

Al Collegio di disciplina dell'Università del Salento  
che si riunirà il 22 settembre 2021

Sono accusata di non aver obbedito alle norme nazionali e interne dell'Ateneo, permettendo agli studenti con problemi respiratori (autocertificati) di togliere una mascherina coprente le vie respiratorie durante il loro esame scritto e in altre circostanze – compresa, aggiungo, la Scuola estiva Nascere e mettere al mondo, da me coordinata nel settembre 2020.

Premesso che durante gli esami scritti “per le caratteristiche dei luoghi o per le circostanze di fatto, sia [è] garantito in modo continuativo l'isolamento da persone non conviventi” (comma 2 DL 15/2021), ci sono regole più fondamentali in un paese democratico di quelle estemporanee derivate da una dichiarazione di emergenza avvenuta ben più di un anno prima dei fatti a me contestati (quindi forse si tratta di norme non così giustificate dall'emergenza?): le regole della Costituzione e i diritti umani, tra cui in particolare il diritto alla salute, che nel caso in oggetto significa diritto a respirare liberamente, soprattutto durante uno sforzo intellettuale prolungato qual è un esame scritto della durata di due ore.

Se infatti la contestazione non è la mancata cieca obbedienza alle norme, ma una questione di fatto, è tutto da provare che la mascherina sia tra le “misure di protezione finalizzate alla riduzione del contagio” (art. 3 DR 255/2021). La premessa dell'accusa a me rivolta, infatti, tradotta in “grave insubordinazione” e passibile di sospensione fino a un anno ai sensi di una legge approvata nell'anno XI dell'era fascista (richiamata dalla legge Gelmini), è l'efficacia e il rapporto positivo costi/benefici delle mascherine ai fini di impedire il contagio della malattia Covid.

La stessa OMS all'inizio della sua diffusione aveva dichiarato che l'uso delle mascherine era inutile per le persone non malate, cosa che si riflette nel punto 6 di un decalogo di comportamento, prodotto da organi accademici, ancora appeso alle pareti dell'Università. La posizione era diffusa: Walter Ricciardi, il 25.2.2020 alla conferenza stampa con il commissario Borrelli affermò che “le mascherine alla persona sana non servono a niente, servono alla persona malata e al personale sanitario” (video reperibile su you tube).

È infatti noto che una barriera sulle vie respiratorie costringe a reimmettere nell'organismo parte della CO<sub>2</sub> espirata con effetti deleteri anche sulla performance intellettuale, oltre a rischio di mal di testa, aumento dell'insufficienza respiratoria, ipossia, ipercapnia (appunto), svenimenti e anche effetti a lungo termine come dermatiti, parodontiti e carie in caso di uso prolungato: di seguito bibliografia e link degli studi che lo comprovano, insieme ad altri che non trovano alcuna efficacia particolare dell'uso di mascherine nella protezione di sé o di altri da malattie qualora i soggetti siano sani, come gli studenti che si sottopongono ad esame devono essere – vedi la loro autocertificazione richiesta per partecipare alle attività universitarie.

Ma anche formalmente le norme di Ateneo sono errate. Persino i DPCM prevedevano l'eccezione all'obbligo di mascherina per i soggetti con problemi respiratori, non le norme di Ateneo. Il mio accusatore, prof. De Luca (che dichiara di agire spronato da studenti), nel silenzio delle regole di Ateneo, ritiene che queste difficoltà debbano essere certificate. La mia posizione, a fondamento della quale richiamo la Costituzione e la Dichiarazione universale dei diritti umani, è che le difficoltà respiratorie possono sorgere in qualunque momento durante l'uso di una mascherina, e che debbano essere i soggetti in questione, studenti distanziati, fermi ai loro banchi, tutti adulti e quindi responsabili di se stessi e della valutazione dei rischi sanitari che corrono, a giudicare dell'insorgere di problemi, non certo chi li sottopone ad esame. Il fatto, non menzionato nell'accusa, che quasi tutti gli studenti fossero senza mascherina testimonia appunto che, al di là delle cinque testimonianze anonime (!) di persone che suppongo non essere state in aula (non ve ne

erano cinque mascherati), quasi tutti al momento dell'irruzione del prof. De Luca, che gridando li ha intimiditi perché reindossassero il loro pezzo di stoffa/plastica, avevano preferito la libera respirazione e l'eventuale (e francamente, date le condizioni a Lecce e nella provincia, inesistente) rischio trasmissivo alle difficoltà del suo uso. Posso aggiungere che, uscito il professore, la maggior parte ha poi continuato l'esame respirando liberamente, comprovando di aver patito un disagio. E se crediamo alla protezione assicurata da una mascherina contro la malattia Covid, la retorica del dover usare questo dispositivo sanitario "per proteggere gli altri" rimane appunto pura e vuota retorica: gli studenti che hanno mantenuto la mascherina non sarebbero stati minacciati dagli altri, rimanendo infatti protetti.

Andando ancora più a fondo nella sostanza dell'episodio: o le mascherine sono dispositivi sanitari e il loro uso è un trattamento sanitario, dunque – pur essendo io un pubblico ufficiale tenuta a far rispettare le norme di Ateneo e la legalità – non è nelle mie competenze imporre trattamenti sanitari a chicchessia; oppure è un oggetto simbolico, simbolo appunto di sottomissione (gli schiavi sono stati spesso costretti a usarle, così come le donne ove considerate inferiori e non umane: gli arnesi non possono né devono avere un volto) e obbedienza cieca alle regole per quanto insensate, premessa per la progressiva riduzione in stato di servitù, cui stiamo appunto assistendo con la costrizione a partecipare a un esperimento scientifico (detto "vaccinazione anti-Covid") che provoca con frequenza non trascurabile morti, malattie, invalidità, effetti sconosciuti nel medio e lungo periodo, pena soggiacere a una forma di apartheid tramite greenpass. È un aspetto degli attacchi alla popolazione che abbiamo subito dai nostri stessi governi dal marzo 2020: negazione e proibizione di tutte le cure non ospedaliere per la Covid (ma anche per molte altre malattie considerate "non urgenti"), cancellazione di diritti costituzionali, forzata inattività delle piccole e medie imprese, devastazione della pubblica istruzione, persecuzione di chi risulta positivo a un tampone – mai validato per fini diagnostici - mentre si trova in buona salute, e ora creazione di una sorta di apartheid tra possessori e non possessori del green pass.

E non dimentichiamo che tra i rimedi che si prospettano alla "pandemia" vi sono la digitalizzazione di ogni cosa, ovvero il grado massimo di controllo del popolo tramite tracciamento, abolizione del contante, fino ai microchip sottopelle (6G e ID2020) e al credito sociale come in Cina. Certamente rimarrò al massimo grado insubordinata nei confronti di questo Grande Reset, come lo chiamano al Forum economico mondiale di Davos, dove viene architettato.

Sono costernata e anche arrabbiata (così mi sentivo durante l'ultimo episodio di irruzione del Presidente del corso di laurea De Luca in un'aula affidata alla mia responsabilità, cosa che nell'atto di accusa viene interpretata come arroganza) per l'importanza data a questo marginalissimo episodio della vita accademica. Ciò rafforza l'interpretazione simbolica del tutto.

L'accusa è chiara: le regole dell'Ateneo vanno ciecamente obbedite, noi professori non siamo che ingranaggi nella volontà dello Stato, la mascherina è il giusto emblema dell'attuale regime sanitario: "protegge" e soffoca. La mia profonda credenza – fede, se vogliamo – nel fatto che esistano regole molto più fondamentali di quelle che si spacciano per "scientifiche" e sanitarie come l'obbligo generalizzato di indossare una copertura delle vie respiratorie, e quindi del volto, della personalità, dell'espressione di sé, mi impedisce di ubbidire.

Vorrei comunque fare notare la non piccola contraddizione dell'essere stata nominata ricercatrice universitaria, ovvero una persona che per mestiere deve fare ricerca, non obbedire a dogmi, mettere in discussione persino quello che sembra – ma forse non è – scienza e verità accertata, e contemporaneamente secondo l'accusa dover essere un "pubblico ufficiale" a cui si chiede obbedienza, e obbedienza non a regole di gestione della *res publica* universitaria per garantire al meglio le sue funzioni (ciò che ho sempre fatto), ma a regole sanitarie del tutto opinabili e coerenti solo con una gestione della "pandemia" (tasso di letalità complessivo inferiore all'1%, età media dei decessi con Covid oltre gli ottanta anni) tesa solo a garantire poteri eccezionali e stravolgimento della Costituzione a fini di dominio sulla popolazione tramite la digitalizzazione, come ho scritto ne *Il modo di produzione informatico*, e come accenno anche nella parte da me redatta dell'opuscolo *Noi e il nostro Covid*, che appare come capo d'accusa, in quanto "dannoso" –

un opuscolo che riporta i contatti dei medici che curano la malattia! Sfido l'accusatore a indicare le affermazioni false che l'opuscolo contiene. L'unica correzione che farei è che coloro che stanno per sviluppare la malattia risultano essere contagiosi da un paio di giorni prima di avere sintomi, secondo le ultime ricerche. Preciso anche che l'opuscolo (forse sbagliando, dato che l'accusa proviene da studenti) non è stato da me diffuso nella realtà universitaria, ma solo in indirizzari in mio possesso, tra cui quello della Scuola estiva da me organizzata ma ormai da tempo finita, quindi non ho mai abusato della mia posizione di docente per diffonderlo, ma usando invece conoscenze personali.

Un altro dei capi d'accusa a me rivolti è di "aver rifiutato la vaccinazione". Già questa accusa si configura come violazione della privacy dei miei dati sanitari, forse passibile di controdenuncia. Tuttavia voglio rispondere nel merito, perché la questione è estremamente importante e necessita di chiarimenti.

Non ho "rifiutato" alcuna "vaccinazione". Mi è stata ripetutamente proposta dall'Ateneo (bastava una volta, non quattro!) la partecipazione alla fase 3 della sperimentazione delle terapie geniche (a mRNA o vettori transgenici) contro la malattia Covid, una sperimentazione che ha potuto essere approvata nell'Unione Europea – che ha derogato al divieto di modificare geneticamente gli esseri umani (vedi opuscolo per la fonte UE) – solo per il boicottaggio messo in atto dalle Istituzioni sanitarie non solo italiane delle terapie che moltissimi medici di base (ad esempio [ippocrate.org](http://ippocrate.org), e il compianto De Donno, tornato medico di base per poter lavorare e far guarire i malati) hanno efficacemente usato per curarla. Non ho pertanto dovuto "rifiutare" alcunché: ho implicitamente declinato la proposta non prendendo alcun appuntamento, dato che ci tengo a preservare la mia salute. E chi dice che io non abbia già avuto il Covid e non sia pertanto già naturalmente immunizzata? (Cosa, detta per inciso, che non viene verificata dagli spacciatori di "vaccini": una delle tante illogicità che si spiegano solo con la brama di profitti e potere.)

Inoltre il codice di Norimberga, che ha retrospettivamente punito le atrocità naziste, impedisce agli Stati di forzare la partecipazione a esperimenti medici, e dunque anche a questo, anche se è comunemente ed erroneamente chiamato "vaccinazione". Il composto inoculato non ha infatti alcuna componente virale (attenuata – questa la definizione di "vaccino" persino per l'OMS), ma tratta il corpo umano come fosse un computer programmabile, inserendo istruzioni estranee al nostro genoma. Chi è cattolico ha anche obiettato all'uso di linee cellulari estratte da feti abortiti in avanzato stato di gravidanza. Che la mia mancata partecipazione a questo esperimento farmaceutico compaia tra le accuse a me rivolte è assolutamente sbalorditivo.

Ma ancora una volta: sì, sono "colpevole" di quell'atto, di non aver voluto partecipare a una sperimentazione medica, così come sono "colpevole" di aver in parte redatto e successivamente diffuso l'opuscolo di informazioni sulla cosiddetta "pandemia" (l'OMS tolse una dozzina di anni fa il requisito dell'alta mortalità e letalità, lasciando solo la grande diffusione geografica e stravolgendo quindi il senso comune della parola) intitolato *Noi e il nostro Covid*, reperibile anche in rete, alla cui lettura invito i membri della Commissione disciplinare, come chiunque altro, risalendo alle fonti citate – una piccola parte di quanto è di sostegno alle nostre affermazioni – e alle altre disponibili, essendo noi colleghi nel *Beruf* della ricerca.

Daniela Danna  
ricercatrice in Sociologia generale

Allego:

- Libro *Why Wearing a Mask Makes Healthy People Sick* di Jim Meehan, chirurgo oftalmico statunitense, già direttore di *Ocular immunology and inflammation*: "Sulla base di un'ampia revisione e analisi, non ho dubbi sul fatto che le persone sane non dovrebbero indossare mascherine chirurgiche o in tessuto".

Fonte: <https://lp.constantcontactpages.com/su/dSsvlcE>.

- Opuscolo *Noi e il nostro Covid*

- Dichiarazione del medico curante relativa alle mie difficoltà respiratorie con mascherina

### Estratti dal libro *Why Wearing a Mask Makes Healthy People Sick*

Fauci, the U.S. Surgeon General, the CDC, the WHO, and pretty much every infectious disease expert stated that wearing masks won't prevent transmission of SARS CoV-2. (p. 14)

One of the largest and highest-level of evidence studies on the effectiveness of face masks on the transmission of respiratory viruses, which was recently released by the CDC, is Jingyi Xiao et al.: "Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings: Personal, Protective, and Environmental Measures". *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 26, No. 5, (May 2020). [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article). This CDC meta-analysis found that face masks failed to provide a significant reduction to virus transmission. (p. 24)

Masks have never been proven to protect either the wearer or the community from the transmission of respiratory pathogens. Mask mandates during a pandemic are opposed by decades of high level science. (p. 47)

FACE MASKS AND STAY AT HOME ORDERS PREVENT THE DEVELOPMENT OF HERD IMMUNITY. (p. 112)

The best evidence for masks was commissioned by the WHO and published in the Lancet in June 2020. The title, "Physical Distancing, Face Masks, and Eye Protection to Prevent Person-to-Person Transmission of SARS-CoV-2 and CoVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis," sounds like high-level scientific evidence (p. 63) Le pagine successive del libro dettagliano i numerosi problemi che invalidano questo studio.

- » Masks worn properly are well documented to cause harm to their wearers. Masks worn improperly, re-used, or contaminated are dangerous.
- » Any reasonable risk to benefit analysis of medical masks concludes that the risks overwhelmingly outweigh the benefits.

Margareta Griesz-Brisson, neurologa tedesca (da un videomessaggio): "La respirazione della nostra aria espirata crea senza dubbio una carenza di ossigeno e ci inonda di anidride carbonica. Sappiamo che il cervello umano è molto sensibile alla privazione dell'ossigeno. Ci sono cellule nervose, per esempio nell'ippocampo, che non possono stare più di tre minuti senza ossigeno, non possono sopravvivere. I sintomi acuti di avvertimento sono: mal di testa, sonnolenza, vertigini, problemi di concentrazione, rallentamento dei tempi di reazione, reazioni del sistema cognitivo." La mascherina è inefficace per proteggersi da un virus. Conclude: "Noi siamo responsabili di ciò che pensiamo, non i media. Noi siamo responsabili di ciò che facciamo, non i nostri superiori. Noi siamo responsabili della nostra salute, non l'OMS. Noi siamo responsabili di ciò che accade nel nostro Paese, non il Governo". (<https://odysee.com/@CosmicEvent:5/German-Neurologist-Margareta-Griesz-Brisson--Masks-are-Dangerous:3>) min 4.40

Studio danese randomizzato sull'efficacia delle mascherine contro il covid-19: non vi è alcuna differenza significativa: Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers : A Randomized Controlled Trial

[Henning Bundgaard](#)<sup>1</sup>, [Johan Skov Bundgaard](#)<sup>1</sup>, [Daniel Emil Tadeusz Raaschou-Pedersen](#)<sup>1</sup>, [Christian von Buchwald](#)<sup>2</sup>, [Tobias Todsen](#)<sup>2</sup>, [Jakob Boesgaard Norsk](#)<sup>3</sup>, [Mia M Pries-Heje](#)<sup>1</sup>, [Christoffer Rasmus Vissing](#)<sup>1</sup>, [Pernille B Nielsen](#)<sup>3</sup>, [Ulrik C Winsløw](#)<sup>1</sup>, [Kamille Fogh](#)<sup>3</sup>, [Rasmus Hasselbalch](#)<sup>3</sup>, [Jonas H Kristensen](#)<sup>3</sup>, [Anna Ringgaard](#)<sup>1</sup>, [Mikkel Porsborg Andersen](#)<sup>4</sup>, [Nicole Bakkegård Goecke](#)<sup>5</sup>, [Ramona Trebbien](#)<sup>6</sup>, [Kerstin Skovgaard](#)<sup>7</sup>, [Thomas Benfield](#)<sup>8</sup>, [Henrik Ullum](#)<sup>2</sup>, [Christian Torp-Pedersen](#)<sup>4</sup>, [Kasper Iversen](#)<sup>3</sup>

Ann Intern Med. 2021 Mar;174(3):335-343.

doi: 10.7326/M20-6817. Epub 2020 Nov 18.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>

La fonte degli studi successivamente elencati è <https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>, che raccoglie molto altro materiale scientifico che si riferisce ai bambini).

## **STUDIES AROUND THE EFFECTIVENESS OF MASKS ARE INCONCLUSIVE**

No association of risk mitigation and mask use

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30985-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30985-3/fulltext)

No association of disease incidence and mask use

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.18.21251986v1.full.pdf>

Best case scenario: a reduction of .09 to .6 odds ratio for wearing mask all the time. Even within a hospital setting the use of masks gives little evidence. “Therefore, evidence for mask use versus nonuse and comparing mask types in health care settings remained insufficient. There were no new studies on the effectiveness and safety of mask reuse or extended use.”

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/L20-1292>

A Danish randomized controlled trial with 6000 participants, published in the *Annals of Internal Medicine* in November 2020, found no statistically significant effect of high-quality medical face masks against SARS-CoV-2 infection in a community setting.

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817> [già menzionato]

A July 2020 review by the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine found that there is no evidence for the effectiveness of face masks against virus infection or transmission

<https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>

## **IMPROPER MASKING IS COMMON AND UNSANITARY**

Dall'intervista a Robert Malone, l'inventore della tecnica a mRNA, fatta da [ippocrateorg.org](http://ippocrateorg.org)

...per quanto riguarda gli effetti collaterali di questi vaccini?

**RM** – Riguardo agli effetti collaterali, le cose si complicano. A grandi linee, in questo momento abbiamo due categorie di vaccini genici: abbiamo i vaccini a vettore adenovirale ricombinante – Oxford Sanofi AstraZeneca è uno di questi, Johnson & Johnson è un altro – e poi abbiamo i vaccini a mRNA, e i due che sono disponibili in tutto il mondo, in Paesi selezionati, sono quello BioNtech promosso dalla Pfizer, e quello Moderna. Soffermandoci un attimo su quelli a vettore adenovirale, quelli sono generalmente studiati per produrre grandi quantità di proteine per lunghi periodi di tempo, quindi espressione sostenuta, eppure l'immunogenicità sembra essere inferiore, e in alcuni casi l'efficacia sembra essere inferiore. Non mi è chiaro perché stia succedendo questo. È controintuitivo. Potrebbe avere qualcosa a che vedere con la natura del vettore e le complicazioni ad esso associate e la risposta immunitaria contro il vettore stesso, perché anche quello è un virus. Quindi, in generale, quei vaccini sembrano provocare alcuni dei sintomi prima. È stato rilevato il segnale degli eventi avversi della trombosi, cioè coagulazione del sangue, e alcune delle malattie autoimmuni come la sindrome di Guillain-Barré sembrano comparire per prime nei dataset associati ai vaccini a vettore adenovirale, e questo è coerente col fatto che questi vaccini producono livelli più alti di proteine per un periodo di tempo più lungo: è quello che ci si aspetterebbe. E ci si aspetterebbe che, se lo stesso tipo di evento avverso si verifica nel vaccino a mRNA, allora è probabile che non sia dovuto alla piattaforma, ma piuttosto alla cosa che viene prodotta: tutti questi vaccini stanno producendo la stessa proteina, e tra l'altro questa proteina è presente nel virus che causa la malattia – ecco perché usiamo la spike. Abbiamo una spike virale, abbiamo una spike nei vaccini a vettore adenovirale, e abbiamo una spike nei vaccini a mRNA. La spike virale è notoriamente citotossica, direttamente citotossica, per influenzare l'attività del

recettore ACE-2, per aprire la barriera ematoencefalica, per causare una grande quantità di problemi – ogni settimana, ogni mese, arrivano informazioni di ulteriori rischi associati alla spike nativa. Quindi la domanda è: il vaccino è tossico solo perché lo è la proteina nativa? Si è detto: “Beh, il vaccino è stato studiato per essere meno tossico”. Ma in realtà questo non è vero. Nella proteina spike vengono in genere inserite le mutazioni, due mutazioni di amminoacidi, per mantenerla nella conformazione aperta piuttosto che nella conformazione più chiusa che si sviluppa dopo che si lega al suo recettore ACE-2 e che viene utilizzata per iniettare il genoma in altre parti del virus nella cellula. Dunque, la spike è una manopola sporgente, ha tre componenti identiche, che si assemblano in un trimetro; ognuna ha interfacce, ha bordi e si muove, è flessibile. E quindi queste mutazioni sono lì per tenerle più aperte, visto che si pensava che gli anticorpi per la tasca fossero quelli importanti: queste mutazioni sono state fatte per rendere la proteina più immunogenica. Si è scoperto che quelli non sono gli anticorpi più importanti; gli anticorpi più importanti sono quelli che stanno ai margini e alle giunzioni. Questi sono quelli che bloccano l'infezione e la malattia.

Ma inizialmente non lo si sapeva e nemmeno si sapeva di tutte queste tossicità, quindi non possiamo in realtà biasimarli, tranne per il fatto che hanno fatto le cose di fretta, non si sono consultati l'un l'altro, e non hanno riflettuto più di tanto. Ma questo è quel che capita.

Quindi sembra che ci siano simili tossicità su tutte e tre le piattaforme. Inoltre, l'RNA non è stato testato. La componente lipidica, in particolare (ricorda che ho detto che i lipidi hanno carica positiva e si legano attorno all'RNA e lo rivestono?) quindi la componente lipidica non è mai stata in pratica utilizzata – questi nuovi grassi sintetici non sono stati utilizzati quel granché in precedenza sugli esseri umani. E almeno per quanto riguarda i dati Pfizer del documento tecnico comune, cioè il documento informativo che la Pfizer consegna alle agenzie di regolamentazione, questo mostra in un numero molto limitato di esperimenti su roditori che il lipide sembra accumularsi nelle ovaie. È circa il 12%. Va in altri punti del corpo e si accumula nel midollo osseo, nella milza, nel fegato, ecc. Quindi non si può dire che non ci siano problemi associati alla componente lipidica, perché semplicemente non ci sono stati gli studi per dimostrare se questo è vero o no. Perciò penso che, ad essere onesti, si debba dire che i vettori adenovirali sono stati testati in molti altri vaccini virali. E abbiamo quei dati. Quindi sappiamo quali sono i problemi con i vettori adenovirali. Questo tipo di profilo di coagulazione del sangue e malattia autoimmune che vediamo saltar fuori non si era visto così frequentemente con quegli altri vaccini. Sembra cioè che non sia un problema di piattaforma del vettore adenovirale. Ora, stiamo anche vedendo, oltre alla trombocitopenia, cioè piastrine basse, e alla trombosi, cioè coagulazione che include la trombosi venosa profonda, cioè grossi coaguli, e anche la microcoagulopatia, cioè piccoli coaguli nei piccoli vasi, abbiamo questi segnali di malattie autoimmuni, e tra questi ci sono anche gli anticorpi antiplastrinici. Non capiamo appieno quale sarà lo spettro delle malattie autoimmuni, perché ci vorranno anni per capirlo. Abbiamo i problemi di cardiotoxicità, cioè cardiomiopatia e pericardite. Questi problemi si vedono anche nella malattia stessa. Potrebbero essere innescati da questa microcoagulazione nei piccoli vasi, che potrebbe essere una causa. C'è chi dice che questi problemi sono in realtà relativamente banali e se ne vanno. Come ho detto all'inizio, il danno al cuore e ai polmoni non scompare, semplicemente cicatrizza. Quindi il cuore dei bambini che sviluppano questi problemi non è mai più lo stesso. Si svilupperanno cicatrici dove c'è stato il danno: questa è la pura verità. Può darsi che questi problemi non siano evidenti, che questi bambini corrano ancora tanto quanto prima, ma questo non significa che il loro cuore non sia stato danneggiato in modo permanente. Ci sono molti altri problemi che si manifestano a bassa frequenza. E questi sono difficili da rilevare, ed è difficile determinare se siano associati al vaccino o meno, perché la natura di come stiamo raccogliendo i dati e i sistemi di segnalazione spontanea non sono molto buoni a permetterci di elaborare una valutazione rigorosa. Poi ci sono vari segnali, inclusi i segnali di salute riproduttiva femminile, che riguardano alterazioni del ciclo, delle mestruazioni, magari preoccupanti. Molte donne hanno osservato questo. Non è riconosciuto ufficialmente, eppure una donna dietro l'altra dice “Sì, ho avuto questo”. Ci sono donne in postmenopausa che hanno iniziato ad avere perdite, il che è spesso considerato un segno di cancro, che in questo caso può o meno essere correlato a cancro. Un altro effetto che si sta verificando è la riattivazione di virus latenti. L'herpes zoster, tanto per fare un esempio molto banale, sembra essere innescato dal vaccino. Ce ne sono molti altri. C'è qualche preoccupazione in termini di salute riproduttiva, aborti spontanei nel primo e secondo trimestre. Non è ancora dimostrato, ma è da considerare un rischio in questo momento. I database non consentono di caratterizzare bene gli eventi avversi, ma uno di cui molti virologi e vaccinologi si sono maggiormente preoccupati è il potenziamento anticorpo-dipendente o il potenziamento della malattia generato dal vaccino. Questo succede con alcuni vaccini. Storicamente, è capitato parecchio con il precedente sviluppo di vaccini contro il coronavirus sia negli animali che nell'uomo. Il periodo di tempo in cui è più probabile che ciò si manifesti è nella fase calante della risposta immunitaria.

Ora sappiamo che la durata della protezione di questi vaccini è solo di circa sei mesi; la “durata della protezione” dice per quanto tempo il vaccino fornisce protezione. Sembra che la durata sia di circa sei mesi, sicuramente per il vaccino Pfizer. E quindi, se il potenziamento anticorpo-dipendente dovesse iniziare a manifestarsi, e ci sono alcuni segnali in alcuni dati come quelli israeliani che sembrano indicare questo, allora ci si aspetterebbe che inizi a manifestarsi circa sei mesi dopo la vaccinazione completa. Quindi dobbiamo stare attenti a questo in questo momento. E dovremmo sapere nei prossimi due o tre mesi se si sta davvero manifestando come problema significativo. Ad oggi non sembra essere stato così, quindi forse saremo fortunati. Ecco, questa è una breve carrellata degli eventi avversi e dei rischi.

Ci sono vari medici che stanno facendo uno studio in cui fanno un prelievo di sangue col test di laboratorio chiamato D-dimero, che rileva i frammenti di sangue coagulato, la cascata coagulativa. Questi medici rilevano i livelli di D-dimero prima della vaccinazione e dopo la vaccinazione, e ci sono molti che affermano che circa il 60% dei pazienti mostra un D-dimero elevato dopo la vaccinazione; questo suggerisce che i vaccini stiano innescando questo problema di microcoagulopatia, e se ciò accade è probabilmente dovuto alla spike.

Quindi, il quadro è ancora in evoluzione. Questa osservazione è stata sollevata da molti medici generici, in particolare quelli che si stanno concentrando sui sintomi cronici del COVID definiti “long COVID”: molti dei sintomi che vengono segnalati con frequenza inferiore nei destinatari del vaccino sono molto simili a questi sintomi cronici che si sono visti dopo il COVID, e quindi la speranza è che gli stessi farmaci possano essere usati per curare l'uno e l'altro. Ma di nuovo,

questo sarebbe un segno che suggerisce che la spike nativa, la proteina spike che è coinvolta, che viene prodotta nelle cellule, usando queste strategie di vaccini genici, potrebbe essere il problema, e quindi ora si sta parlando di vaccini di seconda e terza generazione.

L'altro grosso rischio è quello che è stato evidenziato da Geert Vanden Bossche, penso di averlo nominato prima; cioè questa strategia vaccinale universale, in cui distribuiamo il vaccino a tutti in tutto il mondo, è probabile, già solo in base alla virologia fondamentale, che generi mutanti che sfuggono al vaccino (VEM) e si traduca in una sorta di corsa agli armamenti tra noi e il virus, in cui i virus sono guidati via via in modo evolutivo a superare la capacità del corpo di sviluppare una risposta immunitaria contro determinati epitopi della spike. E ci sono modi in cui i virus fanno questo attraverso la glicosilazione, o altre modifiche, per far sì da nascondere le loro parti deboli: è come indossare un'armatura. Questa è una metafora che funziona per gli svizzeri: so che da tempo siete abili nella produzione di armature. Abbiamo le Guardie Svizzere, giusto? Quindi penso che sia una buona metafora che il virus possa imparare ad armarsi per sfuggire alla sorveglianza immunitaria causata dai vaccini. E se ciò accade, poiché tutti noi saremo stati addestrati, immunologicamente, ad avere la stessa risposta contro la stessa proteina focale, una volta che il virus imparerà a sfuggire a quella particolare strategia immunitaria, allora diventeremo tutti molto suscettibili a un nuovo mutante. E questa è una grossa preoccupazione.

Quindi si può argomentare correttamente che una strategia più intelligente sarebbe quella di distribuire farmaci, di vaccinare le persone che sono più a rischio di malattia e morte, come gli anziani, e di non vaccinare la maggioranza della popolazione in modo da non avere questa pressione selettiva. Così è come sono progettati di fatto i nostri sistemi immunitari, perché abbiamo molta diversità genetica nelle nostre principali molecole del complesso di istocompatibilità: queste sono le molecole che controllano il modo in cui ciascuno di noi sviluppa una risposta immunitaria. Quindi la Sua risposta immunitaria sarà molto diversa dalla mia senza vaccinazione. Con la vaccinazione, la Sua e la mia saranno simili. Si tratta, cioè, di discutere sul quadro generale di noi come specie rispetto a noi come individui. E penso che sia molto pertinente quello che Geert sostiene.

Il problema è che si tratta di virologia ed epidemiologia avanzata, ed è davvero difficile aiutare i rappresentanti della sanità pubblica e i funzionari del governo a capirlo.