous *I*nfective *ONLY* particles = particelle infettive solamente proteiche) sono una serie di malattie neurodegenerative che sono indotte da mutazioni di importanti proteine corporee che formano oligonucleotidi tossici che alla fine precipitano in forma di fibrille che causano diversi danni ai neuroni. Molte malattie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, il Parkinson, la sclerosi laterale amiotrofica vengono oggi annoverate fra le malattie da prioni. Specifiche particelle proteiche infettive sono state identificate e associate a queste neuropatie.

I vaccini a mRNA sono progettati con una sequenza alterata che rimpiazza due aminoacidi adiacenti con un paio di proline: ciò è stato fatto intenzionalmente allo scopo di impedire che la proteina si fonda con la membrana cellulare. Questo è un passaggio pericoloso verso mutazioni che potrebbero potenzialmente portare a una malattia da prioni.

La proteina Spike nei vaccini a mRNA può causare malattie da prioni, in parte per la sua capacità di legarsi a molte proteine conosciute e indurle a trasformarsi in potenziali prioni.

La proteina S1 è in grado di formare aggregati tossici che possono agire come semi per aggregare molte altre proteine mutate cerebrali, portando alla fine a malattie neurodegenerative.

La forma della proteina Spike nel SARS-CoV-2 ha regioni prioniche che non sono presenti nelle proteine Spike di altri coronavirus.

Nel processo di produzione del vaccino Pfizer si creano frammenti di RNA che vengono rapidamente degradati all'interno della cellula. Tuttavia mancano dati che escludano con certezza la possibilità di espressione di proteine.

La malattia di Parkinson è associata al deposito di corpi di Lewy nell'encefalo e la proteina principale presente in tali corpi è la alfa-Sinucleina. Il nervo vago ha un ruolo critico nella trasmissione di proteine mutate a livello cerebrale, tant'è vero che la resezione di questo nervo (vagotomia) protegge dal Parkinson. Un'altra via è rappresentata dal nervo olfattivo, e un senso di perdita dell'olfatto è infatti un sintomo precoce della malattia di Parkinson. Una diminuzione del senso dell'olfatto è anche un sintomo comune dell'infezione da SARS-CoV-2.

Ci sono molti parallelismi fra l'alfa-Sinucleina e la proteina Spike, che suggeriscono la possibilità di malattia da prioni a seguito della vaccinazione.

I vaccini a mRNA inducono una situazione ideale per la formazione di prioni dalla proteina Spike e il loro trasporto tramite esosomi lungo il nervo vago fino al cervello. I prioni che si accumulano nel citoplasma sono impacchettati in particelle lipidiche che vengono rilasciate come esosomi.

Uno studio ha dimostrato come anticorpi da plasma convalescente somministrati a pazienti affetti da COVID-19 potessero accelerare il tasso di mutazioni del virus in soggetti debilitati, perché questi divenivano incapaci di eliminare completamente il virus a causa della loro debole risposta immunitaria. Ciò ha consentito una sorta di "sopravvivenza del più forte" favorendo l'insediamento nell'organismo di un nuovo ceppo resistente agli anticorpi. Una replicazione virale protratta ha portato a un'evasione da parte del sistema immunitario: ceppi virali resistenti possono potenzialmente diffondersi molto velocemente in una popolazione non esposta.

Ovviamente ripetute iniezioni di vaccino in un paziente immunodepresso comportano il rischio di nuove varianti codificate nei vaccini. Questo è un "braccio di ferro" che siamo destinati a perdere.

Inclusione permanente del gene della proteina Spike nel DNA umano

Il classico modello DNA, RNA, proteina è falso. Una vasta gamma di virus chiamati retrovirus possiedono geni in grado di catalizzare la sintesi di DNA usando come stampo una molecola di RNA, grazie ad un enzima che è la transcriptasi inversa (DNA polimerasi RNA-dipendente).

Tale enzima non è presente solo nei retrovirus: oltre un terzo del genoma umano è deputato ad elementi di DNA mobili chiamati *SINEs* e *LINEs* (*short and long interspersed nuclear elements*). Questi ultimi forniscono capacità di transcriptasi inversa per convertire l'RNA in DNA, mentre i primi forniscono il supporto necessario ad integrare il DNA nel genoma, così da mantenere il nuovo gene per le generazioni future.

SINEs e *LINEs* fanno parte di una più ampia classe di elementi genici chiamati *retrotrasposoni*. I retrotrasposoni (detti anche geni salto, "*jumping genes*") sono in grado di copiare e incollare il loro DNA in un nuovo sito del genoma, attraverso un intermediario dell'RNA, introducendo alterazioni genetiche in tale processo. I retrotrasposoni possono espandere il loro dominio di generazione in generazione e possono anche importare RNA da una sorgente esterna all'interno del DNA dell'ospite. La ricombinazione fra RNA esogeno e retrotrasposoni si traduce nella trascrizione invertita dell'RNA virale e nella sua integrazione nel genoma dell'ospite.

L'mRNA dei nuovi vaccini SARS-CoV-2 può essere trasmesso da una generazione all'altra grazie all'aiuto delle *LINEs* espresse nello sperma, tramite DNA non integrato incapsulato in plasmidi.

L'RNA contenuto nei vaccini a mRNA può essere trasferito nel genoma umano con l'assistenza di retrovirus. Retrovirus endogeni umani (*HERVs*) sono segmenti benigni di DNA dell'uomo che assomigliano strettamente ai retrovirus e che possono divenire sequenze permanenti all'interno del genoma umano attraverso un processo di integrazione da quello che era originariamente un retrovirus esogeno. Retrovirus endogeni sono abbondanti in tutti i vertebrati ed occupano circa il 5-8% del genoma umano.

Durante la gravidanza, il feto esprime un altro retrovirus endogeno, l'*HERV-R*, che lo protegge dall'attacco immune da parte della madre. Elementi retrovirali endogeni assomigliano molto ai retrotrasposoni e la loro transcriptasi inversa, quando viene espressa, ha la capacità teorica di convertire l'RNA della proteina Spike contenuta nei vaccini a mRNA in DNA.

Gli esseri umani sono colonizzati da una vasta serie di retrovirus esogeni che in molti casi non provocano danni all'ospite, anzi a volta possono essere simbiotici. Virus esogeni possono essere convertiti in virus endogeni (incorporati in modo permanente nel DNA dell'ospite) in laboratorio.

I *LINEs* da soli compongono più del 20% del genoma umano. Il *LINE-1* codifica una transcriptasi inversa che regola processi biologici fondamentali. Il *LINE-1* viene espresso in molti tipi di cellule, ma a livelli particolarmente elevati nello sperma. Lo sperma può retrotrascrivere RNA esogeno direttamente in DNA e può trasportare plasmidi impacchettando questo DNA incapsulato alla cellula uovo fecondata. Questi plasmidi sono in grado di autopropagarsi all'interno dell'embrione che si sviluppa e colonizzare molti tessuti nel feto. Infatti essi possono sopravvivere in età adulta come strutture extracromosomiali e possono essere trasmessi alla progenie.

Inoltre anche gli embrioni esprimono transcriptasi inversa prima dell'impianto, e la sua inibizione causa un arresto dello sviluppo. Il *LINE-1* viene espresso anche nelle cellule tumorali ed il suo silenziamento da parte dell'RNA induce differenziazione in molte linee cellulari cancerogene.

Molti tessuti tumorali esprimono elevati livelli di *LINE-1* e contengono molti plasmidi extracromosomiali nel loro nucleo.

Infine il *LINE-1* è altamente espresso anche da cellule immuni in diverse malattie autoimmuni come il lupus eritematoso sistemico, la sindrome di Sjögren, e la psoriasi.

L'RNA del SARS-CoV-2 può essere retrotrascritto a DNA e integrato nel DNA umano.

Sono state evidenziate chimere contenenti sequenze di DNA virale fuse con sequenze di DNA cellulare in pazienti guariti dalla COVID-19. L'RNA esogeno del virus incorporato nel DNA umano può

produrre frammenti di proteine virali indefinitamente dopo che l'infezione è regredita: ciò può generare risultati falsi positivi ai test PCR.

Una situazione pericolosa può nascere quando una donna vaccinata con un vaccino a mRNA per SARS-CoV-2 concepisca un figlio subito dopo. Lo sperma sarebbe libero di assorbire liposomi contenenti RNA dal vaccino e convertirli in DNA utilizzando LINE-1. Questi produrrebbero plasmidi contenenti il codice per la proteina Spike, che verrebbe assorbita dalla cellula uovo fecondata. Il neonato è potenzialmente incapace di costruire anticorpi verso la proteina Spike, in quanto il suo sistema immunitario la considera come 'self'. Dovesse il neonato venire infettato dal SARS-CoV-2 durante la sua vita, il suo sistema immunitario non sarebbe in grado di provocare una risposta immune contro il virus e probabilmente il virus sarebbe libero di moltiplicarsi all'interno del suo corpo senza alcun vincolo. In tale situazione il neonato diventerebbe un super-diffusore. Si tratta naturalmente di una semplice speculazione, ma un simile scenario non può essere escluso.

Conclusion

È stato tutto programmato dal 2000 in avanti: tutti gli elementi della presunta pandemia erano già stati progettati per creare l'emergenza sanitaria e il suo sfruttamento commerciale e non solo. Si è creata un'influenza con una complicità polmonare (ma comunque curabile come già successo in passato) e la si è aggravata enormemente con la messinscena del "virus sconosciuto".

Anthony Fauci dal 2016 al 2019 in tutte le riunioni del consiglio consultivo del NIAID si era lamentato del fatto che non riusciva a trovare un modo per convincere la gente ad accettare il vaccino antinfluenzale universale, che era il suo obiettivo. Anthony Fauci ha inoltre cercato disperatamente di brevettare vaccini sintetici a RNA pubblicati per l'HIV, ma l'ufficio brevetti li ha sempre rifiutati dicendo sostanzialmente che "un vaccino deve avere altre caratteristiche e cioè la risposta immunitaria prodotta da un vaccino deve essere anche protettiva e deve essere in grado di prevenire l'infezione, mentre questi vaccini non soddisfano tali criteri".

Troppe sono oramai le morti improvvise, le disabilità e lo sviluppo di forme tumorali aggressive in soggetti vaccinati per la COVID, che – fino a prova contraria – sono causate da questi profarmaci.

La cosa più triste di tutta questa vicenda è la progressiva perdita di fiducia che molti hanno iniziato a nutrire verso le vaccinazioni in generale: ciò causerà potenzialmente gravi danni in coloro i quali rifiuteranno di vaccinarsi con qualsiasi altro vero vaccino, per malattie molto serie.

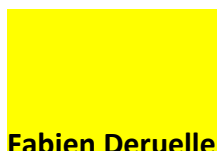
Seguono quattro articoli di estremo interesse, a firma:



Russell Blaylock



Theoretical Neuroscience Research, Editor-in-Chief; Neuroinflammation Section (Surgical Neurology International, USA)



Fabien Deruelle



PhD, Independent Researcher (France)



Stephanie Seneff



Senior Research Scientist (MIT Computer Science and Artificial Intelligence Laboratory, USA)

La pandemia di COVID-19 è uno degli eventi di malattie infettive più manipolati della storia, caratterizzato da bugie ufficiali in un flusso infinito guidato da burocrazie governative, associazioni mediche, ordini dei medici, media e agenzie internazionali. Abbiamo assistito a una lunga lista di intrusioni senza precedenti nella pratica medica, fra cui attacchi a esperti medici, distruzione di carriere mediche fra medici che si rifiutano di partecipare all'uccisione dei loro pazienti e una massiccia irreggimentazione dell'assistenza sanitaria, guidata da individui non qualificati con enorme ricchezza, potere e influenza.

Per la prima volta nella storia americana un presidente, governatori, sindaci, amministratori ospedalieri e burocrati federali stanno determinando trattamenti medici basati non su informazioni accurate scientificamente fondate o addirittura basate sull'esperienza, ma piuttosto per forzare l'accettazione di speciali forme di cura e "prevenzione", fra cui remdesivir, uso di respiratori e infine una serie di vaccini a RNA messaggero essenzialmente non testati. Per la prima volta nella storia del trattamento medico, i protocolli non vengono formulati sulla base dell'esperienza dei medici che trattano con successo il maggior numero di pazienti, ma piuttosto da individui e burocrazie che non hanno mai trattato un singolo paziente, fra cui Anthony Fauci, Bill Gates, EcoHealth Alliance, CDC, OMS, funzionari statali della sanità pubblica e amministratori ospedalieri.

I siti web sono stati rimossi, medici clinici altamente accreditati ed esperti nel campo delle malattie infettive sono stati demonizzati, le carriere sono state distrutte e tutte le informazioni dissenzienti sono state etichettate come "disinformazione" e "bugie pericolose", anche se provenienti dai massimi esperti nei campi della virologia, delle malattie infettive, della terapia intensiva polmonare e dell'epidemiologia. Questi blackout di verità si verificano anche quando queste informazioni sono supportate da ampie citazioni scientifiche di alcuni dei più qualificati medici specialisti del mondo.

Il Dr. Peter McCullough, uno degli esperti più quotati nel suo campo, che ha trattato con successo oltre 2000 pazienti COVID utilizzando un protocollo di trattamento precoce (che i cosiddetti esperti hanno completamente ignorato) è stato vittima di un attacco particolarmente feroce da parte di coloro che beneficiano finanziariamente dei vaccini. Ha pubblicato i suoi risultati su riviste *peer reviewed*, riportando una riduzione dell'80% dei ricoveri e una riduzione del 75% dei decessi utilizzando un trattamento precoce. Né Anthony Fauci, i CDC, l'OMS, né alcuna istituzione governativa medica ha mai offerto alcun trattamento precoce diverso dal paracetamolo (*tachipirina*), idratazione e chiamare un'ambulanza una volta che si aveva difficoltà a respirare. Questo è senza precedenti nell'intera storia delle cure mediche, poiché il trattamento precoce delle infezioni è fondamentale per salvare vite umane e per prevenire gravi complicazioni.

Un'altra tattica senza precedenti è stata quella di rimuovere i medici dissenzienti dalle loro posizioni di redattori di riviste o revisori e ritrattare i loro articoli scientifici dalle riviste anche dopo che questi articoli erano già stati stampati. Stiamo ora assistendo ad un numero crescente di eccellenti articoli scientifici scritti dai massimi esperti del settore, che vengono ritirati dalle principali riviste mediche e scientifiche. Queste riviste si basano su un'ampia pubblicità da parte delle aziende farmaceutiche per le loro entrate. Si sono verificati diversi casi in cui potenti aziende farmaceutiche hanno esercitato la loro influenza sui proprietari di queste riviste per rimuovere articoli che in qualsiasi modo mettano in discussione i prodotti di queste aziende.

Ancora peggio è l'effettiva progettazione di articoli medici per la promozione di farmaci e prodotti farmaceutici che coinvolgono studi falsi, i cosiddetti *articoli ghostwritten*. Questi articoli, provati fraudolenti, sponsorizzati da giganti farmaceutici, sono apparsi regolarmente nelle principali riviste cliniche, come *JAMA* e il *New England Journal of Medicine*, senza mai venire rimossi nonostante l'abuso scientifico comprovato e la manipolazione dei dati. Gli articoli *ghostwritten* implicano l'utilizzo di società di pianificazione il cui compito è quello di progettare lavori contenenti dati manipolati per supportare un prodotto farmaceutico e quindi far accettare questi articoli da riviste

cliniche ad alto impatto. Il *Guardian* ha trovato 250 aziende impegnate in questo business di *ghostwriting*. Il passo finale nella progettazione di questi articoli per la pubblicazione sulle riviste più prestigiose è quello di reclutare esperti medici ben riconosciuti da prestigiose istituzioni per fare aggiungere il loro nome a questi articoli. Questi autori medici reclutati vengono pagati dopo aver accettato di aggiungere il proprio nome agli articoli pre-scritti, oppure lo fanno per il prestigio di avere il nome citato su un articolo di una prestigiosa rivista medica.

Per quanto riguarda le informazioni messe a disposizione del pubblico, praticamente tutti i media sono sotto il controllo di questi giganti farmaceutici o di altri che stanno beneficiando di questa "pandemia". I media televisivi ricevono la maggior parte del loro budget pubblicitario dalle aziende farmaceutiche internazionali.

Esperti di fama mondiale in tutti i campi delle malattie infettive sono stati esclusi dall'esposizione mediatica e dai *social media* se in qualche modo deviavano contro le bugie e le distorsioni inventate dai produttori di questi vaccini. Mentre questi attacchi alla libertà di parola sono abbastanza terrificanti, ancora peggio è il controllo praticamente universale che gli amministratori ospedalieri hanno esercitato sui dettagli delle cure mediche negli ospedali. Mai nella storia della medicina americana gli amministratori ospedalieri hanno dettato ai propri medici come praticare la medicina e quali farmaci poter usare. I CDC non hanno l'autorità di dettare agli ospedali o ai medici i trattamenti sanitari. Ciononostante, la maggior parte dei medici ha rispettato questi protocolli senza la minima resistenza.

Il *Care Act* federale ha incoraggiato questo disastro umano offrendo a tutti gli ospedali statunitensi fino a 39.000 dollari per ogni paziente in terapia intensiva intubato, nonostante il fatto che dall'inizio fosse ovvio che i respiratori erano una delle principali cause di morte di questi pazienti ignari e fiduciosi. Inoltre, gli ospedali hanno ricevuto 12.000 dollari per ogni paziente ricoverato in terapia intensiva. Lasciare che i pazienti si deteriorassero fino al punto di aver bisogno di un ricovero in ospedale significava un sacco di soldi per tutti gli ospedali.

Inoltre è stato dimostrato che la persona asintomatica vaccinata ha un titolo rinofaringeo del virus alto quanto una persona infetta non vaccinata. Se lo scopo dell'obbligo vaccinale è quello di prevenire la diffusione virale fra il personale ospedaliero e i pazienti, allora sono i vaccinati che presentano il maggior rischio di trasmissione, non i non vaccinati. La differenza è che una persona malata non vaccinata non andrebbe al lavoro, il "diffusore" vaccinato asintomatico invece lo farà.

Quando è iniziata questa pandemia, agli ospedali è stato ordinato dai CDC di seguire un protocollo di trattamento che ha provocato la morte di centinaia di migliaia di pazienti, la maggior parte dei quali si sarebbe ripresa se fossero stati consentiti trattamenti adeguati. La maggior parte di questi decessi avrebbe potuto essere prevenuta se i medici fossero stati autorizzati a utilizzare un trattamento precoce con prodotti come l'ivermectina, l'idrossiclorochina e una serie di altri farmaci sicuri e prodotti naturali. È stato stimato, sulla base dei risultati dei medici che hanno trattato con successo la maggior parte dei pazienti COVID, che delle 800.000 persone che ci viene detto siano morte di COVID, 640.000 avrebbero potuto non solo essere salvate, ma in molti casi avrebbero potuto tornare al loro stato di salute pre-infezione se fosse stato somministrato un trattamento precoce con questi metodi comprovati. Questa negligenza del trattamento precoce costituisce un omicidio di massa. Secondo gli studi sul trattamento precoce di migliaia di pazienti da parte di medici coraggiosi e premurosi, dal 75% all'80% delle morti avrebbe potuto essere prevenuta.

Incredibilmente, a questi medici esperti è stato impedito di salvare queste persone infette da COVID-19. Dovrebbe essere fonte di imbarazzo per la professione medica che così tanti colleghi abbiano seguito insensatamente i protocolli mortali stabiliti dai controllori della medicina.

Bisogna anche tenere presente che questo evento non ha mai soddisfatto i criteri per una pandemia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha cambiato i criteri per rendere questa una "pandemia". Per qualificarsi per uno stato di pandemia il virus deve avere un alto tasso di mortalità per la

stragrande maggioranza delle persone, cosa che non ha fatto (con un tasso di sopravvivenza del 99,98%) e non devono esserci trattamenti esistenti noti, che invece di fatto questo virus aveva.

Le misure draconiane stabilite per contenere questa "pandemia" artificiosa non hanno mai dimostrato di avere successo, come le mascherine, i *lockdown* e il distanziamento sociale. Una serie di studi attentamente condotti durante le precedenti stagioni influenzali hanno dimostrato che le mascherine di qualsiasi tipo non avevano mai impedito la diffusione del virus tra il pubblico.

In effetti alcuni studi molto seri hanno suggerito che le mascherine diffondono effettivamente il virus dando alle persone un falso senso di sicurezza, oltre ad altri fattori (come il fatto che le persone non rispettano costantemente la sterilità, toccando la mascherina, la rimozione impropria e la fuoriuscita di aerosol infetti ai bordi della mascherina stessa). Inoltre, le mascherine vengono smaltite nei parcheggi, nelle strade, appoggiate sui tavoli nei ristoranti e messe in tasche e borse.

Entro pochi minuti dall'aver indossato la mascherina, un certo numero di batteri patogeni possono essere coltivati dalle mascherine stesse, mettendo la persona immunosoppressa ad alto rischio di polmonite batterica e i bambini a più alto rischio di meningite. Oltretutto i bambini non hanno essenzialmente alcun rischio di ammalarsi a causa del virus o di trasmetterlo. Infine è anche noto che indossare una mascherina per oltre 4 ore (come accade in tutte le scuole) provoca ipossia significativa (bassi livelli di ossigeno nel sangue) e ipercapnia (alti livelli di CO₂), che hanno una serie di effetti deleteri sulla salute, fra cui la compromissione dello sviluppo cerebrale del bambino.

Strumenti di indottrinamento

Per prevenire una ribellione da parte del pubblico e per evitare che venissero poste grandi domande imbarazzanti, i progettisti di questa pandemia hanno alimentato i media con una serie di tattiche, una delle più comunemente utilizzate era ed è la truffa del "*fact check*". Ad ogni confronto con prove accuratamente documentate, tutti i media "*fact checker*" hanno risposto con l'accusa di "disinformazione" e un'accusa infondata di "teoria della cospirazione". Non ci è mai stato detto chi fossero i *fact checker* o la fonte delle loro informazioni: dovevamo solo credere a loro.

Ecco un elenco di cose che sono state etichettate come "miti" e "disinformazione" e che invece in seguito si sono dimostrate vere:

- i vaccinati asintomatici stanno diffondendo il virus allo stesso modo degli infetti sintomatici non vaccinati
- i vaccini non possono proteggere adeguatamente dalle nuove varianti
- l'immunità naturale è di gran lunga superiore all'immunità vaccinale e dura molto probabilmente per tutta la vita
- l'immunità vaccinale non solo diminuisce dopo diversi mesi, ma tutte le cellule immunitarie sono compromesse per periodi prolungati, mettendo i vaccinati ad alto rischio di tutte le infezioni e di cancro
- i vaccini COVID possono causare un'incidenza significativa di coaguli di sangue ed altri gravi effetti collaterali
- i sostenitori del vaccino avranno bisogno di numerosi richiami man mano che ogni variante apparirà sulla scena
- Fauci insisterà sul vaccino COVID per i bambini piccoli e persino per i neonati
- i passaporti vaccinali (*green pass*) saranno necessari per entrare in un'azienda, volare in aereo e per utilizzare i mezzi pubblici
- ci saranno campi di internamento per i non vaccinati (come in Australia, Austria e Canada)
- ai non vaccinati verrà negato il lavoro
- ci sono accordi segreti tra il governo, le istituzioni elitarie e i produttori di vaccini
- molti ospedali erano vuoti o avevano una bassa occupazione durante la pandemia
- la proteina Spike del vaccino entra nel nucleo della cellula, alterando la funzione di riparazione del DNA cellulare

- centinaia di migliaia di persone sono state uccise dai vaccini e molte altre sono state danneggiate in modo permanente

- il trattamento precoce avrebbe potuto salvare la vita della maggior parte dei deceduti

- la miocardite indotta dal vaccino (che inizialmente era stata negata) è un problema significativo

- lotti speciali mortali di questi vaccini sono mescolati con la massa di altri vaccini COVID-19.

Molte di queste affermazioni da parte di coloro che si oppongono a questi vaccini ora appaiono sul sito web dei CDC, la maggior parte identificate ancora come "miti". Ma oggi ampie prove hanno confermato che ognuno di questi cosiddetti "miti" era in realtà vero.

I vaccinati sono ora noti per essere i principali superdiffusori del virus.

Un'altra tattica dei sostenitori del vaccino è quella di demonizzare coloro che rifiutano di essere vaccinati per una serie di motivi. I media si riferiscono a questi individui che pensano criticamente, come "no vax", "negazionisti di vaccini", "resistenti ai vaccini", "assassini", "nemici del bene superiore" e come quelli che prolungano la pandemia.

Logica, ragionamento e prove scientifiche sono scomparse in questo evento

Le prove scientifiche, gli studi fatti con cura, l'esperienza clinica e la logica medica hanno avuto qualche effetto sull'arresto di questi vaccini inefficaci e pericolosi? Assolutamente no! Gli sforzi draconiani per vaccinare tutti sul pianeta continuano.

Nel caso di tutti gli altri farmaci e dei precedenti vaccini convenzionali in fase di revisione da parte della FDA, la morte altrimenti inspiegabile di 50 o meno individui avrebbe comportato un arresto nell'ulteriore distribuzione del prodotto, come accadde nel 1976 con il vaccino contro l'influenza suina. Con oltre 18.000 decessi segnalati dal sistema VAERS per il periodo 14 dicembre 2020 e 31 dicembre 2021, e 139.126 danneggiati gravi (compresi i decessi) per lo stesso periodo, non c'è ancora interesse a fermare questo programma di vaccini mortali.

La guerra contro farmaci e composti naturali efficaci e riproposti a basso costo e molto sicuri, che hanno dimostrato al di là di ogni dubbio di aver salvato milioni di vite in tutto il mondo, non solo è continuata ma è aumentata di intensità. Ai medici è stato detto che non potevano prescrivere questi composti salvavita ai loro pazienti e che se lo avessero fatto, sarebbero stati rimossi dall'ospedale, la loro licenza medica sospesa, o puniti in molti altri modi. Un gran numero di farmacie si sono rifiutate di adempiere alle prescrizioni per l'ivermectina o l'idrossiclorochina, nonostante il fatto che milioni di persone abbiano assunto questi farmaci in modo sicuro per oltre 60 anni nel caso dell'idrossiclorochina e decenni per l'ivermectina. Diverse aziende che producono idrossiclorochina hanno accettato di svuotare le loro scorte del farmaco donandole allo *Strategic National Stockpile*, rendendo così questo farmaco molto più difficile da reperire. Perché il governo dovrebbe farlo, quando oltre 30 studi ben fatti hanno dimostrato che questo farmaco ha ridotto le morti ovunque dal 66% al 92% in altri paesi, come l'India, l'Egitto, l'Argentina, la Francia, la Nigeria, la Spagna, il Perù, il Messico e altri?

I critici di questi due farmaci salvavita sono spesso finanziati da Bill Gates e Anthony Fauci, i quali stanno guadagnando milioni di dollari da questi vaccini.

Per fermare ulteriormente l'uso di questi farmaci, l'industria farmaceutica e Bill Gates/Anthony Fauci hanno finanziato una ricerca falsa per sostenere che l'idrossiclorochina fosse un farmaco pericoloso e potesse danneggiare il cuore. Per poter dimostrare questo caso fraudolento, i ricercatori hanno somministrato al più grave dei pazienti COVID una dose quasi letale del farmaco, una dose molto più alta di quella utilizzata su qualsiasi paziente COVID.

L'attacco all'ivermectina è stato ancora più feroce di quello contro l'idrossiclorochina.

Questa è una tragedia umana di proporzioni bibliche progettata da alcuni dei più vili, cinici, psicopatici della storia. A complicare tutto ciò, a causa degli obblighi vaccinali tra tutto il personale ospedaliero, migliaia di infermieri e altri operatori sanitari si sono dimessi o sono stati licenziati. Ciò

ha comportato carenze critiche di questi operatori sanitari vitali e pericolose riduzioni dei letti di terapia intensiva in molti ospedali.

I pericoli dei vaccini sono sempre più rivelati dalla scienza

Mentre la maggior parte degli scienziati, virologi, ricercatori di malattie infettive ed epidemiologi sono stati intimiditi nel silenzio, un numero crescente di individui ad alta integrità con un'enorme esperienza, si sono fatti avanti per dire la verità, cioè che questi vaccini possono essere mortali.

Le nuove tecnologie, come i vaccini a mRNA e DNA, richiedono un minimo di 10 anni di test accurati e un ampio follow-up. Questi nuovi cosiddetti vaccini sono stati "testati" per soli 2 mesi e poi i risultati di questi test di sicurezza sono stati e continuano ad essere tenuti segreti.

La Pfizer ha mentito al pubblico e alle agenzie di regolamentazione sul destino del contenuto del vaccino iniettato (il vettore nanolipidico racchiuso nell'mRNA). Hanno affermato che è rimasto nel sito dell'iniezione (la spalla), quando in realtà il loro studio ha scoperto che si è diffuso rapidamente per via ematica in tutto il corpo entro 48 ore.

Queste nanoparticelle lipidiche si sono raccolte in concentrazioni molto elevate in diversi organi, compresi gli organi riproduttivi maschili e femminili, il cuore, il fegato, il midollo osseo e la milza (un importante organo immunitario). La più alta concentrazione era nelle ovaie e nel midollo osseo. Queste nanoparticelle si sono depositate anche nel cervello.

Il Dr. Ryan Cole, un patologo dell'Idaho, ha riportato un drammatico picco di tumori altamente aggressivi tra gli individui vaccinati (non riportato dai media). Ha trovato un'incidenza spaventosamente alta di tumori molto aggressivi in individui vaccinati ("*turbo cancer*"), in particolare melanomi altamente invasivi nei giovani e tumori uterini nelle donne. Altre segnalazioni di attivazione di tumori precedentemente controllati stanno comparando anche fra i pazienti oncologici che sono stati vaccinati.

L'alta concentrazione di proteine Spike trovate nelle ovaie nello studio di biodistribuzione potrebbe benissimo compromettere la fertilità nelle giovani donne, alterare il ciclo mestruale e potrebbe metterle ad aumentato rischio di cancro ovarico. L'alta concentrazione nel midollo osseo potrebbe anche mettere i vaccinati ad alto rischio di leucemia e di linfoma. Si sa che l'infiammazione cronica è intimamente legata all'induzione, alla crescita e all'invasione del cancro e questi vaccini stimolano l'infiammazione.

Studi più recenti hanno dimostrato che questo tipo di vaccino inserisce la proteina Spike all'interno del nucleo delle cellule immunitarie (e molto probabilmente di molti tipi di cellule) e, una volta lì, inibisce due enzimi di riparazione del DNA molto importanti, BRCA1 e 53BP1, il cui compito è quello di riparare i danni al DNA cellulare. Il danno al DNA non riparato svolge un ruolo importante nella genesi del cancro. Uno degli enzimi di riparazione difettosi causati da questi vaccini si chiama BRCA1, che è associato a un'incidenza significativamente più elevata di cancro al seno nelle donne e cancro alla prostata negli uomini.

Gli studi sulla sicurezza condotti da ricercatori e medici con legami con le aziende farmaceutiche sono essenzialmente tutti mal fatti, o deliberatamente progettati per mostrare falsamente la sicurezza e coprire gli effetti collaterali e le complicanze. Come già detto, l'80% di tutti i decessi non erano necessari e avrebbero potuto essere prevenuti riproponendo farmaci economici e sicuri con una storia molto lunga di sicurezza in milioni di persone che li hanno presi per decenni o addirittura per tutta la vita.

Questi vaccini scarsamente testati hanno provocato più morti in meno di un anno di utilizzo rispetto a tutti gli altri vaccini messi insieme negli ultimi 30 anni.

Il Dr. James Thorp, esperto in medicina materno-fetale, ha dimostrato che questi vaccini COVID-19 somministrati durante la gravidanza hanno provocato un'incidenza di aborto spontaneo 50 volte superiore rispetto a quella riportata con tutti gli altri vaccini combinati. Esaminando il suo grafico

sulle malformazioni fetali, vediamo che c'è stata un'incidenza 144 volte maggiore di malformazioni fetali con i vaccini COVID-19 somministrati in gravidanza rispetto a tutti gli altri vaccini combinati.

Hot lots (lotti mortali dei vaccini)

Uno studio ha scoperto che su ogni 200 lotti del vaccino Pfizer e di altri produttori era presente un lotto (che includeva migliaia di dosi di vaccino) che si è dimostrato essere 50 volte più mortale degli altri. Il 5% dei vaccini era responsabile del 90% degli eventi avversi gravi, compresi i decessi.

Tutti i lotti di un vaccino sono numerati. Per esempio quelli di *Moderna* che terminavano con 20A erano molto più tossici di quelli che terminavano con 21A. Questo esempio spiega perché alcune persone hanno avuto pochi o nessun evento avverso dopo aver preso il vaccino, mentre altri sono morti o sono stati gravemente e permanentemente danneggiati.

Ho incontrato e lavorato con un certo numero di persone interessate alla sicurezza dei vaccini e posso dirvi che non sono malvagi "no vax" come viene raccontato. Sono persone altamente di principio, morali e compassionevoli, molte delle quali sono i migliori ricercatori che hanno studiato ampiamente la questione e che non hanno nulla da guadagnare, ma molto da perdere.

Perché Fauci non voleva le autopsie di coloro che sono morti dopo la vaccinazione?

L'unico modo in cui si potevano ottenere rapidamente maggiori conoscenze su questa malattia era l'autopsia e invece ciò veniva scoraggiato. Si sapeva che il motivo per cui c'era una riluttanza a eseguire le autopsie durante la crisi non proveniva dai patologi. La letteratura medica era disseminata di appelli da parte dei patologi per l'esecuzione di più autopsie. Alcuni hanno affermato che questa carenza di autopsie si basava sulla paura del governo di infezione fra i patologi, ma uno studio di 225 autopsie su casi di COVID-19 ha dimostrato solo un caso di infezione a un patologo, che poi si è evinto trattarsi di un'infezione contratta altrove.

Il sospetto sulla riluttanza mondiale delle nazioni a consentire studi *post mortem* completi sulle vittime di COVID-19 può essere basato sull'idea che non sia stato per caso. Ci sono almeno due possibilità che si riconoscono. In primo luogo, coloro che guidavano la progressione di questo evento "non pandemico" in una percepita "pandemia mortale" mondiale, nascondevano un importante segreto che le autopsie potevano documentare. Vale a dire, quante delle morti sono state effettivamente causate dal virus? Per attuare misure draconiane, come l'obbligo di indossare le mascherine, i *lockdown*, la distruzione di aziende e infine la vaccinazione obbligatoria forzata, avevano bisogno di un numero molto elevato di morti infetti da COVID-19: la paura sarebbe la forza trainante di tutti questi distruttivi programmi di controllo della pandemia. Nella stragrande maggioranza degli studi autoptici in seguito effettuati, i patologi hanno notato condizioni di comorbidità multiple, la maggior parte delle quali agli estremi della vita, che potevano essere fatali da sole. Inoltre, dalle autopsie si potrebbero ottenere prove preziose che migliorerebbero i trattamenti clinici e potrebbero eventualmente dimostrare l'effetto mortale dei protocolli obbligatori dei CDC che tutti gli ospedali erano tenuti a seguire, come l'uso di respiratori e il mortale remdesivir, farmaco che distrugge i reni.

Le autopsie hanno anche dimostrato morti provocate dal vaccino e non da altre cause. Ci sono evidenze diffuse di un attacco immunitario agli organi e ai tessuti degli individui sottoposti ad autopsia, in particolare al loro cuore. Una di queste evidenze includeva un'invasione estesa di piccoli vasi sanguigni con un numero enorme di linfociti, che quando si scatena causa una grande distruzione cellulare. Altri organi, come i polmoni e il fegato, hanno mostrato danni ingenti. Questi risultati indicano che i vaccini stanno causando l'attacco dell'organismo verso sé stesso, con conseguenze potenzialmente mortali. Le agenzie regolatorie erano tenute a monitorare attentamente e ad analizzare tutte le gravi complicanze – e sicuramente i decessi – legati a questi vaccini e il modo migliore per farlo era con autopsie complete. Ciò che sarebbe veramente necessario sono studi specifici sui tessuti di coloro che sono morti dopo la vaccinazione per la presenza di infiltrazioni di proteine Spike in tutti gli organi e tessuti. Questa sarebbe un'informazione

cruciale in quanto tale infiltrazione comporterebbe gravi danni a tutti i tessuti e agli organi coinvolti, in particolare il cuore, il cervello e il sistema immunitario. Nei soggetti vaccinati, i nanolipidi iniettati portatori della proteina Spike che produce mRNA, sono la fonte di queste Spike.

Conclusioni

Per la prima volta nella storia medica moderna, il trattamento medico precoce di questi pazienti infetti è stato ignorato a livello nazionale. Gli studi hanno dimostrato che il trattamento medico precoce stava salvando l'80% di questi soggetti infetti se veniva iniziato da medici indipendenti.

Alle famiglie non è stato permesso di vedere i propri cari, costringendo i soggetti ospedalizzati molto malati ad affrontare la morte da soli. Gli anziani infetti sono stati trasferiti intenzionalmente dagli ospedali alle case di cura, con un conseguente tasso di mortalità molto elevato di questi ospiti. All'inizio di questa "pandemia" oltre il 50% di tutti i decessi si verificava nelle case di cura.

Durante questa "pandemia" siamo stati indottrinati con una serie infinita di bugie, distorsioni e disinformazione da parte dei media, dei funzionari della sanità pubblica, delle burocrazie mediche (CDC, FDA e OMS) e delle associazioni mediche. Medici, scienziati ed esperti nei trattamenti infettivi che hanno creato associazioni progettate per sviluppare terapie più efficaci e più sicure, sono stati demonizzati, molestati, svergognati, umiliati e hanno subito una perdita della loro licenza e la perdita dei privilegi ospedalieri.

Le misure draconiane utilizzate, il mascheramento, i *lockdown*, i test dei non infetti, l'uso del test PCR impreciso, il distanziamento sociale e il tracciamento dei contatti, si erano dimostrati in precedenza di scarsa o nessuna utilità durante le precedenti pandemie, ma tutti i tentativi di rifiutare questi metodi non sono andati a buon fine. Anche quando interi paesi come la Svezia, che hanno evitato tutte queste misure, hanno dimostrato tassi di infezioni e ospedalizzazione analoghi alle nazioni con misure più severe e molto draconiane, non si è verificato alcun cambiamento di politica da parte degli organi di controllo.

Gli esperti in psicologia degli eventi distruttivi (come crolli economici, grandi disastri e precedenti pandemie) hanno dimostrato che le misure draconiane hanno un costo enorme in termini di "morti per disperazione" e un drammatico aumento di gravi disturbi psicologici. Gli effetti di queste misure pandemiche sul neurosviluppo dei bambini sono catastrofici e in larga misura irreversibili.

Drastici aumenti dei suicidi, un aumento dell'obesità, un aumento dell'uso di droghe e alcool, un peggioramento di molte misure sanitarie e un terrificante aumento dei disturbi psichiatrici, in particolare depressione e ansia, sono stati ignorati dai decisori che controllano questo evento.

Alla fine abbiamo appreso che molte delle morti erano il risultato di negligenza medica. Gli individui con condizioni mediche croniche, diabete, cancro, malattie cardiovascolari e malattie neurologiche non venivano più seguiti correttamente nei loro ambulatori e negli studi medici. Gli interventi chirurgici non di emergenza sono stati sospesi. Molti di questi pazienti hanno scelto di morire a casa piuttosto che rischiare di andare negli ospedali e molti hanno considerato gli ospedali "case della morte". Il tasso di mortalità per le persone di età compresa fra 18 e 64 anni è aumentato del 40% rispetto al periodo pre-pandemia. Questo è di fondamentale importanza poiché i vaccini avrebbero dovuto ridurre significativamente le morti, mentre invece è successo il contrario.

Siamo stati informati che gli ospedali erano pieni per lo più di non vaccinati e in seguito abbiamo scoperto che era vero l'esatto contrario in tutto il mondo. Ci è stato detto che il vaccino era efficace al 95%, solo per apprendere che in realtà i vaccini causano una progressiva erosione dell'immunità innata. Al rilascio dei vaccini, alle donne era stato detto che questi preparati fossero sicuri in tutte le epoche di gravidanza, solo per scoprire che non erano stati condotti studi sulla sicurezza in gravidanza prima del rilascio del vaccino.

I media hanno riferito al pubblico che il vaccino Pfizer era stato approvato e non doveva più essere classificato come sperimentale, una palese menzogna. Queste bugie mortali continuano ancora.

[74 voci bibliografiche] e-mail: blay6307@gmail.com

Deruelle F. The pharmaceutical industry is dangerous to health. Further proof with COVID-19. *Surg Neurol Int* 2022; 13:475. [Sintesi ampia](#)

L'industria farmaceutica ha un'ampia influenza su ogni aspetto del mondo sanitario, compresi i medici, i pazienti, gli accademici, i media e perfino le istituzioni deputate alla regolamentazione. Circa il 90% degli studi clinici sui farmaci e il 70% degli studi riportati nelle principali riviste mediche sono condotti o commissionati dall'industria farmaceutica. Conflitti di interesse, finanziari, politici, e la corruzione legale sono all'ordine del giorno nell'industria farmaceutica. Queste società non potrebbero agire senza l'intermediario mediatico, responsabile della diffusione e del proselitismo di una scienza inquinata. È noto che le industrie farmaceutiche forniscano informazioni promozionali imprecise e fuorvianti sui loro medicinali, ma anche informazioni imprecise su malattie e rischi di malattia, che possono portare a farmaci non necessari e indurre effetti collaterali causati da questi medicinali.

L'industria farmaceutica paga medici, accademici, riviste, organizzazioni professionali e di pazienti, dipartimenti universitari, giornalisti, regolatori e politici, distribuendo denaro o premi, in cambio della loro approvazione alle politiche aziendali. Le industrie farmaceutiche sono quindi colpevoli di criminalità organizzata, che dovrebbe essere riconosciuta come crimine contro l'umanità. In ultima analisi, l'obiettivo fondamentale delle aziende farmaceutiche non è quello di tutelare la salute della popolazione, ma innanzitutto assicurare ai propri azionisti un ritorno economico sull'investimento.

Gli editori di riviste di scienze mediche conoscono la situazione

Nel 2004 Richard Horton, editore di *Lancet*, ha affermato che le riviste mediche erano diventate operazioni di riciclaggio di informazioni per l'industria farmaceutica. Nel 2005, Marcia Angell, ex redattore del *New England Journal of Medicine (NEJM)*, ha criticato l'industria per essere diventata principalmente una macchina di marketing e per avere cooptato qualsiasi istituzione che potesse ostacolarla. Nel 2005, secondo Richard Smith, ex redattore del *British Medical Journal (BMJ)*, le riviste mediche sono un'estensione del braccio di marketing delle aziende farmaceutiche. Secondo Richard Horton, gran parte della letteratura scientifica, forse la metà, è semplicemente sbagliata.

I maggiori conflitti di interesse per le riviste nascono dalle "ristampe" che vengono acquistate in gran numero dalle case farmaceutiche e poi date ai loro rappresentanti per vendere i loro farmaci.

Pubblicazioni scientifiche

Fino agli anni '80, le sperimentazioni cliniche per le industrie farmaceutiche venivano condotte nelle scuole di medicina e negli ospedali universitari. Successivamente sono subentrate le sperimentazioni cliniche sponsorizzate dalle aziende farmaceutiche, progettate, organizzate, verificate, analizzate e scritte dalle aziende stesse e dai loro subappaltatori. Le aziende farmaceutiche finanziano generosamente *autori fantasma* per preparare il manoscritto, che viene poi inoltrato a uno scienziato riconosciuto nel suo campo, che può essere autorizzato o meno ad apportare modifiche e quindi inviato a una rivista rispettabile per la pubblicazione. Il *ghostwriting* è presente anche nel mondo accademico. Questa gestione può portare a varie frodi, come il fatto di evidenziare solo gli aspetti positivi di un farmaco, omettere gli eventi avversi, enfatizzare i risultati a favore e minimizzare quelli negativi. Le aziende rimodellano e distorcono intere basi di prove a proprio vantaggio. Quindi, quando per esempio ricercatori, responsabili politici e professionisti cercano risposte ai loro problemi nella letteratura, possono, spesso inconsapevolmente, trovare basi di prove inondate di ricerche adattate a vantaggio dell'industria. Le industrie permeano e modellano i sistemi scientifici, accademici e politici, per garantire che questi sistemi funzionino nei loro interessi. Inoltre, per anni, l'industria farmaceutica ha acquistato medici per diventare *key opinion leaders (KOL)* al fine di promuovere i loro prodotti.

COVID 19

La Pfizer è nota per adottare un comportamento criminale persistente e un disprezzo per la salute e il benessere dei pazienti. Pfizer si impegna costantemente in pratiche commerciali illegali,

corrompe i medici e sopprime i risultati sfavorevoli degli studi. In genere le aziende preferiscono non andare in giudizio, ma piuttosto negoziare un accordo che consentirà loro di continuare a negare gli illeciti.

Conflitti di interesse, trattamenti, collaborazione militare e cattiva condotta scientifica

Nonostante gli effetti benefici dell'idrossiclorochina (HCQ) nel trattamento della COVID-19, il governo francese ne ha vietato l'uso sulla base di uno studio fraudolento pubblicato, poi ritirato da *Lancet* pochi giorni dopo. Una dose intenzionalmente elevata di HCQ è stata utilizzata negli studi, nel tentativo di far apparire tossico il farmaco. Inoltre uno studio ha rivelato che durante il periodo COVID-19 c'era una correlazione tra gli importi finanziari ricevuti da *Gilead Sciences* ('remdesivir') dai medici accademici di malattie infettive e la loro pubblica opposizione all'uso di HCQ. I conflitti di interesse che ha causato la disapprovazione di HCQ e ha consentito l'autorizzazione del remdesivir, riguardano medici, organizzatori di eventi medici, editori e studi clinici terapeutici. Nonostante il fatto che il remdesivir non abbia benefici clinici statisticamente significativi e che sia altamente tossico per reni e polmoni, è stato firmato un contratto da un miliardo di euro tra il laboratorio *Gilead* e l'Unione Europea. Poco prima della firma di questo contratto, l'OMS aveva sconsigliato l'uso del remdesivir a causa della sua inefficacia, elevata tossicità renale e costo elevato.

Durante la COVID-19, l'industria farmaceutica ha collaborato con il settore militare attraverso la *Defense Advanced Research Project Agency* (DARPA).

Al fine di consentire i vaccini COVID-19, così come anche il remdesivir, per l'uso in emergenza (EUA), l'efficacia dell'idrossiclorochina e dell'ivermectina è stata sabotata.

Si è anche scoperto che Pfizer ha falsificato i dati degli studi clinici sull'efficacia dei vaccini. La FDA ha concesso l'approvazione all'immissione in commercio del vaccino Pfizer con piena consapevolezza di questi problemi segnalati.

Incongruenze della vaccinazione COVID-19

Nessuno dei test sui vaccini (Pfizer-BioNTech, Moderna, Janssen e AstraZeneca) è stato progettato per rilevare una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri, dei ricoveri in terapia intensiva, dei decessi, o la loro capacità di interrompere la trasmissione del virus. Inoltre i bambini, i soggetti immunocompromessi, le donne in gravidanza e in allattamento, sono stati esclusi dalla maggior parte degli studi. Va notato che i centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) hanno cambiato la definizione della parola "vaccino". La vecchia versione era "un prodotto che stimola il sistema immunitario di una persona a produrre immunità verso una specifica malattia", mentre quella nuova è "un preparato che viene usato per stimolare la risposta immunitaria del corpo contro le malattie". Le ragioni di ciò erano molteplici, ma si può ipotizzare che una di queste fosse quella di proteggere i produttori dall'essere citati in giudizio per avere realizzato un prodotto che non rientrava nella definizione di "vaccino".

Rischi sconosciuti

Sebbene siano necessari 12-15 anni per validare la sicurezza di un vaccino, sono stati considerati sufficienti solo pochi mesi per garantire la sicurezza dei vaccini COVID-19. Pertanto, per tutti i tipi di popolazione, i potenziali effetti avversi a medio e a lungo termine dei vaccini COVID-19 sono completamente sconosciuti. Ad esempio il vaccino Pfizer-BioNTech non è stato valutato per il suo potenziale rischio di causare cancerogenicità, genotossicità o compromissione della fertilità maschile. Per quanto riguarda gli effetti collaterali a lungo termine, si potrebbe tracciare un parallelo con i vaccini in generale. Le due principali categorie di malattie riportate nella letteratura biomedica scatenate dalle vaccinazioni sono le malattie autoimmuni (lupus eritematoso sistemico, sclerosi multipla, epatite, sindrome di Guillain-Barré, etc.) e quelle neurologiche (malattie demielinizzanti centrali, problemi di sviluppo, encefalomielite, etc.). Queste conseguenze sono particolarmente preoccupanti con l'attuale ripetizione delle dosi di vaccino. In effetti la letteratura mostra che la sovrastimolazione del sistema immunitario mediante immunizzazione ripetuta con un antigene

porterà inevitabilmente a una risposta autoimmune sistemica. Dopo la vaccinazione a mRNA, l'antigene Spike del vaccino e l'mRNA persistono fino a 8 settimane nei centri germinali dei linfonodi e la produzione di proteine Spike è più elevata che nei pazienti gravemente malati con COVID-19. Poiché la vaccinazione produce livelli molto più elevati di anticorpi anti-proteina Spike rispetto all'infezione naturale, ancora una volta è probabile che si verifichino patologie autoimmuni dopo iniezioni ripetute.

Inoltre, quando un soggetto viene vaccinato con un vaccino anti COVID-19, c'è un alto rischio di scatenare una malattia più grave che se non fosse stato vaccinato, a causa del meccanismo di "potenziamento dipendente dall'anticorpo" (ADE), che si verifica quando l'ingresso e la replicazione del virus in un dato numero di cellule sono promossi dagli anticorpi. Infine, una vaccinazione di massa nel bel mezzo di un'epidemia, sia con vaccini a mRNA che con vettori adenovirali, può aumentare l'insorgenza di nuove varianti, a causa della ricombinazione tra il materiale genetico del vaccino e il genoma di un virus infettante.

Proteina Spike

La proteina Spike da sola (senza che faccia parte del coronavirus) è altamente tossica e può danneggiare il fegato, i reni, le ovaie, le cellule endoteliali, oltre ad alterare e attraversare la barriera emato-encefalica. L'mRNA può essere ritrovato in molti organi come milza, cuore, rene, polmone e cervello, ovaie e testicoli con il vaccino Pfizer e in milza, cervello, cuore, polmone, occhi e testicoli con il vaccino Moderna. *In vitro* l'mRNA del vaccino Pfizer viene retrotrascritto in DNA nelle cellule, utilizzando una transcriptasi inversa endogena, in sole 6 ore dopo l'esposizione al vaccino. Quindi, le persone che hanno ricevuto il vaccino Pfizer potrebbero produrre la proteina Spike per tutta la vita e trasmetterla alle generazioni future.

Effetti collaterali

I vaccini mRNA anti-COVID-19 inducono una profonda compromissione nella via di segnalazione dell'IFN di tipo I, laddove l'infezione naturale promuove la produzione di IFN di tipo I molto precocemente nel ciclo della malattia. Il segnale IFN di tipo I sopprime la proliferazione sia dei virus che delle cellule tumorali, arrestando il ciclo cellulare. La potente alterazione degli IFN di tipo I può portare alla riattivazione di infezioni virali latenti e alla riduzione della capacità di combattere efficacemente infezioni future. Dopo la vaccinazione COVID-19 sono state osservate reazioni cutanee da lievi a severe e gravi effetti neuropsichiatrici. I più frequenti effetti collaterali neurologici sono cefalea, sindrome di Guillain-Barré, trombosi del seno venoso e mielite trasversa. La vaccinazione COVID-19 può anche essere responsabile dell'infiammazione e del danno ai vasi sanguigni. I vaccini COVID a mRNA aumentano notevolmente l'infiammazione dell'endotelio e l'infiltrazione delle cellule T del muscolo cardiaco e possono spiegare le osservazioni dell'aumento di trombosi, cardiomiopatie e altri eventi vascolari dopo la vaccinazione. I dati post-marketing dimostrano un aumentato rischio di miocardite e pericardite negli uomini di età inferiore ai 40 anni e potenziali sequele a lungo termine ancora ignote.

Gli eventi avversi segnalati sono ampiamente sottostimati in quanto per lo più non vengono riportati. Nella maggior parte dei casi il medico curante o lo specialista ritiene che l'effetto negativo non sia dovuto alla vaccinazione e si rifiuta di fare una dichiarazione alla farmacovigilanza, che quindi sottovaluta la realtà dei dati.

Immunità

Si è verificata una trasmissione continua del virus tra individui completamente vaccinati. Di conseguenza, il virus persiste e non sembra essere stato eliminato dalla risposta immunitaria. Quindi i vaccini non impediscono la trasmissione della malattia e anche il loro effetto sulla gravità dei sintomi comincia a essere messo in dubbio.

L'immunità derivata dal vaccino Pfizer non è così forte quanto l'immunità acquisita dalla guarigione dalla malattia. Le autorità islandesi hanno posto fine a tutte le restrizioni sul COVID-19 e hanno

consigliato alla popolazione di infettarsi con il virus il più possibile, perché “l’immunità diffusa della società alla COVID-19 è la via principale per uscire dall’epidemia”.

Componenti non elencati

Sono state ritrovate nanoparticelle di ossido di grafene e microstrutture geometriche nei vaccini COVID-19, poi negate dall’EMA (ma il dubbio è rimasto). Il grafene è noto per la sua superconduttività: pertanto, se la sua presenza fosse dimostrata, potrebbe far aumentare, a seguito di iniezioni ripetute, i danni alla salute legati ai campi elettromagnetici che possono produrre disturbi neurologici. Nell’analisi di campioni di vaccino COVID-19 sono stati trovati componenti contenenti metalli non dichiarati, caratterizzati da una forma insolita. Se l’esistenza di elementi metallici fosse confermata, potrebbero essere, a seconda della loro natura, neurotossici e scatenare malattie neurologiche.

Test

Per rilevare un virus utilizzando il test RT-PCR, è necessario un numero di cicli di amplificazione genica (Ct). Un test RT-PCR positivo non significa necessariamente contagiosità. Alti valori di Ct utilizzati nei test sono principalmente correlati a basse cariche virali, corrispondenti a una contagiosità molto bassa. Alti valori di Ct spesso riflettono poco o nessun virus (‘resti’ di virus) che indica che la persona testata non è a rischio. È ragionevole concludere che la contagiosità di un soggetto non può essere determinata dall’uso del test PCR con valori di Ct elevati. È quindi molto importante conoscere il valore Ct utilizzato dal laboratorio durante un test PCR. Inoltre, lo screening di massa degli individui asintomatici non è necessario per ridurre la diffusione della malattia.

Misure sociali

I *lockdown* non riducono la mortalità per COVID-19, ma hanno comportato enormi costi economici e sociali. Le politiche di *lockdown* sono infondate e dovrebbero essere respinte come strumento di politica pandemica. Le misure di isolamento sociale hanno provocato più ansia, depressione e ideazione suicidaria, oltre a un peggioramento dei rischi cardiovascolari (aumento del fumo, uso di farmaci e diminuzione dell’attività fisica).

Per quanto riguarda le mascherine, gli studi hanno dimostrato che al di fuori delle strutture sanitarie l’uso della mascherina offre poca o nessuna protezione contro SARS-CoV-2, ma può indurre molte complicazioni fisiologiche. Infatti l’uso prolungato di qualsiasi mascherina porta inevitabilmente a tutte le ripercussioni associate all’ipossia e all’ipercapnia. Inoltre, gli effetti clinici del suo uso prolungato potrebbero essere simili a un’intensificazione delle reazioni di stress cronico.

Tecniche di modifica del comportamento e autoritarismo

L’appello a proteggere gli altri influisce sulle intenzioni di vaccinare, ma aumenta anche la disponibilità delle persone a fare pressione sugli altri affinché lo facciano. I messaggi comportamentali che creano sentimenti di appartenenza al vaccino (ad esempio: “richiedi la tua dose”, “ti è appena stato messo a disposizione un vaccino COVID-19”) aumentano i tassi di vaccinazione. Che avvenga in televisione, sui manifesti pubblici, nei siti web o via e-mail, i messaggi sono sempre costruiti sul carico emotivo.

L’autoritarismo dei governi attraverso l’introduzione della vaccinazione obbligatoria camuffata da passaporto vaccinale, accompagnata dall’uso di tecniche di modifica del comportamento, dovrebbe sollevare dubbi sulla rilevanza scientifica delle misure sociali utilizzate, nonché sull’affidabilità e l’efficacia delle sostanze iniettate. Infatti una scienza composta da risultati efficaci e sicuri non ha bisogno di ricorrere a tecniche autoritarie e condizionamenti mentali per essere applicata.

Strumentalizzazione delle agenzie ufficiali e dei governi da parte dell’industria farmaceutica: somiglianze fra H1N1 e COVID-19

L’industria farmaceutica è anche in stretto contatto con l’EMA, il cui obiettivo è ottenere l’eliminazione di alcune barriere normative per facilitare il lancio di nuovi farmaci sul mercato.

L'EMA è un'agenzia finanziata da commissioni, con l'85,70% delle entrate del 2019 derivanti da commissioni pagate dall'industria farmaceutica.

Già nel 2009 l'episodio dell'H1N1 avrebbe dovuto rivelare che i governi e l'OMS non sono autonomi. La pandemia di H1N1 è stata la pandemia influenzale più lieve mai registrata. Un rapporto dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha pesantemente criticato l'OMS, i governi nazionali e le agenzie UE per la gestione di tale pandemia: distorsione delle priorità dei servizi sanitari pubblici in tutta Europa, spreco di ingenti somme di denaro pubblico, provocazione di timori ingiustificati tra gli europei e creazione di rischi per la salute attraverso vaccini e farmaci che potrebbero non essere stati sufficientemente testati prima di essere autorizzati in procedure rapide. L'epidemia di influenza suina è stata una falsa pandemia guidata dalle compagnie farmaceutiche che hanno influenzato scienziati e agenzie ufficiali.

Dal 2003 al 2009 una pandemia è stata definita come la comparsa di «diverse epidemie simultanee in tutto il mondo con un gran numero di morti e malattie»; ma fra l'1 e il 9 maggio 2009 è stata apportata una modifica, facendo scomparire il criterio di gravità. Già dal 2004 la vaccinazione è stata indicata come la soluzione migliore per limitare mortalità e morbilità e la responsabilità per gli effetti avversi o l'inefficacia dei vaccini è stata trasferita agli Stati. Alcuni esperti di sanità pubblica sono stati esclusi dalle decisioni scientifiche e tecniche, portando a raccomandazioni e giustificazioni non scientifiche, come il desiderio di vaccinare l'intera popolazione. In questo rapporto si legge che oltre il 75% degli esperti delle agenzie sanitarie dichiara conflitti di interesse. Anche l'indipendenza finanziaria dell'OMS è stata messa in discussione, poiché nel 2009 l'80% dei suoi fondi proveniva dal settore privato, compreso il settore farmaceutico e la *Bill and Melinda Gates Foundation* (che ha anche noti legami con l'industria farmaceutica).

Durante il periodo COVID-19, la Francia ha assunto società di consulenza private, principalmente *McKinsey and Company*, che è nota per lavorare con aziende farmaceutiche. La Commissione d'inchiesta del Senato riferisce che *McKinsey* ha contribuito a tutti gli aspetti della crisi sanitaria, in particolare per le strategie di ingegneria sociale sulla campagna di vaccinazione e l'estensione del pass sanitario. L'obiettivo era, ad esempio, raggiungere un gran numero di persone vaccinate a scadenze precise.

La soppressione della buona scienza e degli scienziati non è una novità, ma il COVID-19 ha scatenato la corruzione dello Stato su vasta scala, sopprimendo la scienza per ragioni politiche e finanziarie.

Media: finanziamenti, censura scientifica e paura

L'industria farmaceutica finanzia e influenza i media per garantire la presenza di messaggi favorevoli. Il controllo dell'informazione a favore della vaccinazione, e quindi dell'industria farmaceutica, passa anche attraverso Bill Gates, che finanzia fortemente le organizzazioni che promuovono i vaccini, come l'OMS e l'alleanza globale per i vaccini e l'immunizzazione, così come molti media. Dall'inizio del COVID-19 molti dati scientifici e opinioni di esperti sono stati censurati o etichettati come falsi o fuorvianti da molte piattaforme Internet.

Nel giugno 2019, il World Economic Forum (WEF) e le Nazioni Unite hanno firmato un partenariato (Agenda 2030). Nel campo della salute, questa alleanza è concepita per combattere le principali minacce sanitarie globali emergenti e ottenere una copertura sanitaria universale. Nell'ottobre 2019, a New York il *Johns Hopkins Center for Health Security* e i suoi partner, il WEF e la *Gates Foundation*, hanno ospitato l'Event 201, una pandemia di coronavirus fittizia. In questa simulazione vengono discussi sette punti strategici di gestione della pandemia. La settima parte riguarda l'informazione nei media: "I governi e il settore privato dovrebbero assegnare una maggiore priorità allo sviluppo di metodi per combattere la cattiva informazione e la disinformazione prima della prossima risposta alla pandemia ... Ciò richiederà lo sviluppo della capacità di inondare i media con informazioni rapide e accurate e informazioni coerenti ... Le aziende dei media dovrebbero impegnarsi a garantire che i messaggi autorevoli abbiano la priorità e che i messaggi falsi siano

soppressi anche attraverso l'uso della tecnologia." Tra i partner del WEF ci sono: *Pfizer, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, McKinsey e Facebook e Google*. Pochi mesi dopo, viene dichiarata una pandemia di coronavirus, accompagnata dalla sua soluzione universale altamente mediatizzata, il vaccino appunto.

Prima della COVID-19, i media stavano già diffondendo la paura per altre "epidemie", come AIDS, BSE, SARS, H5N1 e H1N1. Le comunicazioni sulla salute pubblica erano basate sulla paura, sopravvalutando il rischio associato di malattia e morte. La COVID-19 è stata presentata come 10 volte più letale dell'influenza stagionale. Questa sovrastima è molto probabilmente causata dall'aver classificato erroneamente l'*infection fatality rate* (IFR) influenzale come *case fatality rate* (CFR). Un IFR è definito come la proporzione di decessi rispetto alla prevalenza di infezioni all'interno di una popolazione, mentre un CFR è definito come la proporzione di decessi tra i casi confermati della malattia. Gli IFR da campioni di popolazione includono infezioni non diagnosticate, asintomatiche e lievi, mentre i CFR si basano esclusivamente su gruppi relativamente piccoli di casi diagnosticati da moderatamente a gravemente malati. Di conseguenza gli IFR sono spesso inferiori ai CFR. Per COVID-19, l'errore è stato confrontare l'IFR di una malattia, l'influenza stagionale (IFR: 0,1%), con il CFR di un'altra malattia, il coronavirus (CFR: 1%). Si noti che l'IFR per l'infezione da COVID-19 nelle persone di età inferiore ai 70 anni è di circa lo 0,05%.

In Francia durante l'anno 2020 i pazienti COVID-19 hanno rappresentato il 2% di tutti i pazienti ospedalizzati in tutti i campi ospedalieri e il 5% di tutti i pazienti gestiti in unità di terapia intensiva. Pertanto, l'immagine dei reparti ospedalieri pieni di pazienti COVID-19 che i media hanno continuamente propagandato durante l'anno 2020 è molto lontana dal riflettere la realtà.

CONCLUSIONE

La paura indotta dai falsi media ha portato all'isolamento, al controllo dei movimenti e delle libertà, alla censura, alla propaganda e alla vaccinazione coercitiva della popolazione. Non c'è alcun dubbio che COVID-19 sia un evento manipolato dai governi, dalle agenzie internazionali, dalle industrie farmaceutiche e dai media. Oltre agli enormi profitti ottenuti dai gruppi farmaceutici coinvolti, l'obiettivo primario di questa "pandemia" sembra essere una vaccinazione obbligatoria, perché l'introduzione di un passaporto europeo per i vaccini era già stata pianificata dal 2019. La gestione della COVID-19 va ben oltre il quadro medico. La determinazione dei governi a vaccinare tutti avviene con piena consapevolezza degli effetti collaterali del vaccino e non è quindi guidata da buone intenzioni. Questa scoperta è supportata dalla persistente soppressione di informazioni su trattamenti efficaci e poco costosi, nonché dall'applicazione di tecniche persuasive per farsi vaccinare. L'obiettivo potrebbe essere finanziario per alcuni, ma per altri il denaro è solo uno strumento per accedere a fini più sottili, come il controllo della salute e delle libertà attraverso le leggi (passaporto vaccinale), aprendo ulteriormente la porta alla governance globale. Infine, la composizione dei vaccini non è esattamente la stessa per tutti i lotti: alcuni lotti sono associati a morti eccessive, disabilità e reazioni avverse.

[167 voci bibliografiche] e-mail: fderuelle@hotmail.com

FAUCI LIED
PEOPLE DIED



Seneff S, Nigh G, Kyriakopoulos AM, McCullough PA. Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs. *Food Chem Toxicol* 2022; 164:113008. [Sintesi ampia](#)

La vaccinazione con un vaccino a mRNA avvia una serie di eventi biologici che non solo sono diversi da quelli indotti dall'infezione, ma sono in molti modi dimostrabilmente **controproducenti per la competenza immunitaria sia a breve che a lungo termine e per la normale funzione cellulare. Queste vaccinazioni hanno ora dimostrato una riduzione del controllo dei percorsi critici relativi alla sorveglianza sul cancro, al controllo delle infezioni e all'omeostasi cellulare. Esse introducono nel corpo umano materiale genetico altamente modificato.**

L'analisi dell'espressione genica differenziale delle cellule dendritiche periferiche ha rivelato un forte aumento nelle cellule degli interferoni (IFN) sia di tipo I che di tipo II nei pazienti COVID-19 ma non nei vaccinati. Si è verificata un'espansione delle cellule staminali e progenitrici ematopoietiche circolanti nei pazienti COVID-19, ma questa espansione era notevolmente assente dopo la vaccinazione. Anche una sorprendente espansione dei plasmablasti circolanti osservata nei pazienti COVID-19 non è stata osservata nei vaccinati. Tutte queste osservazioni sono coerenti con l'idea che i vaccini anti-COVID-19 sopprimano la via di segnalazione dell'IFN di tipo I.

La risposta biologica alla vaccinazione a mRNA non è affatto simile all'infezione naturale. Questi effetti fisiologici sono connessi a patologie sia già realizzatesi che ancora da osservare. Si prevede che l'implementazione di dosi di richiamo su vasta scala amplificherà tutti questi problemi.

È ormai chiaro che gli anticorpi indotti dai vaccini svaniscono in appena 3-10 settimane dopo la seconda dose, tanto che alle persone vengono consigliate dosi di richiamo a intervalli regolari. È anche diventato evidente che varianti emergenti stanno mostrando resistenza agli anticorpi indotti dai vaccini, attraverso mutazioni nella proteina Spike. Inoltre i vaccini non prevencono la trasmissione della malattia, ma si può solo affermare che riducano la gravità dei sintomi (benché anche questo aspetto cominci a essere messo in dubbio).

La crescente evidenza che i vaccini fanno poco per controllare la diffusione della malattia e che la loro efficacia diminuisce nel tempo, rende ancora più imperativo valutare il grado in cui i vaccini potrebbero causare danni. Che le vaccinazioni con mRNA della proteina Spike da SARS-CoV-2 modificata abbiano impatti biologici è fuori discussione.

Interferoni: una panoramica con attenzione alla sorveglianza sul cancro

Gli interferoni (IFN) sono una famiglia molto ampia di proteine immunomodulanti, suddivise in tre tipi (tipo I, II e III). Gli IFN di tipo I svolgono un ruolo importante nella risposta immunitaria a molteplici fattori di stress. In stretta relazione a questi vi sono le 'cellule dendritiche plasmacitoidi', un raro tipo di cellula immunitaria che circola nel sangue, ma durante un'infezione virale migra verso gli organi linfoidi periferici. L'IFN- α rilasciato nei linfonodi induce le cellule B a differenziarsi in plasmablasti. Successivamente, l'interleuchina-6 (IL-6) induce i plasmablasti ad evolversi in plasmacellule, che secernono anticorpi.

L'alterato segnale dell'IFN di tipo I si collega a molti rischi di malattia, in particolare al cancro, poiché il segnale canonico dell'IFN di tipo I sopprime la proliferazione sia dei virus che delle cellule tumorali arrestando il ciclo cellulare, in parte attraverso la sovraregolazione della proteina p53, un gene oncosoppressore.

La gamma di effetti antitumorali avviati dall'espressione di IFN- α è straordinaria e si verifica attraverso meccanismi sia diretti che indiretti. La sregolazione di questo percorso, attraverso la soppressione di IFN- α o dell'*Interferon Regulatory Factor 9* (IRF9) è stata associata a diverse neoplasie ematologiche e in modelli animali ha dimostrato di aumentare il potenziale metastatico di melanoma, cancro del colon-retto e linfoma. L'IFN- α avvia e orchestra un'ampia gamma di ruoli di soppressione del cancro.

La glicoproteina Spike SARS-CoV-2 modifica la produzione di esosomi della cellula ospite. La transfezione delle cellule con il gene della proteina Spike e la successiva produzione della proteina Spike SARS-CoV-2 da parte delle cellule, rilascia una quantità significativa di esosomi contenenti microRNA che sopprimono la produzione di IRF9, andando ad attivare tutta una serie di trascrizioni geniche pro-infiammatorie. Poiché questi vaccini sono specificamente progettati per indurre una produzione elevata e continua di glicoproteine Spike SARS-CoV-2, le implicazioni sono inquietanti (cancro al seno, alle salpingi e all'ovaio nelle donne, alla prostata e al seno negli uomini, leucemia mieloide acuta nei bambini, etc.).

È stato anche dimostrato che la vaccinazione sopprime sia IRF7 che STAT2. Ciò può interferire con gli effetti protettivi del BRCA1 contro il cancro. I tumori associati alla compromissione dell'attività BRCA1 comprendono il cancro al seno, all'utero e alle ovaie nelle donne; cancro alla prostata e al seno negli uomini; un modesto aumento del cancro al pancreas sia per gli uomini che per le donne. L'espressione ridotta di BRCA1 è collegata sia al cancro che alla neurodegenerazione.

In un recente *case study* di un paziente con diagnosi di una rara forma di linfoma chiamato linfoma a cellule T angioimmunoblastico, l'analisi dettagliata ha fornito una forte evidenza di un'inaspettata rapida progressione delle lesioni linfomatose dopo la somministrazione della dose di richiamo del vaccino. Le lesioni ipermetaboliche sono aumentate di ben cinque volte dopo il vaccino.

La soppressione di IRF7 e IRF9 attraverso la vaccinazione e la successiva produzione di glicoproteina Spike SARS-CoV-2 è estremamente preoccupante per il controllo del cancro a lungo termine nelle popolazioni vaccinate con vaccini genetici a mRNA SARS-CoV-2.

Considerazioni nella progettazione dei vaccini a mRNA

Il razionale alla base della vaccinazione è fornire a ogni persona vaccinata una protezione contro il virus SARS-CoV-2. Questa protezione si ottiene stimolando il sistema immunitario a produrre anticorpi contro il virus e a sviluppare linfociti che manterranno a lungo la memoria e la capacità di combattere il virus. Tuttavia, poiché la vaccinazione viene somministrata per via parenterale, le IgG sono la principale classe di anticorpi che viene prodotta contro la glicoproteina Spike SARS-CoV-2, non le IgA.

Inizialmente si sperava che l'mRNA stesso potesse fungere da adiuvante. Questo perché le cellule umane riconoscono l'RNA virale come estraneo. Tuttavia, con il tempo è diventato chiaro che c'erano problemi con questo approccio, sia perché l'intensa reazione poteva causare sintomi simil-influenzali, sia perché l'IFN- α poteva evocare una risposta a cascata che avrebbe portato alla rottura dell'mRNA prima che potesse produrre un'adeguata quantità di glicoproteina Spike SARS-CoV-2 per indurre una risposta immunitaria. Una svolta è arrivata quando è stato scoperto sperimentalmente che la codifica dell'mRNA per la proteina Spike potrebbe essere modificata in modi specifici che essenzialmente indurrebbero le cellule umane a riconoscerlo come un RNA umano innocuo. Una semplice modifica all'mRNA tale che tutte le uridine fossero sostituite con 'pseudouridine' potrebbe ridurre drasticamente l'attivazione immunitaria innata contro l'mRNA esogeno.

A differenza della risposta immunitaria indotta dall'infezione naturale da SARS-CoV-2, in cui si osserva una robusta risposta all'interferone, i vaccinati con vaccini a mRNA hanno sviluppato una risposta robusta del sistema immunitario adattativo che era limitata solo alle cellule di memoria, cioè una via alternativa di risposta immunitaria che aggirava le vie mediate dall'IFN. Inoltre, a causa di successive mutazioni nella proteina Spike SARS-CoV-2, vi è una sostanziale perdita di anticorpi neutralizzanti indotti dal vaccino mRNA rispetto a quelli conferiti dalle sole varianti SARS-CoV-2. Una risposta immunitaria efficace che prevenga la diffusione delle varianti SARS-CoV2 comporta necessariamente lo sviluppo di una forte risposta IFN-I come parte del sistema immunitario innato. Per il successo della progettazione del vaccino mRNA, l'mRNA deve essere incapsulato in particelle accuratamente costruite in grado di proteggere l'RNA dalla degradazione da parte delle ribonucleasi. I vaccini a mRNA sono formulati come nanoparticelle lipidiche contenenti colesterolo

e fosfolipidi, con l'mRNA modificato unito con uno scheletro lipidico di polietilenglicole (PEG) altamente modificato per promuovere il suo rilascio precoce dall'endosoma e per proteggerlo ulteriormente dalla degradazione.

L'mRNA della glicoproteina Spike SARS-CoV-2 viene ulteriormente "umanizzato" con l'aggiunta di un cappuccio metilato con 'guanina'. L'mRNA nei vaccini, dotato del motivo di metilazione, elude il rilevamento come invasione virale. Le nanoparticelle lipidiche iniettate contenenti mRNA vengono portate all'interno della cellula via endocitosi. L'mRNA sfugge al suo trasportatore lipidico e migra verso il ribosoma, dove viene abbondantemente tradotto nel suo prodotto proteico finale, seguendo un programma ottimizzato per la produzione di grandi quantità di una specifica proteina per un lungo periodo di tempo.

L'mRNA nei vaccini COVID-19 è presente nei centri germinali nel tessuto linfoide secondario molto tempo dopo la somministrazione del vaccino e continua a sintetizzare la glicoproteina Spike fino ad almeno 60 giorni dopo la vaccinazione. Ciò suggerisce che le cellule immunitarie che assorbono l'mRNA nel muscolo del braccio migrano nel sistema linfatico fino ai linfonodi, presumibilmente per esporre le cellule B e le cellule T all'antigene tossico.

Arricchimento di Guanina e Citosina e potenziali strutture G4 (pG4) negli mRNA vaccinali

Nei vaccini a mRNA c'è un significativo arricchimento del contenuto di Guanina e Citosina (GC) rispetto all'mRNA nativo di SARS-CoV-2. Tale alterazione all'interno del modello di mRNA aumenta notevolmente la quantità di polipeptidi e/o proteine prodotte. Le conseguenze portano alla perturbazione nella conformazione secondaria dei prodotti proteici con effetti potenzialmente devastanti sulla loro risultante immunogenicità, efficacia e funzione. In particolare, varie malattie umane sono il risultato di polimorfismi nucleotidici sinonimi.

L'arricchimento di GC negli mRNA del vaccino si traduce in una maggiore capacità di potenziali formazioni di "G-quadruplex" (pG4) in queste strutture, e ciò potrebbe causare l'insorgenza di malattie neurologiche. La sequenza genetica della proteina prionica umana (PrP) contiene molteplici filamenti pG4 e la loro presenza può essere causa della conversione iniziale di PrP nella forma mal ripiegata (PrP^{Sc}). I prioni (*PRoteinaceous Infective ONLY particle*, particella infettiva solamente proteica) sono glicoproteine mal ripiegate capaci di trasmettere la propria forma a varianti normali della stessa proteina (sistema nervoso) e possono causare encefalopatie spongiformi trasmissibili. Ciò è particolarmente preoccupante alla luce del fatto che la glicoproteina Spike SARS-CoV-2 ha caratteristiche prioniche.

La presenza dei pG4 negli RNA è implicata nella biologia del cancro.

Gli mRNA sintetici nei vaccini che trasportano più strutture pG4 nella loro sequenza codificante per la glicoproteina Spike SARS-CoV-2 andranno ad amplificare e ad aggravare la potenziale disorganizzazione post-trascrizionale dovuta all'RNA arricchito con G4 durante l'infezione naturale SARS-CoV-2. Questo arricchimento del contenuto di GC nell'mRNA del vaccino porterà inevitabilmente ad un aumento del contenuto di pG4 dei vaccini. Questo, a sua volta, porterà alla sregolazione del sistema di legame G4-RNA-proteina e ad un'ampia gamma di potenziali patologie cellulari associate alla malattia, fra cui la soppressione dell'immunità innata, la neurodegenerazione e la trasformazione maligna.

I **microRNA** (miRNA) sono piccole molecole endogene di RNA non codificante a singolo filamento che regolano l'espressione genica. Nei miRNA sono state identificate centinaia di sequenze pG4.

Se i pG4 si accumulano, come si verifica con una maggiore quantità di contenuto di GC nell'mRNA vaccinale, questo avrebbe l'effetto di aumentare le potenziali strutture G4 disponibili durante gli eventi di traduzione e ciò può influenzare la regolazione post-trascrizionale del miRNA, che a sua volta favorirebbe una maggiore espressione degli oncogeni correlati a una serie di tumori o spingerebbe le cellule verso l'apoptosi e la morte cellulare. La moltitudine di pG4 nell'mRNA del vaccino agirebbe prevedibilmente come esca, distraendo i miRNA dalla loro normale funzione nella

regolazione dell'espressione proteica umana. L'aumento dei bersagli G4 dovuto al vaccino ridurrebbe la disponibilità di miRNA per bersagliare i G4 "naturali". Ciò può comportare una riduzione del controllo dell'espressione di miRNA che è implicata nella patologia cardiovascolare, nell'insorgenza della neurodegenerazione e/o nella progressione del cancro. Ad esempio, la sregolazione dei miRNA porta alla soppressione della proteina p53 (ad azione oncosoppressiva) e quindi porterebbe prevedibilmente ad un aumento del rischio di tutta una serie di tumori.

IFN di tipo I e COVID-19

Gli IFN di tipo I svolgono un ruolo essenziale nella lotta alle infezioni virali e le carenze nel segnale dell'IFN di tipo I sono state collegate ad esiti infausti da COVID-19. Questi casi sono spesso associati alla formazione di autoanticorpi contro gli IFN di tipo I. Se, come sopra detto, i vaccini a mRNA interferiscono con la via di segnalazione dell'IFN di tipo I, ciò potrebbe portare a una maggiore suscettibilità alla COVID-19 nelle due settimane successive al primo vaccino, prima che sia iniziata una risposta anticorpale.

Le cellule infettate da un virus rilevano la presenza della replicazione del virus attraverso una serie di "recettori di riconoscimento del modello", che fungono da sentinelle che rilevano le strutture aberranti dell'RNA che spesso si formano durante la replicazione virale. Questi recettori rispondono inducendo IFN di tipo I, aumentando così un gran numero di proteine coinvolte nella soppressione della proliferazione virale. È stato dimostrato che pazienti con malattia grave erano caratterizzati da una risposta IFN di tipo I altamente compromessa. Infatti, la somministrazione intranasale di IFN- α ricombinante porta a una carica virale ridotta e all'attenuazione dei sintomi.

Le strategie di metilazione per la pulizia cellulare sono generalmente omesse dagli mRNA dei vaccini?

La metilazione degli mRNA è stata evolutivamente concepita per controllare la traduzione delle trascrizioni e quindi l'espressione dei geni da parte di una complessa cascata di proteine metilatore (scrittore), de-metilatore (cancellatore) e lettore.

La vaccinazione molecolare SARS-CoV-2 induce condizioni di stress cellulare. Nelle condizioni di stress cellulare come quelle indotte da un'infezione virale o stati patologici come il cancro, la via di traduzione dell'mRNA è preferenzialmente di tipo cap-indipendente; nella vaccinazione da SARS-CoV-2 è di tipo opposto (cap-dipendente). La traduzione cap-dipendente degli mRNA vaccinali porta a consumare un eccesso di IF4E, che è un potente regolatore oncogeno e modulatore della proliferazione cellulare. Questa condizione ha come risultato la sregolazione delle modificazioni dell'mRNA e si associa seriamente alle progressioni molecolari di vari cancro come anche nel creare condizioni predisponenti per infezioni virali successive.

Esosomi e microRNA

Gli esosomi sono piccole vescicole con membrana lipidica che può contenere proteine, DNA, RNA, lipidi, etc., che si spostano liberamente nel citoplasma e nel nucleo di cellule anche molto distanti fra loro. Gli esosomi hanno dimensioni simili ai virus e vengono rilasciati attraverso escitosi nello spazio extracellulare per circolare successivamente in tutto il corpo. Durante un'infezione virale, le cellule infette secernono grandi quantità di esosomi che fungono da rete di comunicazione tra le cellule per orchestrare la risposta all'infezione.

Soggetti vaccinati con i vaccini a mRNA acquisiscono esosomi circolanti contenenti la glicoproteina Spike SARS-CoV-2 entro il 14° giorno dopo la vaccinazione, ma non gli anticorpi contro la glicoproteina Spike. Dopo la seconda vaccinazione però gli esosomi presentavano la glicoproteina Spike sulla loro superficie che facilitava la produzione di anticorpi.

Gli esosomi esistono come parte del meccanismo di decadimento dell'mRNA. In condizioni di traduzione indotta da vaccino mRNA, che potrebbe essere definita "eccessiva dipendenza dalla traduzione cap-dipendente", esiste un'evidente resistenza contro i processi fisiologici di

decadimento dell'mRNA. Ciò significherebbe che quei particolari mRNA sintetici non seguono la strategia cellulare comune per il turnover dell'mRNA.

Molti prodotti mRNA deadenilati così come anche prodotti derivati dal metabolismo dell'mRNA sono direttamente collegati agli esosomi.

Infine, in condizioni di enorme produzione di glicoproteina Spike SARS-CoV-2 dovuta alla vaccinazione, ci si può anche aspettare che una percentuale significativa di glicoproteine Spike intracellulari in eccesso venga esportata attraverso gli esosomi e quindi trasportata a tessuti e organi distanti non infetti, con la possibilità di avviare una cascata immunitaria catastrofica all'interno del sistema nervoso centrale. Esosomi trasferiti in una coltura cellulare di microglia umana (le cellule immunitarie che risiedono nel cervello) sono stati rapidamente assorbiti dalla microglia, che ha reagito ai microRNA avviando una risposta infiammatoria acuta. Il ruolo della microglia nel causare neuroinfiammazione in varie malattie virali, come il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), il virus dell'encefalite giapponese (JEV) e la Dengue, è ben consolidato.

Inoltre sono stati identificati due miRNA che insieme cospirano interferendo con IRF9 e bloccando così la risposta del recettore agli interferoni di tipo I. Questi due miRNA e i loro effetti infiammatori sono tipici della produzione di glicoproteina Spike SARS-CoV-2 indotta dalla vaccinazione.

Dopo l'iniezione nel muscolo del braccio, l'mRNA vaccinale viene trasportato nel sistema linfatico dalle cellule immunitarie e infine si accumula in alte concentrazioni nella milza. Le cellule immunitarie stressate nei centri germinali della milza rilasciano grandi quantità di esosomi che viaggiano verso i nuclei del tronco cerebrale lungo il nervo vago. Il nervo vago è il decimo nervo cranico ed entra nel tronco encefalico vicino alla laringe. I nervi laringei superiori e ricorrenti sono rami del vago che innervano le strutture coinvolte nella deglutizione e nel parlare. Lesioni in questi nervi causano la paralisi delle corde vocali associata a difficoltà a deglutire (disfagia), difficoltà a parlare (disfonia) e/o respiro corto (dispnea). I neuroni nel nervo vago risponderebbero in modo simile alla glicoproteina Spike SARS-CoV-2. Questa Spike prodotta per via endogena crea un profilo di microRNA diverso rispetto a quello dell'infezione naturale con SARS-CoV-2 e tali differenze comportano una gamma potenzialmente ampia di effetti deleteri.

Mentre la vaccinazione sopprime attivamente la produzione di Interferone di tipo I, l'infezione naturale ne promuove la produzione molto precocemente nel ciclo della malattia. I soggetti con una via di segnalazione dell'IFN di tipo I compromessa, vanno incontro a malattia COVID-19 più grave, critica e persino fatale. Se poi la compromissione indotta dal vaccino viene mantenuta mentre i livelli di anticorpi diminuiscono nel tempo, ciò potrebbe portare a una situazione in cui il vaccino provoca un'espressione della malattia più grave di quanto sarebbe avvenuto in assenza del vaccino.

Un'altra conseguenza è la riattivazione di infezioni virali croniche preesistenti.

Alterata riparazione del DNA e immunità adattativa

Il sistema immunitario e il sistema di riparazione del DNA sono i due sistemi primari su cui fanno affidamento gli organismi superiori per difendersi da diverse minacce e condividono elementi comuni. La perdita di funzione delle principali proteine di riparazione del DNA porta a difetti di riparazione che inibiscono la produzione di cellule B e T funzionali, con conseguente immunodeficienza. I *Non Homologous End Joining* (NHEJ) normalmente ripristinano le rotture che si producono molto spesso nel DNA. Tale riparazione svolge un ruolo fondamentale nella ricombinazione specifica dei linfociti, che è essenziale per produrre il repertorio altamente diversificato di anticorpi delle cellule B in risposta all'esposizione all'antigene. La compromessa riparazione del DNA è anche una via diretta verso il cancro.

Dopo la vaccinazione, almeno entro il 28° giorno, oltre alla generazione di anticorpi neutralizzanti, i sistemi immunitari delle persone, compresi quelli dei linfociti e dei monociti, sono forse in uno stato più vulnerabile.

Si è anche vista un'alterata capacità di riparazione del DNA. Fino al 60% dell'attività trascrizionale totale nelle cellule in crescita comporta la trascrizione del DNA ribosomiale (rDNA) per produrre RNA ribosomiale (rRNA). L'enzima che trascrive il DNA ribosomiale in RNA è l'RNA polimerasi I (Pol I). Pol I monitora anche l'integrità dell'rDNA e influenza la sopravvivenza cellulare.

Una caratteristica della risposta al vaccino SARS-CoV-2 inattivato è l'arresto del ciclo cellulare nella fase G1. L'arresto di cellule staminali embrionali pluripotenti nella fase G1 (prima dell'inizio della replicazione) comporterebbe un auto-rinnovamento danneggiato e il mantenimento della pluripotenza. Due proteine di controllo coinvolte in modo cruciale nella riparazione del DNA e nell'immunità adattativa sono BRCA1 e 53BP1, che facilitano sia la ricombinazione omologa che la NHEJ. La glicoproteina Spike SARS-CoV-2 a lunghezza intera entra nel nucleo e ostacola il reclutamento di queste due proteine di riparazione.

Riattivazione della varicella-zoster

La via di segnalazione del recettore IFN di tipo I nelle cellule T CD8+ è fondamentale per la generazione di cellule effettrici e di memoria in risposta a un'infezione virale. Le cellule T CD8+ possono bloccare la riattivazione dell'infezione latente da herpes nei neuroni sensoriali. Se la via di segnalazione dell'IFN di tipo I è compromessa, come accade dopo la vaccinazione ma non dopo l'infezione naturale da SARS-CoV-2, anche la capacità delle cellule T CD8+ di tenere sotto controllo l'herpes sarebbe compromessa.

Il "fuoco di Sant'Antonio" è una condizione sempre più comune causata dalla riattivazione dei virus latenti dell'herpes zoster (HZV) che causa anche la varicella durante l'infanzia. L'herpes zoster e/o l'herpes simplex (HSV) sono probabilmente condizioni che medici e altri operatori sanitari potrebbero aspettarsi di vedere nei pazienti che ricevono i vaccini COVID-19.

Trombocitopenia immune

La trombocitopenia immune è una malattia autoimmune in cui il sistema immunitario attacca le piastrine circolanti. La porpora trombocitopenica immune (ITP) è stata associata a diverse vaccinazioni, fra cui morbillo, parotite, rosolia, epatite A, varicella, difterite, tetano, pertosse, poliomielite orale e influenza. Sebbene vi sia un'ampia consapevolezza che i vaccini basati sul DNA dell'adenovirus possano causare la trombocitopenia trombotica immune indotta da vaccino (VITT), anche i vaccini a mRNA non sono privi di rischi per la VITT, poiché sono stati pubblicati casi che documentano tali eventi, fra cui trombosi del seno venoso cerebrale fatali. Si ritiene che il meccanismo coinvolga gli anticorpi VITT che si legano al fattore piastrinico 4 e formino immunocomplessi che inducono l'attivazione piastrinica. Le successive cascate di coagulazione causano la formazione di microcoaguli diffusi nel cervello, nei polmoni, nel fegato, nelle gambe e altrove, associati a un drastico calo della conta piastrinica.

I vaccini a mRNA suscitano principalmente una risposta immunitaria immunoglobulinica G (IgG), con quantità minori di IgA indotte e ancor meno produzione di IgM.

Le piastrine possono svolgere un ruolo importante nella clearance dei complessi antigene-anticorpo intrappolando l'antigene nei trombi e/o trasportandolo nella milza per poter essere rimosso da parte delle cellule immunitarie. In questo processo ovviamente le piastrine vengono rapidamente consumate, il che si traduce in un basso numero di piastrine (trombocitopenia).

Normalmente le piastrine circolano con una vita media di soli 5-9 giorni, quindi vengono costantemente sintetizzate nel midollo osseo ed eliminate nella milza. Le piastrine legate agli anticorpi, in seguito all'attivazione piastrinica, migrano verso la milza dove vengono intrappolate e rimosse attraverso la fagocitosi da parte dei macrofagi. Poiché i vaccini a mRNA vengono trasportati nella milza da cellule immunitarie inizialmente attratte dal sito di iniezione nel muscolo del braccio, esiste un'enorme opportunità per il rilascio di esosomi contenenti la glicoproteina Spike da parte delle cellule dendritiche nella milza che sintetizzano la proteina Spike.

Un miRNA presente negli esosomi rilasciati dai macrofagi costretti dal vaccino a sintetizzare la glicoproteina Spike SARS-CoV-2, agisce aumentando il rischio di trombocitopenia in risposta a complessi immuni formati dall'antigene della glicoproteina Spike e dagli anticorpi IgG prodotti contro la glicoproteina Spike.

PPAR- α , solfatide e malattie del fegato

Una delle conseguenze della soppressione di IRF9 sarebbe la ridotta sintesi di solfatide nel fegato, mediata dal recettore nucleare attivato dal proliferatore perossisomiale alfa (PPAR- α).

I solfatidi sono i principali sfingoglicolipidi sierici dei mammiferi, sintetizzati e secreti principalmente dal fegato. Il solfatide è espresso sulla superficie delle piastrine, degli eritrociti e dei linfociti. I solfatidi sierici esercitano funzioni sia anticoagulanti che anti-attivazione piastrinica.

La ridotta espressione di PPAR- α porta alla carenza di solfatide.

La carenza di PPAR- α porta a steatosi epatica, steatoepatite, steatofibrosi e cancro al fegato.

Un sovraccarico di colesterolo esercita i suoi effetti tossici in parte aumentando la trombosi, a seguito di un metabolismo lipidico epatico anormale e di stress ossidativo.

L'mRNA vaccinale migra preferenzialmente verso il fegato e la milza, raggiungendo qui concentrazioni più elevate rispetto a qualsiasi altro organo. Pertanto, esiste il potenziale per la soppressione dell'IRF9 nel fegato da parte del vaccino. IRF9 è altamente espresso negli epatociti, dove interagisce con PPAR- α , attivando i geni bersaglio PPAR- α .

Sono stati descritti danni al fegato in seguito ai vaccini a mRNA. Un fattore plausibile che porta a questi risultati è la soppressione del PPAR- α attraverso la riduzione del controllo dell'IRF9 e successivamente la diminuzione della sintesi del solfatide nel fegato.

Sindrome di Guillain-Barré e sindromi da danno neurologico

La sindrome di Guillain-Barré è una neuropatia infiammatoria demielinizzante acuta associata a morbidità di lunga durata e un significativo rischio di mortalità. La malattia comporta un attacco autoimmune ai nervi associato al rilascio di citochine pro-infiammatorie.

Le cellule T attivate producono citochine in risposta alla presentazione dell'antigene da parte dei macrofagi e queste citochine possono indurre la produzione di autoanticorpi attraverso la diffusione dell'epitopo. Gli anticorpi, a loro volta, inducono l'attivazione del complemento, che causa demielinizzazione e danno assonale, portando a gravi lesioni ai neuroni periferici. La glicoproteina Spike si lega anche al solfatide e ciò potrebbe innescare una reazione immunitaria al complesso Spike-glicoproteina-solfatide.

La ridotta sintesi di solfatidi nel fegato dovuta alla soppressione dell'IRF9 porterà nel tempo a una carenza sistemica di solfatidi. Tale carenza può avere un impatto importante sul cervello e sul sistema nervoso. Il solfatide è un componente importante del sistema nervoso, presente in concentrazioni particolarmente elevate nella guaina mielinica sia nel sistema nervoso periferico che in quello centrale. Le carenze di solfatide possono portare a debolezza muscolare, tremori e atassia, che sono sintomi comuni della sindrome di Guillain-Barré. La neuroinfiammazione cronica mediata dalla microglia e dagli astrociti nel cervello porta a drammatiche perdite di solfatide cerebrale e le carenze cerebrali di solfatide sono una delle principali caratteristiche della malattia di Alzheimer.

L'angiotensina II (Ang II), oltre ai suoi profondi effetti sulle malattie cardiovascolari, svolge anche un ruolo nell'infiammazione nel cervello che porta alla malattia neurodegenerativa. La glicoproteina Spike SARS-CoV-2 contiene un sito di clivaggio della furina unico non trovato in SARS-CoV, che consente all'enzima extracellulare furina di staccare il segmento S1 della glicoproteina Spike e rilasciarlo in circolazione. S1 contiene il dominio di legame del recettore che si lega ai recettori ACE2, disabilitandoli. Quando la via di segnalazione del recettore ACE2 è ridotta, la sintesi di Ang II è aumentata. I neuroni nel cervello possiedono recettori ACE2 che sarebbero suscettibili di interruzione da parte di S1 rilasciato da esosomi contenenti glicoproteina Spike o cellule produttrici di glicoproteina Spike che avevano assorbito le nanoparticelle nei vaccini. L'Ang II migliora la via di

segnalazione mediata dal *toll-like receptor 4* (TLR4) nella microglia, inducendo l'attivazione della microglia e aumentando la produzione di specie reattive dell'ossigeno che portano al danno tissutale.

Elevati livelli di Ang II sono un fattore causale nella neurodegenerazione del nervo ottico, causando neurite ottica, che può provocare una grave perdita della vista irreversibile. Numerosi casi clinici hanno descritto casi di neuropatia ottica che compaiono poco dopo la vaccinazione mRNA. Sintomi neurologici dopo la vaccinazione COVID-19 si sono sviluppati entro una mediana di 11 giorni dopo la vaccinazione. Le diagnosi erano varie: trombosi del seno venoso cerebrale, malattie demielinizzanti del sistema nervoso, neuropatie periferiche infiammatorie, miosite, miastenia, encefalite limbica e arterite a cellule giganti. Altri casi si sono presentati con malattia demielinizzante entro 21 giorni dalla prima o dalla seconda vaccinazione con mRNA.

La perdita dell'udito e l'acufene sono anche effetti collaterali ben noti di COVID-19. Il tessuto dell'orecchio interno umano esprime ACE2, furina e la 'proteasi transmembrana serina 2' (TMPRSS2) che facilita l'ingresso virale.

L'ACE2 e la furina sono diffusamente presenti nella tuba di Eustachio, negli spazi dell'orecchio medio e nella coclea, suggerendo che questi tessuti sono suscettibili all'infezione da SARS-CoV-2. L'acufene si associa all'ipertensione, che è indotta da livelli elevati di Ang II.

L'incidenza di cefalea è risultata essere del 20,5% dopo il primo vaccino, salendo al 45,6% dopo la seconda dose.

Il nervo trigemino si trova in prossimità del nervo vago nel tronco encefalico, quindi gli esosomi che trasportano glicoproteine-Spike potrebbero facilmente raggiungerlo per via vagale. Un potenziale fattore legato all'infezione da SARS-CoV-2 o alla vaccinazione con mRNA è un livello eccessivo di Ang II nel tronco encefalico a causa dell'inibizione dei recettori ACE2 da parte della glicoproteina Spike SARS-CoV-2.

L'emicrania potrebbe quindi derivare sia dall'interruzione dei recettori ACE2 da parte della glicoproteina Spike sia dalla distruzione della guaina mielinica che copre nervi facciali critici attraverso una risposta infiammatoria della microglia e la perdita di solfatide.

Paralisi di Bell

La paralisi di Bell è una comune neuropatia cranica che causa una paralisi facciale unilaterale.

Una causa comune della paralisi di Bell è la riattivazione dell'infezione da virus herpes simplex centrata attorno al ganglio genicolato. Questo, a sua volta, può essere causato dall'interruzione della via di segnalazione IFN di tipo I.

Miocardite

I vaccini COVID-19 causano miocardite e pericardite. La miocardite è associata all'attivazione piastrinica, quindi questo potrebbe essere un fattore in gioco nella risposta ai vaccini. Tuttavia, un altro fattore potrebbe essere correlato agli esosomi rilasciati dai macrofagi che hanno assorbito le nanoparticelle di mRNA e i microRNA specifici trovati in quegli esosomi.

Si è registrata una forte associazione di COVID-19 con disturbi cardiovascolari e rispettivi biomarcatori.

Gli esosomi svolgono un ruolo nell'infiammazione in associazione con le malattie cardiache. Questi esosomi raggiungono i fibroblasti, e il micro-RNA miR-155 riduce il controllo delle proteine nei fibroblasti che proteggono dall'infiammazione e viene promossa la loro proliferazione. La compromissione che ne deriva porta ad attacchi di cuore fino alla rottura cardiaca.

Il segmento S1 della glicoproteina Spike SARS-CoV-2 può essere scisso dalla furina e rilasciato nel circolo. Esso si lega ai recettori ACE2 attraverso il suo 'dominio di legame del recettore' e questo inibisce la loro funzione. Poiché l'ACE2 degrada l'Ang II, la disattivazione dell'ACE2 porta direttamente alla sovraespressione dell'Ang II, aumentando ulteriormente il rischio di malattie cardiovascolari. La vasocostrizione indotta da Ang II è un meccanismo indipendente per indurre un

danno miocardico permanente anche quando non è presente un'ostruzione coronarica. Episodi ripetuti di costrizione improvvisa di un'arteria cardiaca dovuti all'Ang II possono alla fine portare a insufficienza cardiaca o morte improvvisa.

La presenza di SARS-CoV nel cuore è stata associata a una marcata riduzione dell'espressione della proteina ACE2.

Considerazioni sul sistema di segnalazione degli eventi avversi da vaccino (VAERS)

Gli eventi avversi segnalati al VAERS (*Vaccine Adverse Event Reporting System*) rappresentano solo una piccola frazione degli eventi avversi effettivi: meno dell'1% di tutti gli eventi avversi correlati al vaccino sono segnalati al VAERS. Sebbene sia impossibile determinare con precisione la sottostima, l'evidenza disponibile è che la sottostima caratterizza fortemente i dati VAERS.

Quasi il 60% di tutti gli eventi avversi correlati al vaccino a mRNA si è verificato entro 48 ore dall'iniezione.

Gran parte dei rapporti VAERS sono presentati da professionisti medici e non dal pubblico.

Nel corso dei 31 anni di storia del VAERS l'80% dei decessi è collegato ai vaccini COVID-19. Ciò dimostra che questi vaccini esibiscono meccanismi insoliti di tossicità.

Solo nel 2021 hanno rappresentato uno scioccante 93% dei casi totali segnalati per qualsiasi vaccino in quello stesso anno. Il numero totale di segnalazioni di eventi avversi per i vaccini COVID-19 è di gran lunga superiore al numero cumulativo di segnalazioni di eventi avversi da vaccini in tutti gli anni precedenti.

Qualsiasi evento che si presenti con una frequenza superiore al 93% è indicativo di un potenziale effetto tossico di questi vaccini.

Dati VAERS indicativi di danno ai nervi e coinvolgimento del nervo vago

Una serie di sintomi nel VAERS possono essere associati all'infiammazione o al danno di vari nervi principali del corpo, in particolare quelli della testa. I vaccini COVID-19 hanno rappresentato dal 96 al 98% delle segnalazioni nell'anno 2021 relative a queste condizioni debilitanti.

Il 96,3% di tutti i casi di sincope, una caratteristica ben consolidata della disfunzione del nervo vago, erano legati a questi vaccini. Con anosmia e dispnea si arriva a un totale di oltre 200.000 eventi, che rappresentano il 97,2% di tutte le voci relative a qualsiasi vaccino nel 2021.

Dati VAERS su cuore e fegato

Fra le principali segnalazioni relative ai disturbi cardiaci nel 2021, il database VAERS mostra miocardite, arresto (arresto cardiaco, cardiorespiratorio e sinusale), aritmia (comprese quella sopraventricolare, nodale, sinusale, tachiaritmia e aritmia ventricolare), infarto miocardico (compreso l'acuto e il silente) e insufficienza cardiaca (comprese quelle acute, cronica e congestizia). Queste condizioni cardiache rappresentano quasi il 98% di tutti gli eventi avversi segnalati per tutti i vaccini relativamente a queste condizioni nel 2021.

I sintomi associati al danno epatico nel VAERS, rappresentano oltre il 97% di tutti i casi che collegano queste condizioni a qualsiasi vaccino nel 2021.

Dati VAERS relativi alla trombosi

Riguardo a trombosi (sia arteriosa che venosa), trombosi venosa profonda e trombosi polmonare, questi eventi hanno avuto un picco 15-30 giorni dopo la vaccinazione. Globalmente, i sintomi trombotici legati ai vaccini COVID hanno rappresentato il 98,7% di tutti i casi che collegano queste condizioni a qualsiasi vaccino nel 2021. L'embolia polmonare ha una probabilità leggermente più alta (98,8%).

Dati VAERS relativi alle malattie neurodegenerative

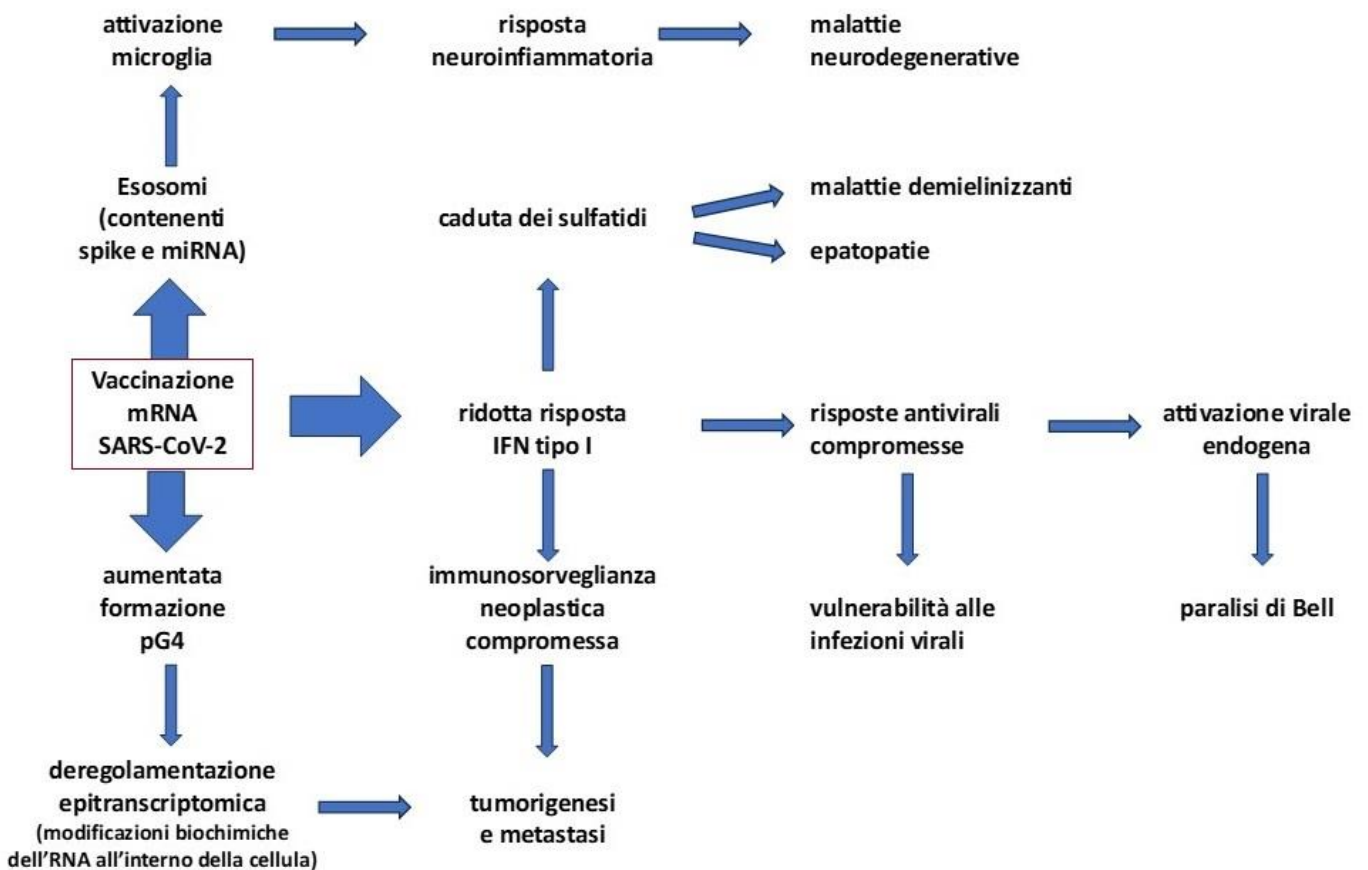
La ridotta mobilità può essere causata dal morbo di Parkinson e nel 2021 sono stati elencati numerosissimi casi relativi ai vaccini COVID-19. L'Alzheimer e il Parkinson sono malattie che normalmente impiegano decenni per svilupparsi e normalmente si presume che un vaccino non abbia nulla a che fare con questo. Sebbene i numeri siano piccoli, la maggior parte dei casi nel VAERS

erano collegati ai vaccini COVID-19. Anche l'anosmia è un noto segno precoce della malattia di Parkinson. Il 99,5% dei casi con anosmia come sintomo era collegato ai vaccini COVID-19. Nel complesso, i sintomi relativi alle malattie neurodegenerative sono stati collegati ai vaccini COVID-19 quasi il 95% delle volte.

Segnalazione VAERS per il cancro

Il cancro è una malattia che impiega mesi o, più spesso, anni per progredire da un'iniziale trasformazione maligna in una cellula allo sviluppo di una condizione clinicamente riconosciuta. Poiché le segnalazioni VAERS di eventi avversi si verificano principalmente entro il primo mese o anche i primi giorni dopo la vaccinazione, sembra probabile che l'accelerazione della progressione del cancro in seguito ai vaccini sia una segnalazione difficile da riconoscere. Inoltre, la maggior parte delle persone non si aspetta che il cancro sia un evento avverso che potrebbe essere causato da un vaccino, e quindi non compila alcun rapporto quando il cancro si sviluppa poco dopo la vaccinazione. Tuttavia, se le vaccinazioni a mRNA stanno portando a una diffusa sregolazione dei sistemi di controllo degli oncogeni, della regolazione del ciclo cellulare e dell'apoptosi, allora i rapporti VAERS dovrebbero riflettere un aumento dei casi di cancro rispetto agli altri vaccini, anche se i numeri sono piccoli. Inoltre i vaccini potrebbero accelerare il tasso di mutazioni del DNA, aumentando il rischio di cancro.

Con riferimento alle voci chiave collegate al cancro ("cancro", "linfoma", "leucemia", "metastasi", "carcinoma" e "neoplasia"), il 96% di tutti i casi collegati a qualsiasi vaccino era riferibile ai vaccini COVID nel 2021. Con riferimento a termini che coinvolgono il cancro in organi specifici (seno, prostata, vescica, colon, cervello, polmoni, pancreas e ovaie) il 97,3% di tutti i casi collegati a qualsiasi vaccino era riferibile ai vaccini COVID nel 2021. Tutti i casi di cancro al pancreas, alle ovaie e alla vescica erano collegati ai vaccini COVID-19, con zero casi per qualsiasi altro vaccino.



Conclusioni

I vaccinati hanno la stessa probabilità dei non vaccinati di diffondere la malattia.

L'inadeguatezza degli studi di fase I, II e III per valutare gli effetti collaterali a medio e lungo termine dei vaccini a mRNA può essere stata fuorviante circa il loro impatto soppressivo sull'immunità innata dei vaccinati.

Riguardo il profilo di sicurezza di queste vaccinazioni tre aspetti sono molto importanti:

1) la sovrersione ampiamente documentata dell'immunità innata, principalmente attraverso la soppressione dell'IFN- α e la sua cascata di segnalazione associata. Questa soppressione avrà una vasta gamma di conseguenze, fra cui non ultima la riattivazione di infezioni virali latenti e la ridotta capacità di combattere efficacemente future infezioni.

2) la sregolazione del sistema sia nel prevenire che nel rilevare la trasformazione maligna geneticamente guidata all'interno delle cellule e il conseguente potenziale per la vaccinazione di promuovere tali trasformazioni.

3) l'interruzione della comunicazione intracellulare effettuata dagli esosomi (la vaccinazione induce le cellule che assorbono l'mRNA della glicoproteina Spike a produrre alti livelli di esosomi che trasportano la glicoproteina Spike, con conseguenze infiammatorie potenzialmente gravi).

Se qualcuno di questi potenziali dovesse essere pienamente realizzato, l'impatto su miliardi di persone in tutto il mondo potrebbe essere enorme e potrebbe contribuire al carico di malattie sia a breve che a lungo termine che il nostro sistema sanitario dovrà affrontare.

Alla fine, miliardi di vite sono potenzialmente a rischio, dato il gran numero di individui a cui sono stati iniettati i vaccini mRNA SARS-CoV-2 e l'ampia gamma di esiti avversi che abbiamo descritto.

Incoraggiamo tutti gli individui a prendere le proprie decisioni in materia di assistenza sanitaria con queste informazioni come fattore che contribuisce a tali decisioni.

[231 voci bibliografiche] e-mail: seneff@csail.mit.edu

Seneff S, Kyriakopoulos AM, Nigh G, McCullough PA. A Potential Role of the Spike Protein in Neurodegenerative Diseases: A Narrative Review. *Cureus* 2023; 15(2):e34872. [Sintesi ampia](#)

Le malattie da prioni (*PRoteinaceous Infective ONLY particle*, particella infettiva solamente proteica), note anche come encefalopatie spongiformi trasmissibili, sono un gruppo di malattie cerebrali rare e costantemente fatali che colpiscono animali ed esseri umani. Sono causate da "particelle proteiche infettive", che possono facilitare la diffusione della malattia in assenza di un'infezione classica da parte di un organismo vivente.

La principale malattia da prioni umana è nota come malattia di Creutzfeldt-Jakob (CJD) ed è sempre fatale. La forma naturalmente ripiegata della proteina prionica è indicata come PrP^C, mentre la forma mal ripiegata è chiamata PrP^{Sc} (per *scrapie*). La propagazione della malattia avviene attraverso un processo autocatalitico per cui le proteine prioniche malripiegate esterne (PrP^{Sc}) agiscono come un agente infettivo per facilitare il mal ripiegamento della stessa proteina espressa nei neuroni. Una forma oligomerica solubile intermedia della proteina è l'agente tossico. Al contrario, la placca insolubile può anche essere protettiva in quanto determina la rimozione degli oligomeri solubili.

Le malattie da prioni possono comprendere malattie neurodegenerative come l'Alzheimer, il morbo di Parkinson e la sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Queste proteine, che sono definite amiloidogeniche, sono state anche etichettate come "simili a prioni". Tali aggregati proteici possono essere trasmessi da una cellula all'altra attraverso almeno tre meccanismi distinti: tunneling di nanotubi, secrezione come aggregati nudi o impacchettamento in vescicole extracellulari come gli esosomi.

Indipendentemente dall'origine biologica di una data proteina prionica, essa può essere trasmessa a una cellula ricevente filogeneticamente non correlata. La proteina Spike prodotta in eccesso dalle

cellule umane transfettate con i vaccini a mRNA, analoga alla proteina batterica simile al prione mutata, potrebbe essere rilasciata come fibrille amiloidi e assorbita da neuroni che esprimono varie proteine amiloidogeniche, in particolare la proteina prionica, che funge da seme. Ciò potrebbe provocare citotossicità e neurodegenerazione. La proteina Spike potrebbe causare stress ossidativo mitocondriale, apoptosi e neurodegenerazione.

La proteina Spike ha domini simili a prioni

I vaccini mRNA COVID-19 sono basati su nanoparticelle lipidiche contenenti mRNA che codificano per la glicoproteina Spike SARS-CoV-2. Il vaccino è stato progettato in diversi modi per proteggere il contenuto dell'mRNA dalla degradazione e per assicurare che le cellule transfettate con esso producano grandi quantità di proteina Spike ad un alto tasso di produzione per un lungo periodo di tempo.

Uno studio che valuta il potenziale amiloidogenico della proteina Spike ha utilizzato metodi sia teorici che sperimentali per verificare che la proteina Spike SARS-CoV-2 possa causare la comparsa di fibrille simili all'amiloide dopo che la proteina è stata sottoposta a proteolisi. Le previsioni teoriche hanno identificato sette sequenze potenzialmente amiloidogeniche all'interno della proteina Spike. Le fibrille amiloidi innescano il rilascio di trappole extracellulari di neutrofili (NETs) contenenti elastasi dai neutrofili, che possono indurre la frammentazione dell'amiloide in oligomeri tossici.

Un documento pubblicato, con firma anche di Montagnier, ha descritto 26 casi in cui il paziente si è ammalato gravemente con sintomi spontanei di CJD poco dopo un vaccino COVID-19. Ventitré casi su ventisei hanno sviluppato sintomi entro 15 giorni dalla seconda iniezione di un vaccino a mRNA. La CJD è una malattia estremamente rara, che di solito colpisce solo una persona su un milione nel corso della loro vita. Di solito ci vogliono anche diversi anni dalla prima comparsa dei sintomi fino alla morte. Quindi questo è chiaramente un tipo straordinariamente insolito di CJD che dovrebbe fare nascere preoccupazioni sulla sicurezza di questi vaccini. È possibile che questa forma di CJD in rapida progressione sia dovuta al mimetismo molecolare fra la proteina Spike e la proteina prionica. Le proteine contenenti domini simili a prioni sono state recentemente ampiamente studiate mediante analisi computazionali per il loro ruolo causale non solo per lo sviluppo di malattie simili a prioni, ma anche per il cancro e le infezioni virali.

Biodistribuzione dei vaccini a mRNA

Le cellule immunitarie trasportano le proteine infettive nella milza e l'ulteriore diffusione dell'infettività si verifica principalmente lungo i nervi piuttosto che attraverso il sistema vascolare o il sistema linfatico.

La biodistribuzione dell'mRNA dai vaccini dopo l'iniezione ha documentato che la concentrazione di gran lunga più elevata è rimasta nel muscolo. Tuttavia, una quantità sostanziale è stata trovata nei linfonodi prossimali, con quantità significativamente inferiori nei linfonodi distali. Tra gli organi, la milza e il fegato avevano di gran lunga le concentrazioni più elevate. Quantità minori sono state trovate nel plasma, nel midollo osseo, nell'ileo e nei testicoli, con tracce in molti altri organi, compreso il cervello.

Esosomi e microRNA

Gli esosomi sono nanovesicole membranose secrete di dimensioni 30-150 nm, generate e rilasciate da tutte le cellule, spesso in condizioni di stress. Queste vescicole extracellulari sono prodotte negli endosomi tardivi dal germogliamento interno della membrana endosomiale. Il loro contenuto è vario e può includere acidi nucleici, proteine, lipidi e metaboliti. La loro membrana lipidica può proteggere le molecole di RNA interiorizzate dalla degradazione da parte delle ribonucleasi extracellulari.

Le cellule che hanno assorbito gli esosomi potrebbero sintetizzare le proteine dall'mRNA contenuto negli esosomi.

Ciò significa che una cellula immunitaria nella milza potrebbe spedire l'mRNA intatto che codifica per la proteina Spike fino al cervello lungo il nervo vago, e un neurone o una cellula microgliale nel cervello potrebbe assorbire l'mRNA e iniziare a sintetizzare la proteina Spike.

Il VAERS (*United States Vaccine Adverse Reporting System*) è un programma nazionale di sorveglianza sulla sicurezza dei vaccini gestito dal governo degli Stati Uniti in cui sia i medici che i pazienti possono presentare casi di reazioni avverse che ritengono correlate a qualsiasi vaccino ricevuto. Un'analisi dei dati del VAERS ha comportato la tabulazione dei conteggi nell'anno 2021 di vari eventi avversi che elencavano i sintomi che potrebbero essere associati all'infiammazione del nervo vago e/o dei principali nervi della testa a cui si collega. Questi sintomi includevano anosmia (perdita dell'olfatto), acufene (ronzio), sordità, paralisi facciale, vertigini, emicrania, disfonia, disfagia (difficoltà a deglutire), nausea, vomito, dispnea (difficoltà a respirare), sincope e bradicardia. Ci sono stati oltre 200.000 casi con questi sintomi legati ai vaccini COVID-19 nel 2021, che rappresentano il 97,2% di tutti i casi per qualsiasi vaccino legato a questi sintomi in quell'anno. Sebbene l'evidenza del VAERS non sia una prova dell'esistenza di un'infiammazione nel nervo vago associata a questi sintomi, tale infiammazione è una spiegazione convincente e plausibile per i sintomi osservati. Gli esosomi svolgono un ruolo importante nella propagazione delle proteine amiloidogeniche nel cervello. La proteina prionica umana, PrP, si trova in associazione con gli esosomi sia nella sua forma normale (PrP^C) che nella sua forma mal ripiegata (PrP^{SC}). Inoltre, gli esosomi contenenti PrP^{SC} sono infettivi.

Potrebbe esserci un principio generale di tossicità indotta tramite endocitosi degli esosomi.

Uno dei tipi di molecole spesso presenti negli esosomi sono i microRNA (miRNA). I miRNA sono piccole molecole di RNA non codificanti a filamento singolo. Svolgono un ruolo regolatore essenziale attraverso la loro capacità di silenziare l'espressione di geni per proteine specifiche.

Sia le cellule dendritiche presentanti l'antigene (DC) che le cellule T possono secernere e assorbire miRNA esosomali. Quindi è appropriato considerare gli esosomi come un meccanismo di comunicazione cellula-cellula per trasferire questi RNA regolatori essenziali fra diversi tipi di cellule in associazione con altri trasportatori. Gli esosomi svolgono un ruolo essenziale nella comunicazione cellula-cellula fra cellule T e cellule B durante il processo di produzione di anticorpi a seguito della presentazione dell'antigene nei centri germinali.

Due miRNA importanti sono miR-155 e miR-146a. Entrambi sono stati trovati negli esosomi rilasciati dalle cellule immunitarie in seguito all'esposizione alle endotossine. Entrambi sono anche stati individuati nella breve lista di miRNA i cui livelli di espressione sono alterati in associazione con COVID-19.

Il miR-155, in particolare, ha un ruolo nella miocardite associata ai vaccini mRNA mentre il miR-146a nell'induzione di malattie neurodegenerative.

Gli esosomi rilasciati dalle cellule immunitarie nella milza risalgono il nervo vago per raggiungere i nuclei del tronco encefalico. Consegnano il loro carico tossico, che può includere non solo la proteina Spike ma anche molecole di mRNA intatte che codificano la proteina, alle cellule riceventi nel cervello. La microglia nel cervello, a sua volta, potrebbe assorbire la proteina Spike e/o l'mRNA, portando potenzialmente a un ulteriore incremento dei recettori di membrana di questi microRNA. Il miR-146a è un miRNA comunemente espresso che è coinvolto in molti stati patologici. In particolare, è altamente associato sia alle infezioni virali che alle malattie da prioni nel cervello.

Questi miRNA sono abbondanti nel cervello e partecipano alla progressione di molti disturbi neurologici legati all'età. Il miR-146a è stato individuato come fattore pro-infiammatorio che contribuisce a diverse malattie neurodegenerative, fra cui il morbo di Alzheimer, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la degenerazione maculare, la sclerosi multipla, l'epilessia del lobo temporale e la CJD. Come accennato in precedenza, il miR-146a è sovraregolato in risposta alle endotossine. La proteina Spike contiene una sequenza appena sopra il suo sito di clivaggio della furina. Ci si può

aspettare che la proteina Spike incrementi i recettori di membrana miR-146a nella microglia che riceve gli esosomi.

Uno dei principali effetti dei vaccini a mRNA è quello di inibire la via di segnalazione dell'interferone di tipo I, portando ad un aumento della predisposizione all'attivazione di virus latenti e cancro. La proteina Spike interagisce con il fattore di regolazione dell'interferone 3 (IRF3) e determina la cessazione dell'attivazione dell'IFN-I. Pertanto la Spike altera l'espressione dell'interferone di tipo I. Il miR-146a sopprime la via di segnalazione dell'IFN-I attraverso la soppressione della sintesi di diverse proteine di segnalazione.

Monociti CD16+ e toll-like receptor 4

Fino al 30% dei pazienti infetti da SARS-CoV-2 continua a manifestare sintomi debilitanti, molto tempo dopo che il virus è scomparso. Questa condizione, comunemente nota come "long COVID", è stata anche ufficialmente denominata "*post-acute sequelae of COVID*" (PASC). I sintomi più comuni comprendono respiro corto, stanchezza, confusione mentale, infiammazione e coagulopatie. In questi soggetti sono stati riscontrati livelli elevati di due tipi specifici di monociti non-classici, CD14+ e CD 16+, fino a 15 mesi dopo l'evento acuto. Questi monociti contenevano ancora la proteina Spike.

Nei soggetti vaccinati che manifestavano sintomi tipo PASC, il rilascio continuato di frammenti di proteina Spike da parte di questi monociti è responsabile di questa sintomatologia.

È ipotizzabile che questi monociti abbiano retroscritto l'mRNA in DNA, probabilmente immagazzinato in plasmidi. È stato dimostrato sperimentalmente che le cellule umane che esprimono il retrotrasposone "long interspersed nuclear element-1" (LINE-1) sono in grado di retroscrivere l'mRNA della proteina Spike nel DNA entro 6 ore dall'esposizione attraverso la transfezione. La stessa proteina Spike, che è anche una proteina legante l'RNA, può facilitare la retroscrittura dell'mRNA della proteina Spike in DNA, mediato da LINE-1. Mentre LINE-1 è inattivo nella maggior parte delle cellule, i neuroni, così come le cellule tumorali e le cellule immunitarie, esprimono attivamente LINE-1, specialmente in associazione con malattie neurodegenerative.

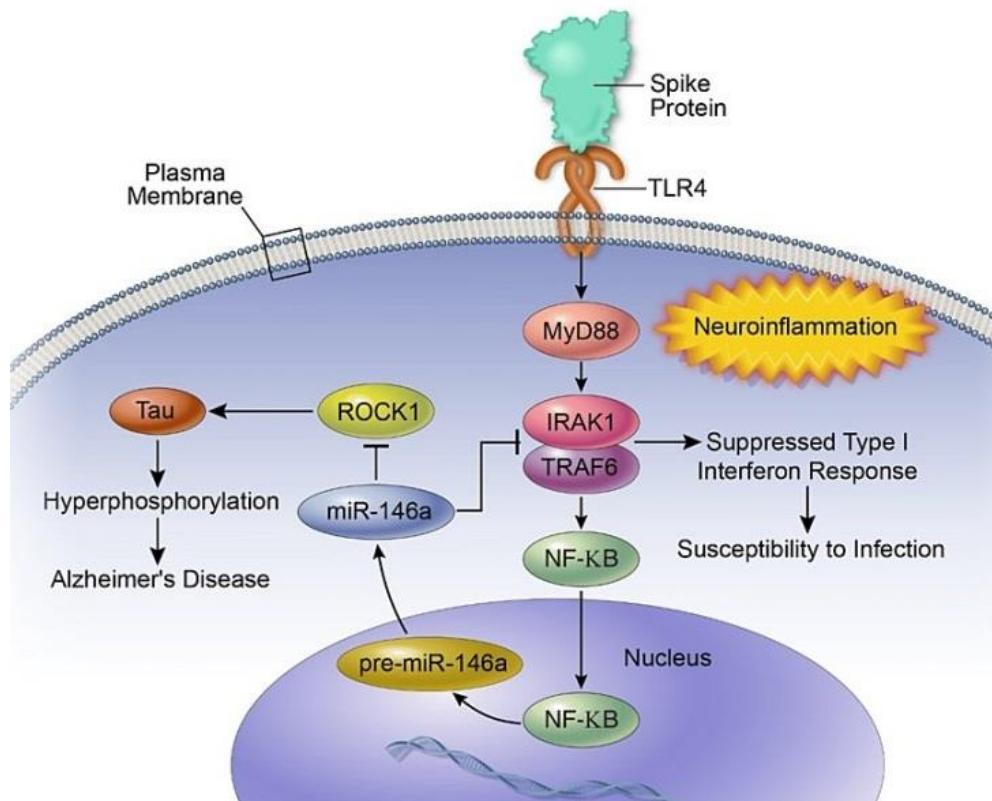
Il fibrinogeno nel sangue può coagularsi in una forma amiloide anomala di fibrina che, analogamente ad altri prioni e amiloidi, è relativamente resistente alla proteolisi (fibrinolisi). La proteina Spike SARS-CoV-2 produce ipercoagulazione del sangue e alterazioni del fibrinogeno in modo diretto, anche quando non è assorbito dalle cellule. Essa inoltre può interagire con la fibrina per formare microcoaguli aberranti di fibrina amiloide, chiamati fibrinaloidi. Questi microcoaguli possono inibire il trasporto degli eritrociti ai capillari, interrompendo l'apporto di ossigeno ai tessuti colpiti. Questa caratteristica della proteina Spike potrebbe essere l'eziologia primaria alla base dei sintomi PASC. Infatti le piastrine sono il più grande serbatoio di proteine prioniche nel sangue. È stato dimostrato che l'attivazione piastrinica induce le piastrine a rilasciare la proteina prionica e a mostrarla sulla superficie degli esosomi. Questa patologia ricorda in modo sorprendente la capacità delle proteine simili ai prioni di causare un ripiegamento errato delle proteine nel cervello che porta a malattie neurodegenerative.

I monociti del sangue riconoscono le endotossine prodotte dai batteri Gram-negativi attraverso una via del *toll-like receptor 4* (TLR4). La proteina Spike SARS-CoV-2 ha una sequenza appena sopra il sito di clivaggio della furina che somiglia molto all'enterotossina B dello stafilococco. Questa sequenza non è presente nel SARS-CoV originale.

La proteina Spike SARS-CoV-2 si lega al TLR4 e lo attiva. È ipotizzabile che il segmento che assomiglia all'enterotossina B stafilococcica sia responsabile dell'attivazione di TLR4.

Il ruolo del TLR4 nella Malattia di Parkinson è supportato da diversi lavori scientifici.

La figura seguente schematizza percorsi e conseguenze del legame proteina Spike-recettore TLR4 nei neuroni e della sovraregolazione del miR-146a:



I sintomi gravi di COVID condividono molte caratteristiche con la sepsi. Il sottogruppo di monociti CD16+ è espanso nei pazienti con sepsi e una risposta infiammatoria sregolata nei monociti CD16+ è collegata alla sepsi. I pazienti settici hanno livelli elevati di monociti CD16+ nel loro sangue. Livelli anormalmente elevati di monociti (CD14+, CD16+) sono anche associati alla sarcoidosi e alla sindrome dolorosa regionale complessa, una condizione associata all'infiammazione neurogena.

Potenziati interazioni fra la proteina Spike e PrP

Il virus dell'AIDS, l'HIV, invade il sistema nervoso centrale dove provoca neuroinfiammazione che porta a disturbi cognitivi. Uno studio pubblicato nel 2017 ha dimostrato che l'espressione del TNF- α , indotta dall'HIV, ha portato allo spargimento di PrP dagli astrociti nel cervello. I livelli di PrP nel liquido cerebrospinale dei pazienti con AIDS affetti da problemi cognitivi erano elevati rispetto a quelli dei pazienti con AIDS senza problemi cognitivi.

Il fatto che la proteina Spike induca una forte sovraregolazione del TNF- α e causi problemi cognitivi implica che potrebbe anche, come l'HIV, sovraregolare l'espressione di PrP nel cervello.

In base all'attivazione del *toll-like receptor* da parte della proteina Spike, sia l'isoforma normale della proteina prionica che l'espressione della β amiloide sono potenziate attraverso la promozione dell'espressione di p53 tramite il metabolismo della β amiloide. Un aumento dei numeri di PrP^C può portare a un errato ripiegamento della conformazione del prione e genera prioni e malattie correlate ai prioni.

Ci sono prove che PrP protegga le cellule in condizioni di stress ossidativo dalla senescenza.

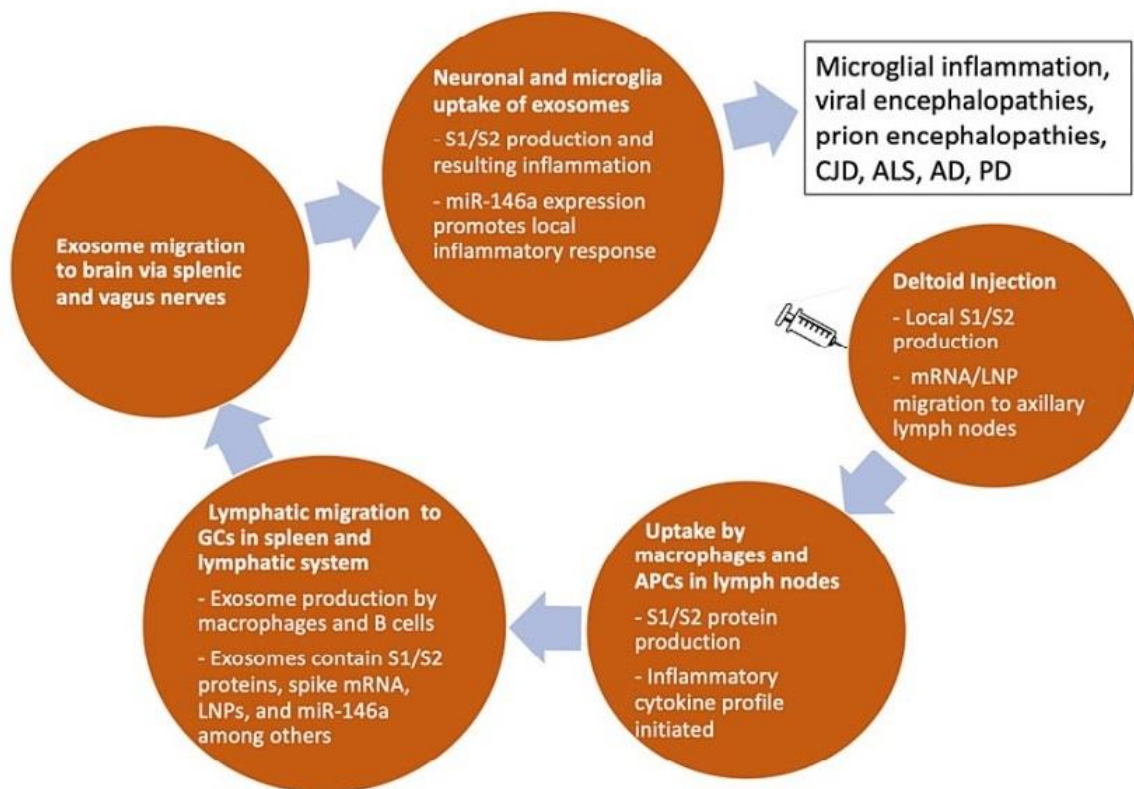
L'abbattimento dell'espressione di PrP attraverso un piccolo RNA interferente ha provocato un aumento dei marcatori di senescenza. In conclusione, la PrP è sovraregolata in condizioni di stress ossidativo e aiuta come antiossidante a ritardare la senescenza.

La proteina Spike induce la senescenza nelle cellule transfettate. Inoltre vaccini a mRNA possono indurre una senescenza prematura attraverso la formazione di sincizi nelle cellule immunitarie esposte, principalmente a causa del loro contenuto lipidico.

L'affollamento macromolecolare può facilitare la conversione della PrP nativa nella configurazione oligomerica β solubile neurotossica. È verosimile che la rapida produzione di proteina Spike

dall'mRNA nelle cellule immunitarie transfettate induca un ambiente affollato, mentre allo stesso tempo sovraregola la sintesi di PrP a causa della condizione di stress. Questo potrebbe costituire un ambiente ideale per la formazione di molecole PrP^{Sc}, che verrebbero rilasciate all'interno degli esosomi dalle cellule immunitarie transfettate nella milza e altrove. La trasformazione della PrP^C nella molecola infettiva PrP^{Sc} è un processo estremamente lento in assenza di PrP^{Sc}. Tuttavia, sotto l'influenza di PrP intermedi, PrP^{Sc} può indurre una solida e irreversibile genesi amiloide.

La figura seguente mostra uno schema della probabile sequenza di eventi che portano alla neurodegenerazione, a cominciare dall'iniezione nel muscolo deltoide:



Ruolo di Hsp70 e diabete

Le persone che soffrono di diabete e/o obesità hanno un rischio maggiore di esiti gravi da COVID-19. Una possibile spiegazione è che queste condizioni interrompano la risposta allo shock termico (HSR), una risposta naturale alla febbre che normalmente porta alla risoluzione della risposta infiammatoria. Spesso è l'eccessiva produzione di citochine da parte di un sistema immunitario iperattivo che porta a danni ai tessuti e insufficienza multiorgano potenzialmente letale.

La segnalazione alterata dell'insulina porta a una capacità carente di indurre HSR e alla successiva risoluzione dell'infiammazione. Soggetti con insulino-resistenza hanno una maggiore suscettibilità all'esposizione alle endotossine a causa della loro alterata capacità di indurre l'espressione di HSR. Studi umani post-mortem di pazienti deceduti a causa di COVID-19 hanno dimostrato che un obiettivo primario della proteina Spike SARS-CoV-2 sono le cellule immunitarie, in particolare i macrofagi, nella milza e che molte cellule infette sono andate incontro ad apoptosi. Le cellule apoptotiche rilasciano un numero maggiore di esosomi rispetto alle cellule sane. Le cellule immunitarie nei centri germinali della milza che sintetizzano costantemente la proteina Spike sotto l'istruzione dell'mRNA nel vaccino a mRNA sarebbero sottoposte a notevole stress a causa del carico proteico in eccesso e con la possibilità che i frammenti proteici Spike si ripieghino erroneamente in una forma amiloidogena.

Gli esosomi rappresentano un metodo nuovo ed efficiente per la trasmissione dei prioni. La stimolazione del rilascio dell'esosoma aumenta il trasferimento intercellulare delle proteine

prioniche e, viceversa, l'inibizione farmacologica del rilascio dell'esosoma diminuisce l'efficienza del trasferimento del prione. Le persone obese o diabetiche vaccinate soffrirebbero di una alterata capacità di sollecitare l'HSR, lasciando le cellule che assorbono esosomi contenenti la proteina Spike meno protette dal ripiegamento errato della proteina e quindi più vulnerabili all'apoptosi, creando un circolo vizioso.

Ruolo potenziale dei G-quadruplex (G4)

Una considerazione nel confrontare la proteina Spike del vaccino con la proteina sintetizzata dal virus è correlata alla fase di "ottimizzazione del codone" nello specificare l'mRNA per i vaccini. Questa pratica sfrutta i codici nucleotidici ridondanti per la maggior parte degli aminoacidi e comporta la sostituzione dei codoni utilizzati dal virus con altri più efficienti nell'assemblaggio delle proteine. Si è visto che i codoni più efficienti, in media, contengono più guanine di altri codoni.

I nucleotidi della guanina, quando sono arricchiti nella sequenza nucleotidica, sono talvolta in grado di configurarsi in una struttura speciale chiamata "G quadruplex" (G4). I G4 hanno la potenziale capacità di regolare la traduzione in modi poco conosciuti. È stato ipotizzato che i G4 possano svolgere un ruolo critico nel far assumere alla proteina prionica il suo stato mal ripiegato. La sequenza nucleotidica originale nella versione virale dell'mRNA della proteina Spike ha il potenziale per formare solo quattro strutture G4. Al contrario, la versione Pfizer ha il potenziale per produrne nove e la versione Moderna può formarne 19.

La presenza di strutture G4 nell'mRNA di PrP può fornire l'anello mancante nella conversione iniziale di PrP^C in PrP^{SC}.

Rivalutazione del rapporto rischio/beneficio della vaccinazione contro la COVID-19

Uno studio pubblicato su Lancet (*Nordström P.*) ha monitorato l'efficacia dei vaccini COVID-19 nel tempo. Ha mostrato che una volta trascorsi 8 mesi dalla seconda iniezione della serie di due iniezioni, la funzione immunitaria era inferiore a quella degli individui non vaccinati. Mentre i booster possono ripristinare temporaneamente livelli più elevati di anticorpi, i booster frequenti potrebbero erodere ulteriormente la funzione immunitaria innata per un periodo indefinito, portando ad un aumento del rischio di varie infezioni e cancro. Inoltre, la rapida evoluzione del virus sta determinando un legame anticorpale sempre più debole con la proteina Spike del ceppo ora dominante. Con ogni vaccino arriva un'ondata di proteine Spike rilasciate nella circolazione, aumentando ulteriormente il potenziale di effetti amiloidogenici e aumentando il rischio di future malattie neurodegenerative.

Un altro autore (*Yamamoto K.*) ha fortemente scoraggiato politiche che promuovano richiami vaccinali ripetuti.

Conclusioni

I vaccini a mRNA potrebbero essere in grado di far arrivare la proteina Spike al cervello, tramite gli esosomi rilasciati dai centri germinali nella milza che risalgono il nervo vago, aumentando il rischio di malattia neurodegenerativa.

Pertanto i vaccini COVID-19 potrebbero accorciare in individui suscettibili il tempo necessario per la manifestazione della malattia neurodegenerativa. Ipotizziamo quindi che l'età di insorgenza della malattia neurodegenerativa a livello di popolazione diminuirà in futuro nei paesi in cui l'assorbimento del vaccino è stato elevato. Particolarmente preoccupante è l'evidenza che i monociti CD16+ possono produrre continuamente proteina Spike per mesi dopo la vaccinazione, possibilmente attraverso la presenza citosolica prolungata di mRNA o la trascrizione inversa dell'mRNA nel DNA. È ormai chiaro che gli anticorpi indotti dalla vaccinazione diminuiscono nel tempo, rendendo necessari frequenti richiami per aumentare i livelli di anticorpi per una protezione sufficiente da COVID-19. Con ogni richiamo si manifesta un rischio composito di future malattie neurodegenerative.

[134 voci bibliografiche] e-mail: seneff@csail.mit.edu

VACCINI COVID (per chi ha fretta)

Le *particelle nanolipidiche* iniettate con il vaccino nel muscolo deltoide viaggiano per via sistemica. Si tratta di miliardi di particelle che si accumulano con estrema facilità in organi in cui non dovrebbero essercene. Mentre l'mRNA naturale viene degradato in pochi secondi o minuti, quello del vaccino è stato modificato per durare a lungo (l'introduzione della *pseudouridina* ha valso il premio Nobel per la medicina nel 2023 ai suoi inventori): la proteina Spike, che è tossica, verrà prodotta continuamente. Le *free-floating Spike proteins* sintetizzate dalle cellule bersagliate dal vaccino e distrutte dalla risposta immune, circolano nel sangue.

L'mRNA veicola le istruzioni contenute nel genoma per stampare le proteine. La costruzione di RNA sintetici permette di trasmettere alle cellule informazioni specifiche senza modificare le istruzioni del DNA, in modo tale che le cellule diventino una sorta di "fabbrica" di farmaci al bisogno.

Modulare l'mRNA in modo preciso ed efficace permette di regolare l'espressione del prodotto di un gene senza cambiare il codice genetico originario, differenziandosi così dalla "terapia genica", che invece ha l'obiettivo di correggere un determinato difetto genetico agendo direttamente sul DNA (ad esempio per le malattie metaboliche, quelle neuromuscolari e neurodegenerative, infettive, cardiovascolari e tumorali). Tuttavia, occorre essere estremamente prudenti in queste "manipolazioni" per quanto precise, perché non sempre si possono prevederne gli esiti con altrettanta precisione ("You cannot mess with your immune system").

La vaccinazione a mRNA è un "modello di abbonamento". Dosi ripetute danneggiano il *sistema immunitario* nei plurivaccinati (che infatti si ammalano di più), ma potrebbe bastare anche una sola dose per creare un attacco immunitario a organi e tessuti in alcuni soggetti. I vaccini per COVID-19 a mRNA e a DNA hanno causato diversi effetti avversi in tutto il mondo. Generalmente di lieve entità, sono tuttavia associati in alcuni individui a complicanze molto gravi: trombosi, miocarditi, epatiti, malattie neurologiche, disturbi mestruali, malattie autoimmuni, morti improvvise, danni sulla fertilità (aborti, malformazioni, pre-eclampsia), sviluppo di cancro che per il momento non è possibile attribuire con certezza ai vaccini perché servono autopsie mirate con *staining* per le proteine virali e per quelle vaccinali (ma che allo stesso tempo non è possibile escludere).

Il danneggiamento del sistema immunitario porta a infezioni ripetute, sepsi, malattie autoimmuni, cancro (effetto sistemico). Effetti locali dipendono invece dal punto dove le particelle nanolipidiche si accumulano (midollo osseo, sistema epatobiliare, colon, testicoli, ovaie, mammella).

Giocare con il DNA umano è un po' come giocare con Dio. Se questo serve a curare tumori o malattie genetiche allora può avere più di un senso, ma per tentare di 'vaccinare' individui altrimenti sani (compresi i bambini e le donne in gravidanza) in questo caso i rischi superano i benefici.

La presenza di *DNA plasmidico* e di promotore di *SV40* sono poi del tutto inaccettabili.



DISINTOSSICAZIONE DALLE PROTEINE SPIKE

Queste informazioni non devono essere considerate consigli medici; i pazienti devono sempre consultare i propri medici per un consiglio in merito alle loro specifiche esigenze mediche individuali.

Una dieta sana è vitale per sostenere un sistema immunitario sano

- Ridurre il consumo di alimenti pro-infiammatori (cioè istituire una dieta a basso contenuto di istamina):
 - carne e pollame freschi o surgelati (no salumi, no conserve, no ketchup, no salsa di soia)
 - pesci freschi o surgelati (no pesce in scatola, no crostacei, no frutti di mare, no pesce affumicato)
 - formaggi freschi, ricotta e yogurt (no formaggi fermentati o stagionati)
 - frutta preferibilmente fresca, eccetto fragola, banana, ananas, papaya, agrumi (no frutta secca)
 - verdure (no pomodori, no crauti, no spinaci)
 - cereali
 - olio extravergine di oliva a crudo
 - aceto di mele (no aceto di vino)
 - no alcolici, caffè e cioccolato
 - acqua (almeno due litri di liquidi al giorno)
- Digiuno intermittente: acqua o tisane per tre giorni (induce l'autofagia, cioè un processo di riciclaggio dove le cellule degradano e riciclano i componenti). L'autofagia è usata dall'organismo per eliminare le proteine cellulari danneggiate e può distruggere virus e batteri nocivi dopo un'infezione
- Consumo quotidiano di un multivitaminico (vitamina A, vitamina E, iodio, selenio, oligoelementi, oltre alla vitamina C, alla vitamina D3, etc.)
- Terapia del calore (saune e bagni caldi)

Farmaci e integratori che possono essere presi in considerazione (dopo consiglio medico)

Ivermectina

Farmaco antiparassitario, con proprietà antivirali (e antitumorali)
0,2-0,4 mg/kg alla settimana per 4 settimane, poi mensilmente

Fenbendazolo

studi in corso (non approvato per uso umano)

Idrossiclorochina

Farmaco antimalarico, utilizzato anche per il trattamento di alcune malattie autoimmuni (AR, LES)
200 mg alla settimana per 4 settimane

Probiotici

Probiotici ad alta concentrazione (innalzano difese immunitarie, riducono il legame fra virus e ACE2)

Vitamina C

Antiossidante (funzionamento del sistema immunitario e sintesi del collagene)
6-12 gr al giorno, divisi equamente fra ascorbato di sodio (diversi gr), vitamina C liposomiale (3-6 gr) e palmitato di ascorbato (1-3 gr)

Vitamina D3 + K2

Vit. D3 (colecalfiferolo) *5.000-10.000 U.I. al giorno* + vit. K2 (menachinone) *100-200 mcg al giorno*

Zinco

Micro-nutriente antiossidante, riduce la proliferazione virale (il deficit di zinco è noto per essere responsabile di un'aumentata suscettibilità alle infezioni)
11-40 mg al giorno

Magnesio

Minerale con molteplici funzioni (muscolare, nervoso, sistema immunitario, ossa, cuore, pressione)
Fino a 350 mg al giorno

N-acetilcisteina (NAC)

Antiossidante, innalza il glutathione
Fino a 1.200 mg al giorno (in dosi divise)

Glutazione liposomiale

Antiossidante potente (contrastata i radicali liberi, stimola i linfociti, ha azione disintossicante)

Uno stick al giorno

Lattoferrina

Proteina ad azione fungicida e battericida

200 mg due volte al giorno

Nattokinasi

Enzima che risolve i coaguli, rompe la proteina Spike e le fibre amiloidi (il Natto è un piatto giapponese a base di soia). Non assumere in gravidanza

Prunella Vulgaris (selfheal)

Pianta ad azione anti-SARS-CoV-2

7 once (207 ml) al giorno

Neem

Albero (proprietà antisettiche, antivirali e fungicide). Non assumere in gravidanza

Estratto di foglie di dente di leone

Tarassaco allevia i disturbi digestivi

Decotto agli aghi di pino

Infuso ad azione antinfiammatoria e balsamica (per le prime vie respiratorie)

Tre volte al giorno (anche l'olio/resina che si accumula nel tè). Non assumere in gravidanza

Tisana ai semi di finocchio

Fonte di flavonoidi e numerosi oli essenziali (per il sistema digerente)

Tè all'anice stellato

Albero tropicale sempreverde con proprietà antiossidanti (disturbi mestruali, sistema immunitario)

Erba di San Giovanni

L'iperico è una pianta officinale con proprietà antibatteriche e antivirali

Foglia di Consolida (Comfrey)

Pianta (*Symphytum*) con proprietà emollienti ed espettoranti. Non assumere in gravidanza

Boswellia serrata

Gli estratti di questa pianta (albero dell'incenso) hanno proprietà antivirali

Cumino nero (Nigella Sativa)

Esplica attività antivirali e immunomodulanti

Curcumina

La Curcuma ha proprietà antinfiammatorie, antivirali, anticoagulanti

80 mg due volte al giorno per tre settimane

Olio di pesce

Fino a 2.000 mg al giorno

Fisetina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

Fino a 100 mg al giorno (consumare con i grassi)

Apigenina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

50 mg al giorno

Quercetina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

Fino a 500 mg due volte al giorno (consumare con Zinco)

Resveratrolo

Potente antiossidante, con proprietà antivirali, antinfiammatorie e antitumorali

Fino a 1.500 mg al giorno (per un massimo di 3 mesi)

Luteolina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

100-300 mg al giorno

Tè al gelsomino

Fino a 8 tazze al giorno

Spezie

Alloro, origano, salvia, basilico, aglio, cipolla, erba cipollina, menta peperina, rosmarino, zenzero, curcuma, cannella, pepe nero, noce moscata, chiodi di garofano e anice stellato

Rutina

Glicoside flavonoico presente in alcune piante

500-4.000mg al giorno

Limonene

Monoterpene ciclico con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

Fino a 2.000 mg al giorno

Baicaleina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

100-2.800mg

Esperidina

Flavonoide con proprietà antinfiammatorie e antiossidanti

Fino a 150 mg due volte al giorno

Tè verde

Proprietà antiossidanti (epigallocatechina gallato o EGCG), antivirali, antiproliferative e immunomodulatorie

Fino a 8 tazze al giorno

Alghe verdi blu

1-10 grammi al giorno

Andrographis Paniculata

400 mg due volte al giorno. Non assumere in gravidanza

Estratto di cardo mariano

200 mg tre volte al giorno

Bromelina

Meglio in associazione a NAC

Selenio

200-300 mcg/die

Taurina

Aminoacido essenziale. Ruolo antinfiammatorio, protettivo per il cuore

Sciroppo di sambuco

Azione antivirale e antimicrobica (aumenta la produzione di IFN-1)

Olive Leaf

Estratto di foglie di Olivo (antiossidante)

Melatonina

Ormone prodotto dall'epifisi. Aumenta le citochine antinfiammatorie

Zeoliti

Minerali ad azione disintossicante (proprietà adsorbenti, chelanti, immunostimolanti, antiossidanti)

Carbone attivo

Carbonio amorfo (ha proprietà adsorbenti delle tossine)

NON TUTTO FUNZIONA PER TUTTI