On.le Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____

Denuncia

Del/la Signor/a _____

nato/a a _____

il _____

e residente in _____

Codice Fiscale _____

- **Premessa e Sintesi** → pag. 2

- **Esposizione** → pag. 13
  1. **L'epidemia di Covid-19 era prevista ed ampiamente anticipata** → pag. 13
  2. **Gli esperimenti "gain of function"** → pag. 13
  3. **Piena consapevolezza delle Autorità sanitarie internazionali e italiane dei rischi pandemici** → pag. 17
  4. **L'allarme coronavirus diffuso dall'OMS e la colpevole inerzia del Governo** → pag. 23
  5. **Mancato aggiornamento del Piano Pandemico (PP) 2006** → pag. 25
  6. **Disapplicazione delle azioni prioritarie previste dal Piano Pandemico 2006** → pag. 26
  7. **La vicenda delle autopsie** → pag. 31
  8. **Le cause del terrore: errori diagnostici, inadeguatezza terapeutica soprattutto domiciliare e notizie allarmistiche** → pag. 33
  9. **Autorità sanitarie: non c'è alcuna cura per Covid-19 – la realtà scientifica: esistono cure domiciliari molto efficaci** → pag. 40
  10. **Farmaci efficaci utilizzati dai MMG e altri clinici per la cura di Covid-19** → pag. 45
  11. **Minerali, vitamine e nutraceutici: prevenzione e cure adiuvanti di Covid-19** → pag. 54
  12. **Ostracismo delle Autorità sanitarie a farmaci e a integratori di sostegno.** → pag. 59
  13. **Elementi critici sull' efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid e della campagna vaccinale di massa in corso di pandemia** → pag. 65
  14. **Le misure restrittive più severe producono danni sociali e sanitari sproporzionati e non sono efficaci** → pag. 73
  15. **L'accertamento dei fatti esposti e l'individuazione dei responsabili** → pag. 75

..*.*

PREMESSA E SINTESI

Con la presente denuncia si segnala alla Procura della Repubblica in epigrafe una serie di fatti concernenti la gestione dell'epidemia da Covid-19 e che legittimano il dubbio, meritevole di approfondimento in sede di istruttoria penale:

a) **se** l'insieme delle misure adottate dal Governo e dalle Autorità sanitarie per gestire, contenere e risolvere l'emergenza sanitaria decretata in relazione alla diffusione del virus SARS-Cov-2 sul territorio nazionale, corrisponde a quanto di meglio le conoscenze epidemiologiche e mediche avrebbero suggerito (e ancora oggi suggerirebbero); ovvero se le scelte effettuate **contrastano con quanto di meglio si poteva e si doveva fare** (come previsto anche dal Piano Pandemico 2006 -vigente fino a gennaio 2021- e come sollecitato vivamente da centinaia di Medici, Biologi e altri esperti per nulla ascoltati da chi ne aveva facoltà, responsabilità e fors'anche il dovere) sul piano dell'organizzazione sanitaria generale, delle misure sociali adottate e delle linee guida per le terapie domiciliari impartite ai medici di famiglia;

b) **se** a causa di errori, omissioni e imposizioni disfunzionali, relativamente a quanto riassunto al punto "a", **si sono amplificate oltre ogni misura le disastrose conseguenze sanitarie e socio-economiche** sotto gli occhi di tutti: grandissimo numero di persone decedute a causa o concausa del virus SARS CoV2, aumento della mortalità per altre patologie (cardiologiche, oncologiche e altre) dovuta a disservizi sanitari legati alla gestione Covid, intasamento dei reparti di terapia intensiva e conseguenti misure di restrizione dei movimenti dei cittadini e delle attività lavorative; fallimenti di aziende, chiusura di centinaia di migliaia di partite IVA, aumento vertiginoso della disoccupazione e della quota di popolazione in stato di povertà assoluta, fenomeni diffusi di depressione psicologica e anche non pochi suicidi correlati al disagio psico-emotivo e alla crisi economica, disfunzione dei servizi scolastici con gravi effetti sulla socializzazione e sulla maturazione psico-emotiva dei bambini e adolescenti, compressione invadente e protratta delle libertà individuali, compromissione della qualità della vita… e molto altro ancora;

c) **se** le gravissime conseguenze sanitarie e socio-economiche legate a Covid-19 e alla sua gestione da parte delle autorità governative e sanitarie italiane, riassunte alla lettera "b", siano riconducibili ad una "una tragica fatalità", **ovvero siano ascrivibili a grave negligenza oppure ad omissioni e distorsioni, volute, preordinate e coerentemente poste in essere, rispetto a quanto di meglio si poteva e doveva fare** per gestire saggiamente e positivamente l'emergenza Covid, limitando ogni tipo di danno: sanitario diretto e indiretto, nonché sul piano socio-economico;

d) **se**, qualora fosse accertata una gestione *dolosa* della pandemia, non si configurino la fattispecie e i **profili di rilievo penale previsti, fra l'altro, anche dall'art. 270 sexies del c.p.**

In particolare, **la denuncia ha come oggetto le linee d'indirizzo, le omissioni e le azioni di sanità pubblica, farmacologiche e non-farmacologiche, poste in essere dal Ministero della Salute, dell'AIFA, dell'ISS e del CTS**, dichiarate come volte a contenere la pandemia ed i suoi effetti sulla morbilità e mortalità.
Si rimette alla Procura il compito di accertare, sulla base dei fatti ivi esposti e dell'attività d'indagine che non è possibile approfondire per il denunciante, la sussistenza o meno di negligenza, colpa, preordinazione dolosa o altre più gravi fattispecie di reato, da parte di qualunque soggetto fisico che abbia avuto un ruolo significativo in merito ai fatti denunciati; nel caso, si chiede che contro gli stessi sia esercitata l'azione penale.

In estrema sintesi i fatti qui denunciati si possono riassumere come segue (e poi sviluppati in seguito):

1.) **La pandemia da virus respiratorio era un fatto certamente atteso e ampiamente preannunciato** da parte delle organizzazioni scientifiche e mediche internazionali, OMS inclusa (v. pag. 13).
2.) Ciononostante, **il Governo italiano e le autorità sanitarie non hanno svolto alcuna efficace attività preventiva e di preparazione organizzativa**; in particolare, non è stato aggiornato il Piano Pandemico del 2006 (vicenda su cui sta indagando la Procura di Bergamo ed in relazione alla quale ha inquisito Ranieri Guerra, attuale direttore vicario dell'OMS).
3.) **Non è stata nemmeno attuata**, nelle linee guida impartite per il trattamento domiciliare di Covid-19, **la più importante delle "AZIONI CHIAVE"** lì indicate (cap. 7, pag. 11, del PP 2006) al fine di **"Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione"** : **"strategie di utilizzo di FARMACI ANTIVIRALI sia come profilassi che come terapia"** (7.2 pag. 13, del PP 2006). A tal proposito, premesso che sul tema delle *cure possibili e negate* è stato dedicato un apposito capitolo (v. pag. 59.), qui si anticipa, fra l'altro, che esiste un farmaco registrato come antivirale specifico per Covid-19 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/veklury-epar-product-information_it.pdf doc. 142) che, sebbene autorizzato solo per uso ospedaliero, in una situazione di emergenza e nella dichiarata (dalle autorità sanitarie) assenza di altri farmaci disponibili contro Covid-19 **ben avrebbe potuto essere saggiamente autorizzato *off label* anche per uso domiciliare**. Inoltre e al contrario di quanto più volte affermato dalle autorità

sanitarie, **esistono in realtà altri farmaci antivirali attivi ed efficaci su SARS-Cov-2**, ancorché aspecifici, che sono noti nella letteratura scientifica e negli studi farmacologici, sperimentali e clinici; di seguito un breve elenco: idrossiclorochina, ivermectina, l'antibiotico azitromicina, la stessa eparina a basso peso molecolare, ecc.; si devono citare anche varie molecole naturali (nutraceutici) come i flavonoidi, dotati di spiccate proprietà antivirali indagate anche su SARS-Cov-2: **quercetina** (https://www.cnr.it/it/comunicato-stampa/9620/la-molecola-di-origine-naturale-che-inibisce-sars-cov-2 (doc. 143); https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675685/ doc. 143), **esperidina** (https://www.mdpi.com/2076-3921/9/8/742 doc. 144), **luteolina** (conosciuta e sperimentata, come altri flavonoidi, fin dal 2004 sul coronavirus della prima Sars-Cov https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15452254/ doc. 145), ecc. Oltre i flavonoidi e altre molecole *nutraceutiche,* si evidenzia inoltre il significativo contributo di **stimolo e potenziamento del sistema immunitario** (e quindi di azione antivirale indiretta) dei **fisiologici *micronutrienti***, quali vitamine, minerali, ecc. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6212925/ ; http://www.sinuc.it/public/files/sinuc-siaarti%20-%20raccomandazioni%20per%20il%20trattamento%20nutrizionale%20di%20pazienti%20affetti%20da%20covid-19.pdf (doc. 146); anche questo tema sarà più ampiamente illustrato a partire da pag. 53. Tutte queste risorse con valenza terapeutica, adiuvante e preventiva, **sono state ignorate e denigrate dalle autorità sanitarie dall'inizio della fallimentare gestione di Covid-19 ad oggi**, come ad esempio nella circolare del Ministero della Salute n. 24970 del 30.11.2020. Viceversa, l'utilità di mettere in campo TUTTE le risorse curative, terapeutiche e adiuvanti, per prevenire e attenuare la malattia Covid-19, era chiaramente contenuta nel PP 2006 (allora focalizzato sul rischio di influenza aviaria) ove s'indicava con tono imperativo **("è tassativo seguire le raccomandazioni riportate di seguito ")** il compito di monitorare e valutare l'impatto, fra l'altro, dell' "**uso di cure alternative**" (sezione "Periodo Pandemico - Obiettivo generale" -pag. XXXV del PP 2006) tra le "**AZIONI" utili** a "**rendere minimo l'impatto della pandemia**". Inoltre, in tempi non sospetti lo stesso ISS aveva pubblicato un documento dell'OMS (relativo alla SARS del 2003) https://www.epicentro.iss.it/focus/sars/oms-sars_14-8.pdf **in cui erano esplicitamente previste** "**cure di supporto**" proprio in considerazione dell'assenza di *"trattamenti garantiti"*.

4.) Al contrario delle **azioni efficaci di prevenzione e cura** sinteticamente illustrate al precedente punto 3, le autorità sanitarie, governative e conseguentemente tutti i maggiori media, hanno diffuso nel pubblico generale e soprattutto tra i medici di famiglia, la depistante

informazione secondo cui verso la malattia provocata dal virus SARS-Cov-2 (evento falsamente definito *imprevedibile*) **non esisterebbe alcuna cura possibile** per attenuarne tempestivamente la dinamica morbosa, le sue complicazioni e al fine in grado di guarirla; **è stato sostenuto e indicato nelle linee guida emesse dall'inizio del 2020** che l'unica azione possibile in caso di contagio fosse la *vigile attesa* e la somministrazione di paracetamolo (Tachipirina) a scopo sintomatico; nel contempo, è stata negata ogni utilità ad una serie di farmaci, micronutrienti e nutraceutici dotati invece di riconosciute (secondo letteratura scientifica e numerose testimonianze di esperienze cliniche *al letto del malato*) proprietà curative, adiuvanti e preventive verso Covid-19.

5.) Le **linee guida delle autorità sanitarie,** ribadite a fine novembre 2020 nella già citata circolare ministeriale del 30.11.2020 e poi ancora nella circolare AIFA del 22-12-2020 per quanto riguarda la censura sull'uso di idrossiclorochina https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/idrossiclorochina%20update05_22.12.2020.pdf (doc. 149) (nonostante l'ordinanza dell'11-12-2020 del Consiglio di Stato https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7506782.pdf (doc. 76) che, su ricorso di parecchi medici in sodale azione, ha sentenziato *"la irragionevolezza e l'illogicità del divieto imposto dall'AIFA"*), **sono state pubblicamente definite totalmente inadeguate da molti medici** con grande e comprovata esperienza di trattamento risolutivo di Covid-19. Questi medici dissenzienti hanno attribuito a tali linee guida la responsabilità di aver fortemente contribuito sia ad intasare i reparti ospedalieri di terapia intensiva, sia **a determinare molte decine di migliaia di decessi che si sarebbero potuti evitare** (https://www.dailymotion.com/video/x7yufpz); queste tragiche conseguenze di una strategia sbagliata, però, sono poi servite alle autorità governative e sanitarie per giustificare tutte le inefficaci e controproducenti misure restrittive dei movimenti della popolazione e delle attività lavorative. Si stigmatizza che le autorità governative erano e sono pienamente consapevoli di tutte le pesanti conseguenze, anche sul piano sanitario, delle misure restrittive decretate, come ammesso dallo stesso Ministero della Salute sul suo sito: *"**L'attuazione di misure restrittive, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali**, imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio, ha d'altra parte determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socioaffettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, **possono favorire l'ulteriore decadimento psicoemotivo determinando poi un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico**."*
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=d

alministero&id=5201 (doc. 150). È doveroso aggiungere che "il peggioramento di patologie organiche" ammesso come conseguenza nota dallo stesso dicastero della Salute, **include anche l'abbassamento delle difese immunitarie**, il cui potenziamento dovrebbe invece essere l'obiettivo primario di qualunque strategia anti-pandemica degna di questo nome: *"È ormai ampiamente riconosciuto che lo stress acuto e cronico ha un impatto sul sistema immunitario. Lo stress acuto può avere un effetto stimolante sul sistema immunitario, mentre* ***in caso di stress cronico - e in particolare nella depressione - il sistema immunitario può essere sottoregolato****. (...)."* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10195312/ (doc. 151);

"I risultati di questa meta-analisi supportano questa affermazione in un senso: (...) Tuttavia, ***più uno stress deviava da quei parametri diventando più cronico, più componenti del sistema immunitario venivano colpiti in modo potenzialmente dannoso****."* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361287/ (doc. 152)

Anche alla luce di quanto esposto, non si comprende perché **le autorità sanitarie e di Governo continuino a protrarre a tempo indefinito misure che contrastano, per loro stessa ammissione, con l'obiettivo strategico dichiarato per giustificarle**; ovvero, la tutela della salute individuale e collettiva!

6.) Con l'atto di forte indirizzo costituito dall'insieme delle circolari emesse a partire da febbraio 2020, **i medici di medicina generale sono stati non solo espressamente scoraggiati dall'utilizzare sostanzialmente altro che il paracetamolo**, specialmente nelle prime fasi della malattia, ma anche **inibiti a svolgere il loro lavoro-missione** normalmente consistente nel visitare a domicilio i pazienti più bisognosi di assistenza.

L'inusuale e disfunzionale inibizione della normale prassi medica (valutazione secondo scienza e coscienza della migliore prescrizione farmacologica e visita clinica del malato), sostituita dalla *vigile attesa* praticamente **imposta per via gerarchica ai medici di medicina generale dell'intero territorio nazionale**, ha avuto come ineluttabile e prevedibile esito **il ricovero ospedaliero di decine di migliaia di pazienti Covid-19**, altrimenti evitabile con opportune terapie domiciliari dimostratesi efficaci *sul campo*.

A fronte delle gravissime conseguenze, sanitarie a livello individuale e socio-economiche sul piano collettivo, della "prescrizione" ministeriale ai MMG di non visitare i pazienti sintomatici domiciliari, avvalorata inopinatamente anche da una sentenza del TAR del Lazio, è intervenuto a fare chiarezza il pronunciamento del Consiglio di Stato (Cons. St., sez. III, 18 dicembre 2020, n. 8166) in cui si stabilisce che il *"**divieto per i medici di medicina generale di recarsi a domicilio per assistere i propri pazienti alle prese con il virus costituirebbe, per converso, un grave errore esegetico**, suscettibile di depotenziare la risposta del sistema*

sanitario alla pandemia e ***di provocare ulteriore e intollerabile disagio ai pazienti****, che già affetti da patologie croniche, si vedrebbero (e si sono invero spesso visti), una volta colpiti dal virus, proiettati in una dimensione di incertezza e paura, e finanche abbandonati dal medico che li ha sempre seguiti."* https://www.giustizia-amministrativa.it/web/guest/-/visite-domiciliare-dei-medici-di-medicina-generale-ai-pazienti-covid (doc. 153).

Questo gravissimo errore iniziale di governance sanitaria da parte delle autorità, che, insieme all'inibizione di validi protocolli farmacologici per il trattamento domiciliare dei pazienti covid positivi e sintomatici, **ha sensibilmente contributo all'enorme numero di ricoveri ospedalieri, all'ingolfamento dei reparti di terapia intensiva, al tragico numero di decessi** e sulla base di tali indici, infine, all'adozione e mantenimento di pesantissime misure restrittive (a livello individuale e lavorativo) a lungo andare insostenibili, **non poteva in alcun modo essere giustificato dall'esigenza di "proteggere i MMG dal contagio"**. Esisteva ed esiste infatti la concreta possibilità di conciliare le due esigenze di tutela e assistenza del malato covid da un lato e di protezione dei MMG dall'altro; non averlo saputo (o voluto) fare da parte di chi ne aveva competenza e responsabilità istituzionale, **costituisce colpa grave (o dolo)?** Solo la Magistratura potrà stabilirlo sotto il profilo del giudizio penale, ma che ci siano state profonde e implicative lacune ed errori di programmazione e gestione sanitaria da parte delle autorità centrali, si evince già da pesanti e circostanziate critiche di ambienti ordinovistici dei medici; come ad esempio la lettera inviata a nome di tutti gli OMCeO da Filippo Anelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, al British Medical Journal, in cui **lamentava tra l'altro il decesso evitabile di 68 MMG (al 2 aprile 2020)** : *"(…) è lecito supporre che* ***questi eventi sarebbero stati in larga parte evitabili se gli operatori sanitari fossero stati correttamente informati e dotati di sufficienti dispositivi di protezione individuale adeguati****: mascherine, guanti, camici monouso, visiere di protezione, che invece continuano a scarseggiare o ad essere centellinati in maniera inaccettabile nel bel mezzo di un'epidemia a cui pure l'Italia si era dichiarata pronta. Qualche giorno fa sono arrivate dalla Protezione civile agli Ordini dei medici* ***620 mila mascherine FFP2 che si sono rivelate ad una prima verifica non idonee all'utilizzo sanitario****, tanto che abbiamo diffuso una nota a tutti i presidenti d'Ordine per invitarli a sospenderne immediatamente la distribuzione e l'utilizzo. Tuttavia,* ***il dato che già emerge è una mancata programmazione*** *sulla base delle esperienze di paesi come Cina e Corea del Sud,* ***l'incapacità di un sistema sanitario*** *frammentato in 20 regioni* ***di implementare un efficace approccio unitario*** *e la mancanza di un centro unico di raccolta di dati e informazioni che selezioni le sperimentazioni più efficaci e standardizzi velocemente la risposta in tutto il territorio.*

***È emersa prima di tutto l'inadeguatezza del modello ospedalo-centrico per far fronte ad epidemie di questa portata**."* https://www.omceo.bari.it/articoli/allegato/2020/04/notiziario-omceo-bari-aprile-2020-1-.pdf (doc. 154)

7.) Altro grave *errore* (?), secondo molti medici ospedalieri e medici di base, commesso dal Ministero della Salute riguardo agli indirizzi di gestione ospedaliera dei ricoverati per Covid, è stata la forte raccomandazione ai clinici di **non effettuare autopsie**, come si evince dalla circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute n. 11285 del 1° aprile 2020; il cui contenuto è stato ribadito in altre successive circolari Ministeriali: **"Per l'intero periodo della fase emergenziale non si dovrebbe procedere all'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di COVID-19"**. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73832&parte=1%20&serie=null (doc. 137)

Questa infondata *dissuasione* ad eseguire autopsie, rafforzata da precise norme vincolanti sui luoghi, tempi e modi per quelle eventualmente effettuate, **ha determinato un forte ritardo nella diagnosi di una tipologia importante (forse principale) di causa di decesso** dei pazienti Covid: ovvero i fenomeni trombotici e le CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata) nei vasi che irrorano gli alveoli polmonari. **La mancata corretta diagnosi** ha determinato, su migliaia di pazienti arrivati con gravi difficoltà respiratorie e marcata desaturazione di ossigeno, **fatali omissioni di adeguate e necessarie terapie antiaggreganti e trombolitiche** e l'imposizione, viceversa, di terapie inappropriate per quei casi e quindi controproducenti, come l'intubazione per la ventilazione polmonare forzata.

A denunciare le implicazioni negative della direttiva ministeriale che inibiva le autopsie, necessarie per la comprensione dei meccanismi patogenetici di Covid-19 e per la ricerca tempestiva delle opportune terapie, è stata anche **l'Associazione sindacale Co.A.S. dei Medici Dirigenti Ospedalieri**: *"Per quanto riguarda la Circolare del Ministero, si rimane estremamente perplessi. Chi l'ha firmata non sa forse che **la Medicina moderna, o meglio: Attuale, deve molte conoscenze alle autopsie**. Questa Circolare aveva sicuramente come obiettivo quello di evitare il contagio e la diffusione del virus dal cadavere, però **ha di fatto ritardato l'acquisizione delle conoscenze anatomo-patologiche sulla polmonite interstiziale e sulle trombosi e microtrombosi del circolo polmonare** che hanno indirizzato la terapia con Eparina e antiflogistici sempre più mirati per tipo e dosaggio."*

https://www.coasmedici.it/index.php?option=com_content&view=article&id=677:covid-19-defervescenza&catid=22:nazionali&Itemid=5 (doc. 155)

8.) La conseguenza ultima del ritardo ad effettuare le autopsie è consistita nel protrarsi della **mancata individuazione della patogenesi trombotica** (principale o concausale) in una elevata percentuale di pazienti ospedalizzati e posti in terapia intensiva con macchinari per la ventilazione forzata e senza alcuna terapia antiaggregante e trombolitica. L'errata o comunque incompleta diagnosi e l'intubazione di massa dei pazienti covid ospedalizzati nei primi mesi della diffusione della malattia in Italia, ha determinato il rapido peggioramento del quadro clinico di migliaia di malati e il decesso di una elevata percentuale di loro, come testimoniato dal professor **Giacomo Grasselli** responsabile dell'anestesia e terapia intensiva del Policlinico di Milano: "…**nei pazienti più gravi la mortalità è del 49%: in pratica una persona su due ricoverata in terapia intensiva non sopravvive al contagio."**. https://www.sanitainformazione.it/salute/covid-19-meta-dei-ricoverati-in-terapia-intensiva-non-sopravvive-lidentikit-dei-pazienti-in-uno-studio-del-policlinico-di-milano/ (doc. 156). Dal prosequio dell'intervista del prof. Grasselli, si conferma che nei primi mesi di pandemia l'Italia brancolava nel buio sul piano dell'inquadramento diagnostico e terapeutico della "nuova" patologia; **solo verso fine aprile 2020** i clinici ospedalieri, scontando il ritardo dovuto all'inibizione ministeriale ricevuta ad eseguire autopsie, cominciarono ad orientarsi verso l'eziopatogenesi trombotica: *"si è visto che la malattia ha un rischio trombotico molto elevato, quindi* ***ci stiamo spostando verso la necessità di anti coagulare i pazienti****. Insomma – conclude il professore –* ***stiamo imparando, col tempo, a conoscere meglio i meccanismi della malattia e ad adeguare le nostre scelte terapeutiche****".*

Si stigmatizza: *"stiamo imparando col tempo"*, **quando purtroppo il picco dei morti si era già verificato**, così come le prime "zone rosse" con relativi lockdown e, il 18 marzo 2020, la scena da incubo che ha terrorizzato letteralmente milioni di italiani, per mesi e ancora oggi nel subconscio: la colonna di camion militari con i feretri abilmente sceneggiata per centinaia di volte su tutti i media nazionali, pubblici e privati!

A fronte di questi tragici fatti, che, come abbiamo visto, sono stati il *frutto avvelenato* di ritardi ed errori diagnostici dovuti a precise direttive ministeriali (si deve ritenere consigliate o comunque avallate dal CTS, nominato con decreto del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 371 del 05 febbraio 2020), le perplessità e i **dubbi che possa essersi trattato di gravi negligenze o forse perfino di comportamenti dolosi**, sono rafforzati dai seguenti fatti:

- la rilevanza dei fenomeni di trombosi e CID nei pazienti Covid era nota e pubblicata in riviste scientifiche da parte di ricercatori cinesi fin da febbraio 2020: **"I parametri anormali della coagulazione sono associati a prognosi sfavorevole nei pazienti con nuova polmonite da coronavirus** (pubblicazione del 19 febbraio

2020); *(…) i parametri di coagulazione convenzionali durante il corso del PCN (paziente da nuovo coronavirus) erano significativamente associati alla prognosi. (…) il presente studio ha dimostrato che* ***l'esistenza di CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata) è comune nei decessi con NCP (Nuova Polmonite da Coronavirus)****; risultati di coagulazione anormali, in particolare D-dimero e FDP notevolmente elevati,* ***possono avere il potenziale per guidare la terapia e valutare la prognosi****."* https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jth.14768 (doc. 157);

- **SCONVOLGENTE(!!): studi comparativi, trascurati dalle autorità sanitarie italiane, hanno accertato che il quadro coagulativo alterato era già perfettamente accertato nelle precedenti gravi infezioni da coronavirus**, cioè nelle epidemie di Sars-Cov-1 del 2003 e di MERS-Cov del 2012: **"Disturbi della coagulazione in pazienti infetti da coronavirus: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV e lezioni dal passato.** ***Analogamente a COVID-19, SARS-CoV-1*** ***era stato associato a complicanze trombotiche e manifestazioni ematologiche*** *(…)* ***I parametri di laboratorio associati alla cascata della coagulazione e alla normale formazione di coaguli sono stati studiati e identificati come comunemente alterati nei pazienti con SARS-CoV-1****. (…)* ***La malattia MERS-CoV, simile alla malattia COVID-19 e SARS-CoV-1****, era associata a complicanze trombotiche e manifestazioni ematologiche*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195278/ (giugno 2020) (doc. 158);
- **gli studi dell'epoca post Sars-Cov-1 confermano le attuali evidenze sulle analogie di complicanze vascolari, trombotiche e di CID**: "**Thrombosis and Haemostasis** (2006)- **Analisi dei fattori trombotici nei pazienti con sindrome respiratoria acuta grave (SARS)**: *"(…) è stato dimostrato che la malattia della sindrome respiratoria acuta grave* ***(SARS) è associata a cambiamenti nella coagulazione*** *correlati a manifestazioni polmonari ed extrapolmonari. In precedenza abbiamo discusso le risposte della coagulazione dipendenti dall'infiammazione nei pazienti con SARS a Hong Kong. In particolare,* ***il 44,8% di questi pazienti presentava trombocitopenia, il 45,0% aveva livelli elevati di D-dimeri e il 42,8% aveva un tempo di tromboplastina parziale attivata prolungato****. Questa combinazione di parametri patologici suggerisce la presenza di* ***una forma di coagulazione intravascolare disseminata (CID)*** *o trombosi di piccoli vasi nei polmoni insolitamente disseminata con consumo di piastrine e fattori di coagulazione.* ***Gli esami post mortem hanno indicato la presenza di trombi di fibrina vascolare, micro-trombosi capillari degli alveoli polmonari o arteriole bronchiali tromboemboliche****."***!!!**

https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1160/TH05-12-0827 (doc. 156)

Si evidenziano questi elementi oggettivi alla Magistratura affinché indaghi e valuti se tali conoscenze scientifiche (presenti anche in altre pubblicazioni simili) erano state acquisite dalle autorità sanitarie italiane e dal CTS, prima dell'esordio della pandemia di SARS-Cov-2 o almeno subito dopo i primi segnali provenienti dalla Cina e dall'OMS; in tal caso, valuti la Procura se ne è stato tenuto debito conto o meno nell'emanare le linee guida sia per le terapie domiciliari che per i pazienti ospedalizzati.

In caso contrario, cioè se i responsabili degli enti sanitari nazionali e del CTS dichiarassero di non averne avuta cognizione, **si chiede che la Procura valuti anche il profilo di grave negligenza o comportamento doloso**; in effetti, si ritiene inconcepibile che coloro che ricoprono cariche e ruoli tecnico-sanitari apicali possano non aver avuto il quadro completo degli studi ed esperienze cliniche provenienti sia dalla nazione che per prima ha affrontato la sfida di Covid-19, sia da studi del decennio precedenti relativi a malattie da coronavirus simili alla "pandemia del secolo".

9.) Da quanto esposto nei paragrafi che precedono, si profila con forte evidenza che **l'elevato numero di ricoveri e decessi registrati a seguito di Covid-19 sia in realtà dovuto, per la gran parte, a mancate e/o errate diagnosi e cure a carico dei pazienti sintomatici,** prima a livello domiciliare e poi in ospedale.

Questi errori *tecnico-sanitari* a loro volta appaiono strettamente dipendenti da orientamenti globali di *governance* dell'emergenza Covid-19 da parte delle autorità sanitarie apicali, trasferiti in forma gerarchica a tutti i sottostanti livelli del Sistema Sanitario Nazionale tramite precise e reiterate **direttive e circolari** che, nell'insieme, **sembrano esprimere una coerente logica opposta a quanto di meglio si poteva fare per contenere e gestire positivamente l'emergenza Covid-19**. Le responsabilità da accertare, a parere del denunciante, vanno individuate in relazione alle errate linee guida **e ai soggetti fisici che le hanno elaborate**, impartite ai medici di medicina generale e anche ai medici ospedalieri dai livelli gerarchici della sanità.

Sotto questo profilo, ciò che lascia oltremodo interdetti e anche indignati è il fatto che, pur essendosi da lungo tempo evidenziato il tragico fallimento di quelle strategie (elevatissimo numero di persone decedute, ingolfamento dei reparti di terapia intensiva e gravissime ripercussioni socio-economiche)), da parte delle autorità sanitarie e governative che le hanno inopinatamente imposte si assiste ad una caparbia resistenza a modificarle e implementarle

(specialmente per ciò che concerne la medicina di territorio e le cure domiciliari). Al contrario, si persevera sull'errata e perniciosa linea di escludere dai protocolli terapeutici e adiuvanti l'uso tempestivo di tutti quei farmaci (ad esempio idrossiclorochina e/o ivermectina, azitromicina, eparina a basso peso molecolare) sostenuti con vigore da centinaia di medici di medicina generale e ospedalieri, anche con ricorsi al Consiglio di Stato e al TAR del Lazio; per non dire poi delle **cure preventive e adiuvanti totalmente ignorate** (campagne di educazione nutrizionale, micronutrienti come vitamine, minerali, nutraceutici, probiotici, omega-3) che apporterebbero di sicuro un contributo sensibile alla prevenzione e contenimento del tasso e della gravità della morbilità e anche della mortalità.

In alternativa, i principali sforzi delle autorità sanitarie e governative sembrano rivolti, da un lato a favorire una martellante campagna mediatica che molti avvertono come faziosa e terroristica più che correttamente informativa; dall'altro a proseguire sia nell'inutile restrizione dei movimenti e delle libertà delle persone e delle attività lavorative, anche tramite provvedimenti con spiccati profili di dubbia costituzionalità come il decreto-legge 44/2021; sia a promuovere la vaccinazione per la totalità della popolazione mediante l'uso di **vaccini sperimentali sulla cui efficacia e sicurezza non vi è alcuna certezza** e che, al contrario, secondo molte voci autorevoli rischiano di essere pericolosi e controproducenti.

Si puntualizza che gli attuali vaccini anti-Covid-19 in commercio **non sono autorizzati** secondo le consuete fasi di sperimentazione e procedure di sicurezza a cui i produttori devono sottoporre un farmaco prima di presentare la regolare domanda di autorizzazione all'immissione in commercio: in nome della dichiarata emergenza relativa alla pandemia, i vaccini in questione sono stati autorizzati all'**immissione in commercio condizionata (CMA)** https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/qanda_20_2390 (doc. 160), in attesa di ulteriori evidenze e valutazioni post marketing. In sostanza, l'EMA ha adottato la procedura delle "revisioni cicliche", che le consentono di *cominciare* a **valutare i dati** relativi a medicinali o vaccini *promettenti* **non appena vengono resi disponibili i primi (attualmente insufficienti) risultati delle fasi preliminari di sperimentazione**, anziché attendere la fine di tutte le fasi di sperimentazione. In pratica, come volevasi dimostrare, le autorità sanitarie europee e nazionali **STANNO IMPONENDO ALLA POPOLAZIONE UNA SPERIMENTAZIONE DI MASSA con vaccini per nulla garantiti sicuri ed efficaci!** I limiti di sicurezza ed efficacia sono ufficialmente dichiarati anche dall'ISS (Rapporto ISS Covid-19 -n. 4/2021 del 13 marzo 2021) https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+4_2021d.pdf/5ece92de-7793-5f04-4edb-26762a55b47b?t=1615996998754 (doc. 161)

..*.*

ESPOSIZIONE

1. **L'epidemia di Covid-19 era prevista ed ampiamente anticipata**

Il XX secolo è stato caratterizzato da una serie di gravi pandemie influenzali. A partire dall'influenza spagnola del 1918, quella asiatica del 1957 e di Hong Kong nel 1968 (influenza aviaria) per arrivare all'influenza H1N1 del 1947, all'epidemia di Ebola del 1976 (Ebola) sino all'influenza russa del 1977. (https://www.epicentro.iss.it/passi/storiePandemia **doc. 1**)

Tra la fine del 2002 e l'inizio 2003 è comparso (con origine tra Cina e Vietnam) **un nuovo Coronavirus altamente patogeno e letale**, denominato SARS-Cov *(Severe acute respiratory syndrome coronavirus)*, emerso attraverso la ricombinazione di coronavirus correlati alla SARS di pipistrello (SARSr-CoV). (cfr. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7097006/ **doc. 2**)

La comparsa di un nuovo ceppo altamente patogeno e letale per l'uomo, a trasmissione aerea, fu valutata dalla comunità scientifica come un pericolo di gravi epidemie e pandemie, tant'è che non mancarono degli autori che individuarono il rischio che l'umanità entrasse in una nuova era pandemica. (v. https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/editorialescienze **doc. 3**, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00131857.2020.1835647 **doc. 4**)

Già nel settembre 2019, il Rapporto annuale del Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) "A World at Risk" dell'OMS, ha emesso il seguente avvertimento: *"... **C'è una minaccia molto reale di una pandemia in rapido movimento e altamente letale di un agente patogeno respiratorio che uccide da 50 a 80 milioni di persone e cancella quasi il 5% dell'economia mondiale**. Una pandemia globale di questa portata sarebbe catastrofica, creando scompiglio, instabilità e insicurezza diffusi. Il mondo non è preparato. (Prefazione, pag. 6)."* (v. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf **doc. 5**)

..*.*

2. **Gli esperimenti "gain of function"**

Una nuova fonte di pericoli epidemici/pandemici è costituita dagli esperimenti di manipolazione genetica di virus animali per renderli più patogeni e trasmissibili all'uomo. Questi inquietanti esperimenti definiti "**Gain Of Function - GOF**-", ovvero *guadagno di funzione*, effettuati in molti laboratori nel mondo (tra cui Wuhan in Cina), hanno prodotto un numero incalcolabile di vari tipi di virus altamente patogeni per l'uomo:

"La ricerca sul guadagno di funzione (GOF) implica la sperimentazione che mira o ci si aspetta che miri (e/o, forse, lo fa effettivamente) ad aumentare la trasmissibilità e/o la virulenza dei patogeni."
Gain-of-Function Research: Ethical Analysis:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996883/ (**doc. 6**)
Molti di tali esperimenti sono catalogati come **DURC (Dual-Use Research of Concern)**, cioè **ricerche con interesse a doppio uso, civile/militare o a fini terroristici**:
"lI potenziale utilizzo della conoscenza biologica per scopi nefasti ha destato notevole preoccupazione" (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4542189/ **doc. 7**); tanto che già nel 2005 il Governo degli Stati Uniti ha istituito il National Science Advisory Board for Biosecurity (NSABB) per affrontare le questioni relative alla biosicurezza e alla ricerca a doppio uso. http://osp.od.nih.gov/office-biotechnology-activities/biosecurity/nsabb, (**doc. 8**).
Le ricerche e gli esperimenti DURC di Gain Of Function hanno riguardato, fra l'altro, manipolazioni genetiche e ibridazioni chimeriche di: virus dell'influenza spagnola del 1918 (50 milioni di morti secondo alcune stime), dell'influenza aviaria e della suina, virus dell'HIV, della SARS-Cov del 2003, e coronavirus dei pipistrelli di Wuhan. Questi esperimenti sono stati condotti in vari laboratori "di massima sicurezza" nel mondo, tra cui Whuan in Cina e Fort Detrick nel Maryland U.S.
https://eu.usatoday.com/story/news/2015/05/28/biolabs-pathogens-location-incidents/26587505/
https://eu.usatoday.com/story/news/2015/05/29/some-recent-us-lab-incidents/25258237/(**doc. 9,10**).
A proposito degli esperimenti DURC di Gain of Function, si ritiene utile segnalare in particolare quello che nel 2015 pubblicarono i due massimi esperti mondiali di ricombinazione genetica del virus della SARS con altri coronavirus, Ralph Baric e Zhengli-Li Shi : *"Un gruppo simile alla SARS di coronavirus di pipistrello circolanti mostra il potenziale per l'emergenza umana".*
https://www.nature.com/articles/nm.3985 (**doc. 11**)
In questo lavoro i due ricercatori scrissero: "Utilizzando il sistema di genetica inversa SARS-CoV, **abbiamo generato e caratterizzato un virus chimerico che esprime il picco del coronavirus** SHC014 **di pipistrello in una spina dorsale SARS-CoV** adattata al topo."
In pratica si permise il salto di specie di un virus dei pipistrelli, producendo così un supervirus che aveva un'alta affinità col recettore cellulare ACE2 umano, risultando quindi molto più contagioso di quello della SARS-Cov del 2003, sebbene con un tasso di mortalità più basso.
Questa descrizione si attaglia molto bene all'attuale SARS-Cov2; inoltre, si deve rimarcare che la ricerca si svolse in Cina e, per ironia della sorte, proprio nell'oramai famoso laboratorio di Whuan.
Gli esperimenti Gain Of Function, per loro natura pericolosissimi e sconsigliati da molti ricercatori, hanno creato gravi problemi di sicurezza; l'indagine "Biolabs in your backyard" condotta da USA Today (che ha vinto il premio nazionale di giornalismo) e pubblicata nel 2015,

https://eu.usatoday.com/story/news/2016/03/08/usa-today-network-scripps-howard-award-winner/81475670/ (**doc. 12**), ha portato alla luce alcuni incidenti di alto profilo nei laboratori federali e centinaia di incidenti aggiuntivi in laboratori aziendali, universitari, governativi e militari a livello nazionale. https://eu.usatoday.com/story/news/2015/05/29/bioterror-hazard-washingtondc-usatoday/28092803/ (**doc. 13**).

Sulla base sia di questi gravissimi incidenti che delle epidemie/pandemie e degli esperimenti GOF, molte voci in ambito scientifico si sono nel tempo levate per allertare i decisori governativi e la stessa comunità scientifica, su probabili nuove epidemie o pandemie di virus respiratori letali diffusibili per trasmissione aerea e sui conseguenti gravissimi rischi per l'umanità. Un momento acuto di discussioni nella comunità scientifica sull'opportunità di sospendere gli esperimenti di "Guadagno di Funzione" si è determinato tra il 2011 e il 2012, a seguito di esperimenti di Fouchier https://science.sciencemag.org/content/336/6088/1534.full (**doc. 14**) e Kawhaoka https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3388103/ (**doc. 15**) sul virus altamente letale H5N1 dell'aviaria, reso facilmente trasmissibile all'uomo tramite modifiche genetiche.

Il pericolo fu avvertito in modo così reale e concreto dagli esperti del National Science Advisory Board for Biosecurity (NSABB) da indurli ad emettere un parere di non pubblicazione, per motivi di biosicurezza, dei dettagli esecutivi dell'esperimento: "Un comitato che consiglia il Governo afferma che i dettagli dei due controversi esperimenti sul virus dell'influenza aviaria non dovrebbero essere resi pubblici, per la paura che il lavoro possa fornire una ricetta per un'arma biologica."

Molti scienziati scesero in campo https://science.sciencemag.org/content/335/6069/660 (**doc. 16**) per evidenziare e denunciare gli enormi rischi che simili esperimenti facevano correre all'intero genere umano: "Siamo nel bel mezzo di un periodo rivoluzionario nelle scienze della vita. Le capacità tecnologiche si sono notevolmente ampliate, abbiamo una comprensione molto migliore della complessa biologia di microrganismi selezionati e abbiamo una capacità molto migliorata di manipolare i genomi microbici. (…) Tuttavia, vi è anche un rischio crescente che la stessa scienza venga deliberatamente utilizzata in modo improprio e che le conseguenze possano essere catastrofiche. Potrebbe questa conoscenza, **nelle mani di individui, organizzazioni o governi malevoli**, consentire la costruzione di un virus influenzale geneticamente modificato in grado di provocare una pandemia con mortalità superiore a quella dell'epidemia di "influenza spagnola" del 1918?". A seguito di queste preoccupazioni tra gli scienziati e dell'allarme suscitato sui media e nell'opinione pubblica, nel gennaio 2012 i ricercatori che stavano lavorando con le tecniche GOF sul letale virus H5N1 dell'influenza aviaria, rendendolo trasmissibile ai furetti e probabilmente all'uomo, decisero una moratoria volontaria di 60 giorni https://www.nature.com/articles/481443a (**doc. 17**); l'OMS stessa a febbraio convocò a Ginevra un convegno di esperti i quali convalidarono e

protrassero la moratoria, che fu poi revocata all'inizio del 2013.
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/h5n1_research_20120217/en/ (**doc. 18**) https://www.sciencemag.org/news/2013/01/h5n1-researchers-announce-end-research-moratorium (**doc. 19**)

Anche negli Stati Uniti, dopo vari incidenti nei laboratori di biosicurezza e quindi sull'onda dell'allarme ripreso dai media e giunto fino all'opinione pubblica, ad ottobre 2014 l'amministrazione Obama impose una moratoria di due anni (2014- 2016) ai finanziamenti per le ricerche GOF sui virus H5N1, SARS e MERS https://www.nature.com/news/us-suspends-risky-disease-research-1.16192 (**doc. 20**). Nonostante ciò, l'anno successivo (2015) venne portato a termine l'esperimento DURC di Gain Of Function tramite l'ibridazione del virus della SARS con uno dei pipistrelli di Whuan, di cui si è scritto a pag. 15. Questo pericoloso esperimento inquietò ulteriormente la comunità scientifica internazionale https://www.nature.com/news/engineered-bat-virus-stirs-debate-over-risky-research-1.18787?WT.mc_id=TWT_NatureNews (**doc. 21**) e anche i media italiani; fece scalpore infatti nel 2015 l'oramai famoso servizio del TG3 scientifico Leonardo:
https://www.youtube.com/watch?v=80q6754o19U .

L'ipotesi che il SARS-Cov 2 possa essere stato prodotto artificialmente nel laboratorio di Wuhan è stata espressa da illustri scienziati:

- **Ricercatori indiani**, in un articolo poi "retracted" a seguito delle proteste cinesi, hanno asserito che da analisi genetiche e proteomiche **su SARS-Cov2 risulterebbe la presenza di 4 inserti con forti analogie molecolari con glicoproteine strutturali dell'HIV**: "Ciò è sorprendente poiché è abbastanza improbabile che un virus abbia acquisito tali inserzioni uniche in modo naturale in un breve periodo di tempo. Questo cambiamento strutturale potrebbe anche aver aumentato la gamma di cellule ospiti che il 2019-nCoV può infettare. (…) è improbabile che tutti e 4 i file inserti nella glicoproteina spike 2019-nCoV corrispondano fortuitamente a 2 proteine strutturali chiave di un virus non correlato (HIV-1)." https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.30.927871v1.full.pdf (**doc. 22**)

- **Il Premio Nobel Luc Montagnier** ha accreditato anch'egli l'ipotesi che il SARS-Cov2 sia stato il frutto di una manipolazione genetica: "**Siamo arrivati alla conclusione che effettivamente c'è stata una manipolazione su questo virus**. (…) Ma a questo modello (di un coronavirus di pipistrello) hanno aggiunto delle sequenze di HIV, il virus dell'AIDS. (…) No, no non è naturale, è un lavoro di professionisti, **un lavoro di biologi molecolari**: è un lavoro molto minuzioso, guardando le sequenze si può dire un lavoro da orologiaio." https://www.youtube.com/watch?v=Cx-cy9Q4mhI&feature=youtu.be

- **Anche il virologo Giorgio Palù**, già presidente dei virologi europei e ora presidente di AIFA, sembra accreditare l'origine del virus da manipolazione umana: "**Il sospetto che il Sars-Cov-2 non sia naturale non è un'eresia. Contiene innesti che possono arrivare dagli animali, ma anche dall'uomo**".
  https://www.liberoquotidiano.it/news/scienze-tech/24093516/coronavirus-giorgio-palu-ex-presidente-societa-virologia-europea-creato-laboratorio-non-eresia-due-innesti-sospetti.html (**doc. 22 bis**)
- **Lo stesso Ralph Baric**, uno dei due autori del contestato lavoro d'ibridazione del virus della SARS con uno dei pipistrelli cinesi, di cui Huffington post ha riportato un'intervista, non esclude che **con le moderne biotecnologie si potrebbe realizzare in laboratorio una ingegnerizzazione di virus come il SARS-Cov2** senza lasciare traccia biochimica o genetica.
  https://www.huffingtonpost.it/entry/e-possibile-creare-un-virus-in-laboratorio-senza-lasciare-traccia-la-risposta-dellesperto_it_5f5f3993c5b62874bc1f7339 (**doc. 23**)

..*.*

3. **Piena consapevolezza delle Autorità sanitarie internazionali e italiane dei rischi pandemici**

Già dopo la SARS-Cov del 2003 l'OMS aveva allertato tutte i governi e le autorità scientifiche mondiali sulla **possibilità di una nuova epidemia di coronavirus**: "Allerta, verifica e gestione della salute pubblica rispetto alla Sars, nel periodo successivo all'epidemia."
https://www.epicentro.iss.it/focus/sars/oms-sars_14-8.pdf (**doc. 24**)
Oltre a ciò, gli allarmi sopra descritti nella comunità scientifica e tra i giornalisti specializzati nella materia, a causa degli esperimenti di Gain Of Function e delle epidemie/pandemie già verificatesi, hanno avuto eco e risalto in tutti gli ambienti istituzionali, italiani e internazionali:

- "**Il pericolo di una nuova pandemia**, legata alla recente diffusa circolazione del virus dell'influenza aviaria H5N1, ha stimolato una serie di iniziative al livello internazionale e nazionale per prepararsi a questa eventualità."
  https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/modello (**doc. 25**)
- Dalla fine del 2003, da quando cioè i focolai di influenza aviaria da virus A/H5N1 sono divenuti endemici nei volatili nell'area estremo orientale, e il virus ha causato infezioni gravi anche negli uomini, è diventato più concreto e persistente il rischio di una pandemia influenzale. Per questo motivo **nel 2005 l'OMS ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo linee guida concordate. Da queste sollecitazioni dell'OMS è stato elaborato in Italia il Piano**

Pandemico del 2006, che successivamente avrebbe dovuto essere aggiornato, ma non lo è stato. https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/pdf/pianopandemico.pdf (**doc. 26**)

- **Previsione della Rockfeller Foundation** (2010): "Entro il 2020 il documento predice l'arrivo di una pandemia che avrebbe prodotto un numero impressionante di morti e che avrebbe infettato almeno il 20% della popolazione globale."
  https://www.notizienazionali.it/notizie/attualita/27825/quel-documento-della-fondazione-rockefeller-che-aveva-previsto-una-pandemia-entro-il-2020 (**doc. 27**)
  Documento completo del Rapporto Rockfeller Foundation:
  https://www.nommeraadio.ee/meedia/pdf/RRS/Rockefeller%20Foundation.pdf (**doc. 28**)
- **La Banca Mondiale** ha prodotto il 28 giugno 2017 un dettagliatissimo documento previsionale ad uso degli investitori dei "pandemics bond" di 386 pagine, nel quale vengono previsti gli scenari pandemici per vari virus che hanno dimostrato un potenziale pandemico e di cui si ritiene probabile la diffusione. Il documento è visionabile e scaricabile all'indirizzo: http://pubdocs.worldbank.org/en/882831509568634367/PEF-Final-Prospectus-PEF.pdf (**doc. 29**)
  Una testata giornalistica italiana ha elaborato una sintesi molto pregnante che si può leggere qui: https://www.ilbassoadige.it/magazine/2020/03/20/nel-2017-coronavirus-la-banca-mondiale-aveva-previsto-la-pandemia/ (**doc. 30**)
- **Nel rapporto dell'OMS** (2018) "Revisione annuale delle malattie prioritarie nell'ambito della ricerca e Progetto di sviluppo" https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/2018-annual-review-of-diseases-prioritized-under-the-research-and-development-blueprint.pdf?sfvrsn=4c22e36_2 (**doc. 31**), gli esperti portano all'attenzione di tutti gli Stati membri il **concreto pericolo dell'arrivo di una nuova malattia "X"** (di tipo respiratorio e a trasmissione aerea) che avrebbe rapida diffusione come l'influenza stagionale, ma con un tasso di mortalità superiore a un'influenza.
  A pag. 6 del Rapporto poi, è stata inserita la variante mediorientale (MERS) della SARS-Cov e, inoltre, una "malattia coronavirale altamente patogena (simile alla SARS)", non meglio specificata; il che farebbe pensare che la "nuova malattia X" in realtà era un nuovo Coronavirus… poi effettivamente arrivato!
  A pag. 10 viene ribadita la priorità di rischio per "malattie coronavirali altamente patogene diverse da MERS e SARS"; (…) praticamente annunciano la pandemia che verrà chiamata SARS-Cov-2! A conferma di questa interpretazione, nel documento in questione si richiamano i criteri di prioritizzazione dei patogeni su cui allertarsi, stabiliti in una consultazione OMS del 2015 e ribaditi nella revisione del 2016; tra le caratteristiche di priorità

d'allerta per un patogeno erano indicati **"collegamenti con programmi di armi biologiche"** e i coronavirus sono l'unica sottofamiglia di virus tra quelli prioritari elencati nel rapporto OMS del 2018 che, dopo gli esperimenti di Gain Of Function pubblicati da Ralph Baric e Zhengli-Li Shi del 2015, sono stati classificati tra le ricerche DURC (Dual Use Research Concern = d'interesse civile e militare/terroristico).

In sintesi, nel rapporto OMS "Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint", **si allertavano i governi e le istituzioni sanitarie mondiali sulla imminente Pandemia da SARS-Cov2.2**

- "**Siamo già nell'era della pandemia**. (…) Nel 2018, a Davos, Sylvie Briand, specialista di malattie infettive dell'Organizzazione mondiale per la Sanità, disse che era in arrivo una nuova pandemia, che non eravamo mai stati tanto vulnerabili, «e non c'è modo di fermarla». **Bill Gates** nel 2019 a una conferenza sulla salute disse che sarebbe potuto saltar fuori facilmente un virus in grado di uccidere 30 milioni di persone.

  Qualche mese dopo, un comitato scientifico affiliato alla Banca mondiale disse che in quel momento più che in passato c'era "un rischio elevato di un'epidemia devastante a livello regionale o globale che non soltanto ucciderà molte persone ma creerà danni gravi all'economia e il caos sociale". https://www.ilfoglio.it/scienza/2020/03/03/news/siamo-gia-nellera-della-pandemia-304850/ (**doc. 32**)
- **"Nel 2018 l'Emerging Risks and Research team dei Lloyd's di Londra** ha diffuso un dettagliato studio che prende le mosse da un punto fermo: «**Una pandemia globale non è un rischio, ma una certezza»**. Lo scorso settembre, **un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità** ha messo in guardia i governi del pianeta sull'incombere di "una minaccia molto reale di una pandemia altamente letale".

  https://www.huffingtonpost.it/entry/trasformiamo-i-comuni-in-stazioni appaltanti_it_5e9569dac5b6cc788eae9f53 (**doc. 33**).
- Il pericolo della "malattia X" paventato l'anno prima dall'OMS, fu annunciato nel 2019 con forte allarme dalla stessa Organizzazione nel **documento: "UN MONDO A RISCHIO - Relazione annuale sulla preparazione globale per le emergenze sanitarie" redatto da parte di OMS e Banca Mondiale in seguito alla convocazione del GPMB (Global Preparedness Monitoring Board).** La Relazione per intero è visionabile a questo link: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf (**doc. 5**).

  Il contenuto è talmente sconvolgente e illuminante riguardo alle misure di programmazione e gestione che anche il Governo italiano e le principali istituzioni sanitarie del Paese avrebbero dovuto predisporre per tempo, che si ritiene opportuno copiarne alcuni brani particolarmente

espliciti e dirompenti; quindi utili per valutare se le istituzioni italiane sono incorse in **gravissime negligenze od omissioni dolose** delle misure e linee guida indispensabili ed efficaci per contenere la pandemia annunciata, il conseguente elevato numero di morti prevedibile, l'impatto paralizzante sul sistema sanitario e servizi, nonché le devastanti conseguenze sulle attività economiche e sul tessuto sociale:

- "(…)**lo spettro di un'emergenza sanitaria globale incombe**.";
- "(…) **un patogeno respiratorio che uccide da 50 a 80 milioni di persone** e cancella quasi il 5% dell'economia mondiale";
- "**I capi di governo di ogni paese devono impegnarsi alla preparazione** attuando i loro obblighi vincolanti ai sensi del Regolamento sanitario internazionale (IHR 2005)."
- "**Il mondo è a rischio acuto di devastanti epidemie o pandemie** regionali o globali che non solo causano la perdita di vite umane, ma ribaltano le economie e creano caos sociale".
- "(…) **nel 2018 ben 103 Paesi hanno condotto esercizi di simulazione di epidemie**, 59 paesi hanno sviluppato un piano d'azione nazionale per la sicurezza sanitaria (NAPHS)."
- "**Paesi, donatori e istituzioni multilaterali devono prepararsi al peggio**. Una pandemia in rapida diffusione a causa di un agente patogeno respiratorio letale (sia che emerga naturalmente o che venga accidentalmente o deliberatamente rilasciato) pone ulteriori requisiti di preparazione."
- "**Il mondo non è preparato per una pandemia di patogeni respiratori virulenta e rapida**." Questa è stata l'allarmante e profetica conclusione!
- **Un'altra conferma della concreta percezione dell'allarme viene dagli USA**, ove il governo americano esplorò l'impatto e le ripercussioni a livello mondiale di una diffusione pandemica del virus: da gennaio ad agosto del 2019 si effettuarono una serie di esercitazioni per simulare una grave pandemia sostenuta da un virus a diffusione aerea molto patogeno. L'intero rapporto è contenuto nel documento: «CRIMSON CONTAGION 2019 FUNCTIONAL EXERCISE Draft After-Action Report» https://www.governmentattic.org/38docs/HHSaarCrimsonContAAR_2020.pdf (**doc. 34**) Una interessante sintesi dei punti salienti si trova nell'articolo del New York Times a commento della pubblicazione Crimson Contagion: https://www.nytimes.com/2020/03/19/us/politics/trump-coronavirus-outbreak.html(**doc. 35**).
- **Per ultimo in ordine cronologico delle simulazioni viene "Event 201" (18 ottobre 2019)**, organizzato dalla Johns Opkins University, in collaborazione col World Economic Forum e la Bill and Melinda Gates Foundation; Event 201 esplicitamente pronostica una pandemia da coronavirus, il quale si trasmette dai pipistrelli ai maiali, da questi agli esseri umani e infine

da uomo a uomo; gli scenari descritti ancora una volta coincidono con quella che poi conosceremo come la reale, inquietante e disastrosa realtà! Lo scenario si conclude dopo 18 mesi, con 65 milioni di morti. Link al sito web: https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/scenario.html (**doc. 36**). I video di EVENT 201 sono visibili in questa pagina web: https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/videos.html

- **In Italia, a marzo 2020 il TGR Leonardo ha dedicato un servizio ad Event 201**, riportando all'attenzione del grande pubblico italiano e con stupefacente realismo, le conclusioni della simulazione prodotta da Event 201, con le devastanti conseguenze di quello che per *singolare coincidenza* era nel frattempo divenuto il reale evento pandemico di virosi da coronavirus insorto in Cina all'inizio del 2020. La puntata di Leonardo ha sottolineato, se ce ne fosse stato ancora bisogno, come il concreto pericolo di pandemia e specificamente da coronavirus, **era ampiamente noto a livello internazionale (quindi anche alle Autorità sanitarie e di Governo italiane)**: "Eppure si sapeva che una pandemia ci avrebbe colti impreparati (…)" (!): video reportage TGR LEONARDO del 20 Marzo 2020 https://www.youtube.com/watch?v=tsgc4Jvw0rg

Quanto sopra articolatamente esposto e documentato dimostra che TUTTI i vertici delle istituzioni sanitarie internazionali, quindi anche italiane, NON POTEVANO NON SAPERE; allora ci si deve chiedere, alla luce di tutte queste allarmanti, precise e convergenti previsioni, **come hanno potuto l'ex Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, altri esponenti dell'ex Governo e dirigenti di enti sanitari italiani, dichiarare che la pandemia e le sue tragiche conseguenze erano un evento "imprevedibile" ?!** https://www.huffingtonpost.it/entry/trasformiamo-i-comuni-in-stazioni appaltanti_it_5e9569dac5b6cc788eae9f53 (**doc. 33**). Questa clamorosa negazione di documentati allarmi ripetuti da molte autorevoli fonti internazionali, non costituisce forse un **forte indizio di non sincerità e di oscure decisioni pianificate?**

Dopo tante inoppugnabili e molteplici evidenze dell'ampia e diffusa previsione di una imminente pandemia da Coronavirus, documentate in questo capitolo, produce stupore e indignazione leggere altre gravi distorsioni della verità su documenti, dichiarazioni istituzionali e nei media, tramite affermazioni che definiscono **falsamente "imprevedibile"** la pandemia da nuovo Coronavirus:

- Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023:
  "La pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 conferma **l'imprevedibilità di tali fenomeni** (…)" http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3005_allegato.pdf (**doc. 37**)

- Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale:
  "SARS-CoV-2 ha rappresentato, a tutti gli effetti, **un patogeno sconosciuto** alla comunità scientifica internazionale fino alla fine del mese di dicembre 2019"
  https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=76597&parte=1%20&serie=null (**doc. 38**)
- Rischio e responsabilità professionale e manageriale in emergenza Covid.
  "Anche la pandemia da Sars Cov-2 **più volte è stata dichiarata istituzionalmente imprevedibile**!" https://www.quotidianosanita.it/federsanita/articolo.php?articolo_id=91161 (**doc. 39**)
- **L'epidemia di Covid-19 è un imprevedibile «nemico pubblico**».
  https://oggiscienza.it/2020/02/14/covid-19-epidemia/ (**doc. 40**)
- Trasformiamo i Comuni in stazioni appaltanti.
  "**Giuseppe Conte dice che la pandemia di Covid-19 era "imprevedibile**".
  https://www.huffingtonpost.it/entry/trasformiamo-i-comuni-in-stazioni-appaltanti_it_5e9569dac5b6cc788eae9f53 (**doc. 33**)
- «Che diremo ai nostri cittadini se l'Europa non si dimostra capace di una reazione unitaria, forte e coesa **di fronte a uno shock imprevedibile** e simmetrico di questa portata epocale?» - ha chiesto Conte ai leader collegati in conference call". https://www.adnkronos.com/conte-a-ue-batta-un-colpo-o-facciamo-da-soli_3SprLa3wrf41tQ3A9bThHD?refresh_ce (**doc. 41**)
- "Inoltre, l'art. 18 introduce misure di ausilio allo svolgimento del lavoro agile da parte dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni e degli organismi di diritto pubblico, **per contrastare e contenere l'imprevedibile emergenza epidemiologica**.
  https://www.lavoro.gov.it/notizie/Pagine/Nuove-misure-per-contrastare-la-diffusione-del-coronavirus-COVID-19.aspx (**doc. 42**)

La tesi dell'imprevedibilità della pandemia Covid-19, frutto di un "nuovo e sconosciuto" virus non è corretta né sostenibile, perché il virus SARS-Cov2 deve essere considerato una variante mutata del SARS-Cov del 2002-2003, in quanto **i due virus condividono 86% del genoma** https://valori.it/stato-industria-farmaceutica-alleati-coronavirus/ (**doc. 162**) e **95% delle proteine più importanti** come risulta da Protein Data Bank: *"Le principali proteasi dei virus che causano SARS e COVID-19 sono identiche al 95% nella loro sequenza aminoacidica. Ancora più importante, i loro siti attivi ("forbici" molecolari) sono identici a livello di aminoacidi e differiscono solo marginalmente nella struttura 3D."*. Si può aggiungere che tale somiglianza del proteoma dei due SARS-Cov, abbinata alle caratteristiche mutate nel senso di una maggiore contagiosità del SARS-

Cov2, **evoca con inquietudine gli esperimenti DURC di Gain Of Function pubblicati nel 2015**, ove furono prodotte chimere di ricombinazione proprio tra il virus della SARS e i coronavirus dei pipistrelli cinesi a ferro di cavallo. In ogni caso, qualunque sia l'origine di SARS-Cov2 (naturale o dovuta a fuga da laboratorio), la pandemia Covid-19, sostenuta da un ceppo mutato del SARS-Cov del 2003, era attesa e annunciata, onde il preciso dovere dei vertici del sistema sanitario italiano di prevenirne i possibili effetti e di far sì che fossero pronti i presidi necessari in termini sia ospedalieri sia di provvista di farmaci.

..*.*

4. **L'allarme coronavirus diffuso dall'OMS e la colpevole inerzia del Governo**

Sullo sfondo di questa situazione ben nota a tutte le autorità sanitarie, nel mese di dicembre 2019 **l'OMS diffondeva vari bollettini di allarme** in considerazione della situazione della provincia di Wuhan in Cina dove il Covid-19 probabilmente circolava già da mesi e stava determinando una grave situazione epidemiologica. Quindi è ragionevole pensare che, se il Ministero della Salute ha svolto appieno i suoi compiti di vigilanza epidemica, **il Governo sapesse della situazione di allarme ben prima del 30 gennaio 2020**, data in cui l'OMS ha emesso la dichiarazione di emergenza internazionale. Comunque, Il 31 gennaio 2020, con delibera del Consiglio dei ministri pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 2020, il Governo dichiarava per la durata di sei mesi lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Tuttavia, non solo la dichiarazione dello stato di emergenza non fu diffusa con la necessaria enfasi da parte del Governo – che pure nei mesi successivi avrebbe dimostrato di poter disporre con grande facilità ed efficacia della totalità dei mezzi di informazione di massa con conferenze stampa quotidiane diffuse a reti unificate – ma **fu dedicata una particolare cura alla creazione di una narrativa pubblica tranquillizzante** secondo le seguenti linee: - **la diffusione del virus in Italia è altamente improbabile se non impossibile**, - non c'è bisogno di adottare alcuna misura preventiva cautelare come: (i) **la chiusura delle frontiere con i viaggiatori provenienti dalla Cina** o l'assoggettamento di questi ultimi alla quarantena (come sempre avvenuto nella storia recente ed antica da quando la Serenissima Repubblica di Venezia inventò la quarantena), (ii) **la sospensione tempestiva dell'accordo di Schengen**, richiesto con forza dall'allora opposizione e a cui il presidente del Consiglio, Giuseppe Conte rispose: «***In questo momento non riteniamo necessario la sospensione del trattato di Schengen***.» https://www.corriere.it/politica/20_febbraio_21/coronavirus-centrodestra-all-attacco-va-sospeso-l-accordo-schengen-b7e8a4f8-54ea-11ea-9196-da7d305401b7.shtml (**doc. 163**); (iii) **l'approntamento di nuovi posti ospedalieri e in particolare nei reparti di terapia intensiva**, (iv) **l'immediata messa a disposizione di attrezzature sanitarie di protezione per i**

MMG e i medici ospedalieri: *idonee mascherine professionali, guanti, camici monouso, visiere di protezione, gel disinfettanti,* ecc. (v) **l'immediata messa a disposizione di farmaci antivirali** come espressamente previsto dal PP 2006 (documento medico-legale pienamente vigente fino a gennaio 2021), ancorché aspecifici e non registrati per Covid-19 (cosa impossibile nella prima fase emergenziale) e presumibilmente utili per combattere il nuovo coronavirus, sulla base delle esperienze acquisite con la SARS-Cov del 2003 e la MERS del 2012.

A fronte di queste gravissime inadeguatezze e omissioni, anche delle azioni che elementari regole di cautela avrebbero suggerito, il 30 gennaio 2020 il Presidente del Consiglio dichiarava alla trasmissione televisiva Otto e Mezzo che **l'Italia aveva adottato misure cautelative all'avanguardia e che il Governo era preparatissimo ad affrontare l'eventuale epidemia** (https://www.youtube.com/watch?v=PSSLq5_fmMk).

Nel mentre le mancate misure di prevenzione facevano sì che la diffusione del virus avvenisse senza alcun controllo sanitario, numerosi personaggi politici filo governativi esortavano pubblicamente a non avere timori, ad "abbracciare i cinesi" e a continuare con una vita sociale priva di limitazioni perché altrimenti l'economia italiana ne avrebbe sofferto. Nel frattempo, grazie alla totale inazione del Governo, il virus si diffondeva molto, soprattutto in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, ma anche nel resto d'Italia.

Riguardo alle mancate misure preventive e restrittive che, in linea di principio, avrebbero potuto conseguire risultati positivi nel rallentamento e contenimento dell'iniziale diffusione del virus, si sottolinea l'illogica contraddizione nell'azione governativa, per cui **alcuna misura preventiva e restrittiva prese all'approssimarsi dell'onda virale pandemica,** né subito dopo aver decretato lo stato d'emergenza, **rispetto alle pesanti e protratte misure restrittive successivamente assunte allorché il virus è oramai da considerarsi endemico e quindi non più eradicabile**, ma solo contenibile con appropriate indicazioni per aumentare le fisiologiche difese immunitarie innate e opportuni protocolli farmacologici in caso di sintomaticità. **L'impossibilità di impedire il contatto col virus**, che peraltro in presenza di un sistema immunitario efficiente determina una condizione biologica di convivenza e di stato asintomatico per la stragrande percentuale della popolazione, è oramai accertato a seguito dei recenti studi di ricercatori italiani https://zenodo.org/record/4088208#.YDYP1-hKhPZ (**doc. 164**), i quali hanno documentato in modo inoppugnabile che **SARS-Cov-2 si comporta come un *batteriofago*, cioè un virus che entra e si replica all'interno di cellule batteriche**; nello specifico, in particolare nelle cellule dei batteri intestinali! Intervista divulgativa di uno degli autori dello studio, il Dott. Brogna: https://www.affaritaliani.it/coronavirus/vaccino-attuale-non-sufficiente-ci-vuole-altro-per-debellare-il-virus-720062.html?refresh_ce (**doc. 165**)

..*.*

5. **<u>Mancato aggiornamento del Piano Pandemico (PP) 2006</u>**

L'aggiornamento del Piano Pandemico 2006 non era una semplice esigenza di *burocrazia sanitaria*, ma derivava e s'incardinava sugli obblighi giuridici internazionali assunti dall'Italia in riferimento alla sottoscrizione del **Regolamento Sanitario Internazionale del 2005 (IHR 2005)**; strumento vincolante di diritto internazionale entrato in vigore nel 2007.

https://www.who.int/ihr/finalversion9Nov07.pdf (**doc. 43**)

Anche alla luce dei vincoli derivanti dall'IHR <u>si denuncia che</u>, a fronte delle numerose previsioni di **altissima e imminente probabilità di epidemie o pandemie** causate da un virus respiratorio letale e diffusibile per via aerea e anche specificamente da un coronavirus e nonostante gli allarmati appelli dell'OMS, **le Autorità sanitarie competenti italiane (e le persone fisiche responsabili) non hanno provveduto ad aggiornare il Piano Pandemico del 2006**.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf (**doc. 44**)

<u>Su questo fronte si rimanda alle approfondite e documentate inchieste della trasmissione Report di RAI3</u> https://www.facebook.com/watch/?v=883606612377258 (**doc. 45**),

https://www.facebook.com/watch/?v=402167140891900 (**doc. 46**) e alle **indagini in corso da parte della Procura della Repubblica di Bergamo**: "*Piano pandemico non aggiornato, la Procura di Bergamo convoca i vertici del ministero della Salute. Il documento del 2017 identico a quello di undici anni prima. Notifiche a Claudio D'Amario, ex responsabile della Prevenzione, e a Giuseppe Ruocco, attuale direttore generale."*

https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/21_gennaio_11/piano-pandemico-non-aggiornato-procura-bergamo-convoca-vertici-ministero-salute-8327d368-53f1-11eb-ad41-ddad2172512f.shtml (**doc. 47**) *"Bergamo, 19 gennaio 2021 - Quello che sta emergendo è* una drammatica realtà. *Ovvero che l'unico piano pandemico del nostro Paese era quello del 2006, denominato anche piano antinfluenzale o virale. Gli altri piani, quello del 2016 e del 2017 altro non sono che un «copia incolla del primo». Lo ha fatto intendere il procuratore capo Antonio Chiappani. Quel piano aveva delle direttive, sei linea guida che nel 2006 poi sono state ridotte a quattro. «Ciò che vogliamo anche sapere – ha aggiunto Chiappani – è se quelle linee guida sono state applicate». E proprio per fare chiarezza sulla verità dei piani non aggiornati, ieri alla Procura di Bergamo, che ha aperto un fascicolo per epidemia colposa, è stato sentito come persona informata sui fatti Giuseppe Ruocco, un dirigente chiave del ministero della Salute."*

Vi è, pertanto, **un primo elemento di grave negligenza che appare evidente e già provato**, ossia la circostanza che gli organi proposti abbiano omesso di aggiornare il Piano Pandemico del 2006, non

adeguandolo alle mutate condizioni e, soprattutto, ai ben noti allarmi concernenti la diffusione di un virus respiratorio nella forma probabile di un Coronavirus.

..*.*

6. **Disapplicazione delle azioni prioritarie previste dal Piano Pandemico (PP) 2006**

Forse ancora più grave del non aggiornamento, **è la sostanziale disapplicazione di quanto di corretto e utile per contenere e curare Covid-19 era previsto dal Piano Pandemico (PP) 2006**. Il PP 2006, in vigore fino a gennaio 2021 (tardivamente sostituito dopo un anno di pandemia), fu elaborato a causa di epidemie ricorrenti di aviaria (virus H5N1) negli anni precedenti in varie parti del mondo, ma contiene articolate norme generali di gestione anche terapeutica e di profilassi valide per qualunque epidemia virale. Ebbene, detto Piano Pandemico, che durante la crisi pandemica del 2020 era in vigore ed **avrebbe dovuto essere applicato, fu lasciato, invece, lettera morta** con evidente responsabilità amministrativa e penale di tutti coloro che avrebbero avuto, invece, la precisa responsabilità di attuarne le disposizioni.

Infatti, rispetto al vuoto d'indicazioni terapeutiche domiciliari per il Covid-19, contenuto nelle circolari che il Ministero e AIFA hanno emanato nel corso del 2020 (saranno commentate a breve) https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4 (**doc. 48**), **ben altro spessore ed efficace contenuto d'indirizzo hanno invece le linee guida del PP del 2006 che sono state disapplicate dalle autorità sanitarie e di governo**. Tra le principali "**Azioni Chiave**" da attivare tempestivamente, in esso è indicato *"**l'utilizzo dei farmaci antivirali**"*, sia a livello terapeutico che nella profilassi dell'infezione virale; misura centrale per affrontare ogni epidemia virale, come ribadito in modo specifico nell'articolazione del punto 7.2., al fine di *"contenere gli iniziali focolai nazionali attribuiti a virus pandemico e ridurre il rischio di trasmissione (…)"*:

7.2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione

Per contenere gli iniziali focolai nazionali attribuibili a virus pandemico e ridurre il rischio di trasmissione vanno adottate:

- misure di sanità pubblica quali la limitazione degli spostamenti, l'isolamento e la quarantena dei casi e dei contatti,
- strategie di utilizzo di farmaci antivirali sia come profilassi che come terapia
- strategie di vaccinazione.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf (**doc. 44**)

Nel 2006, al contrario del 2020 ed in coerenza con quanto previsto dal PP, furono costituiteabbondanti scorte di antivirali attivi come inibitori della neuraminidasi (una delle proteine del virus dell'aviaria):

7.2.2 *Utilizzo dei farmaci antivirali*

Il Ministero della Salute, sulla scorta di valutazioni del Comitato Scientifico del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e dell'Agenzia Italiana per il Farmaco, **ha acquistato circa 4 milioni di cicli di farmaci antivirali,** appartenenti alla categoria degli inibitori delle neuraminidasi.

E sempre nel PP 2006 fu sottolineata l'assoluta necessità di un loro pronto utilizzo terapeutico. Ecco un altro paragrafo del PP 2006 da cui si evince la fondamentale importanza dell'utilizzo PRECOCE di opportuni antivirali e, per estensione, di altri farmaci utili e integratori di micronutrienti noti per le proprietà stimolanti e potenzianti del sistema immunitario innato:

*"**Una rapida mobilizzazione e l'uso corretto dei farmaci antivirali sono aspetti cruciali per una efficace risposta di salute pubblica verso la pandemia**. L'obiettivo principale è di assicurare che i farmaci antivirali siano rapidamente disponibili, sia per l'uso profilattico che per quello terapeutico. È necessaria, pertanto, una dislocazione periferica della scorta nazionale ulteriormente giustificata dalla necessità di:*

1. *Assicurare la disponibilità immediata di questi farmaci, in caso di pandemia;*
2. *Garantire una gestione appropriata esclusiva del servizio pubblico di questi farmaci;*
3. *Utilizzare i farmaci secondo una strategia nazionale comune."*

Come è ben evidente, la disponibilità di idonei farmaci antivirali e il loro pronto uso in caso di epidemia, è uno strumento centrale della *governance* di qualunque epidemia/pandemia da virus (come gli antibiotici per quelle batteriche) e non certo da intendersi solo per il pericolo dell'aviaria. Nella comunità scientifica mondiale è, infatti, **assodato e pacifico che la ricerca e l'approvvigionamento di opportuni farmaci antivirali costituiscono funzioni fondamentali per arginare una epidemia/pandemia da virus**: *"Stimiamo che le scorte che coprono il 20% -25% della popolazione sarebbero sufficienti per trattare la maggior parte dei casi clinici e potrebbero portare a riduzioni dal 50% al 77% dei ricoveri."*

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371825/ (**doc. 166**) *(Potenziale impatto dell'uso di farmaci antivirali durante la pandemia influenzale.).*

Ovviamente le Istituzioni sanitarie italiane sono ed erano consapevoli della indispensabile necessità di disporre di scorte di farmaci antivirali per un uso tempestivo al momento del bisogno, come risulta dalla scheda dedicata all'influenza aviaria disponibile sul sito del Ministero della Salute:

*"**Per essere efficaci, in caso di infezione, i farmaci antivirali devono essere assunti entro le 48 ore dall'inizio della sintomatologia** (...)".*

http:/www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=30 (**doc. 49**)

Posto che la probabile ed imminente diffusione di una pandemia influenzale da coronavirus era un fatto ben noto alle istituzioni sanitarie, **si rinforzano legittimi dubbi sulle motivazioni di queste**

inammissibili negligenze e prorompono domande per cui allo stato non vi è risposta e che il denunciante rivolge fiducioso alla Magistratura affinché le possa risolvere con opportune attività d'indagine:

- **Perché non è stato aggiornato il PP 2006, prevedendo e predisponendo (anche sulla base dell'esperienza fatta a seguito delle precedenti epidemie di SARS del 2003 e MERS del 2012) adeguate scorte di farmaci antivirali noti per l'efficacia di agire sui Coronavirus, anche se non registrati all'EMA per questa funzione?**

- **Perché dall'esordio ad oggi nei vari documenti di linee guida istituzionali per il trattamento di Covid-19 a livello domiciliare e nelle RSA non è stato indicato l'uso di alcun farmaco antivirale (anche aspecifico ma ad ampio spettro) e alcuna cura di supporto al sistema immunitario?**

- **Perché a maggio 2020 è stata ritirata l'autorizzazione alla prescrivibilità *off label* dell'idrossiclorochina, prezioso farmaco antivirale ad ampio spettro, dal 2003 mostratosi specificamente efficace nell'inibire i coronavirus e usato con successo su SARS-Cov2 da centinaia di medici?**

- **Perché, in particolare, è stato necessario un procedimento giurisdizionale amministrativo (RG 1557/2021 TAR Lazio) nell'ambito del quale il tribunale ha dovuto emettere un'ordinanza cautelare (la n. 1412/2021 del 4 marzo 2021, doc. 50) per la sospensione della nota AIFA del 9 dicembre 2020 recante "principi di gestione dei casi covid19 nel setting domiciliare" nella parte in cui nei primi giorni di malattia da Sars-covid-19, prevede unicamente una "vigilante attesa" e somministrazione solo di paracetamolo o fans, nella parte in cui pone indicazioni di non utilizzo di tutti i farmaci generalmente utilizzati dai medici di medicina generale per i pazienti affetti da covid?**

In effetti queste decisioni sono inspiegabili sotto il profilo scientifico e della governance sanitaria di una emergenza pandemica annunciata e quindi sollevano molte perplessità e possono apparire come gravi omissioni e negligenze.

Sta di fatto che, fin dalla prima Circolare ministeriale prot. n. 1997 del 22.01.2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina", **non viene fatta menzione di alcuna profilassi e terapia con antivirali (disponibili), altri farmaci e cure di supporto!** Idem per la seconda Circolare prot. n. 2302 del 27.01.2020, dedicata esclusivamente alla definizione dei *casi* e alle procedure per la

raccolta e l'invio dei campioni biologici. Anche la terza Circolare (prot. n. 5443 del 22/02/2020) destinata ai MMG e ai PLS ed emanata in fase già avanzata di emergenza nazionale (dichiarata quasi un mese prima) conteneva solamente misure d'igiene e prevenzione di carattere generale, ma ancora nessuna indicazione di gestione terapeutica della malattia con antivirali e altri farmaci. In tutte e 3 le fasi in cui la circolare del 22/02/2020 (**doc. 51**) ha suddiviso la *casistica* della dinamica con cui l'infezione da SARS-Cov2 può manifestarsi nei soggetti riscontrati positivi al tampone molecolare (asintomatici, paucisintomatici e sintomatici), **al medico e al pediatra era comandato di fatto** *(si sottolinea che il paragrafo a pag. 3 della circolare inizia con un imperativo: "Il MMG/PDLS,* ***deve****"…),* **di orientarsi sostanzialmente** ***ad una passività terapeutica*** verso il paziente domiciliare sintomatico; **questa direttiva ha di fatto inibito la normale prassi professionale ed etica del medico, sostituendola con l'inefficace** ***"sorveglianza attiva del paziente in quarantena domiciliare per 14 giorni"*****:**

Circolare ministeriale prot. n. 5443 del 22.02.2020

2. **paziente paucisintomatico/contatto stretto negativo al test**
   - predisporre assistenza domiciliare e/o segnalare il caso al Dipartimento di prevenzione della ASL per la sorveglianza attiva;
   - effettuare valutazione clinica telefonica e gestione dell'attesa della possibile evoluzione
   - eventuale valutazione domiciliare.
3. **Soggetto riscontrato positivo al tampone per SARS-COV-2 ed al momento asintomatico**
   - quarantena domiciliare con sorveglianza attiva per 14 giorni.

In pratica la Circolare ministeriale ha favorito e quasi *imposto* la *passività medica* **IN ATTESA DEGLI SVILUPPI DELLA MALATTIA**, salvo indicare qualche *rara telefonata* da medico a paziente: *"(…)* ***valutare tempi e modalità per la rivalutazione telefonica del caso****"*; oltretutto, **erano esplicitamente da disincentivare** le telefonate al proprio medico curante da parte dei pazienti **divenuti nel frattempo sintomatici e malati, anche con polmonite e quindi in difficoltà e spaventati(!)**:

- isolamento e riduzione dei contatti, uso di mascherina, guanti e protezione dei conviventi, lavaggio frequente delle mani, areazione frequente degli ambienti, valutare tempi e modalità per la rivalutazione telefonica del caso. Disincentivare iniziative di ricorso autonomo ai Servizi sanitari (P.S., MMG, medico di continuità assistenziale-CA) in assenza di contatto con i numeri di pubblica utilità su COVID-19 (1500, Numeri verdi regionali) o con il medico curante.

Non era prevista sostanzialmente altra azione che **la segnalazione del caso al 112/118 e all'UO**:

Circolare ministeriale, prot. n. 1997 del 22.01.2020

- effettuare valutazione epidemiologica per affezioni vie respiratorie (collegamento con paese a rischio, data di partenza dalla zona a rischio, esposizione a casi accertati o sospetti, contatti con persone rientrate dal paese a rischio, con familiari di casi sospetti), tenendo presente le eventuali patologie preesistenti e lo stato vaccinale;
- **segnalare il paziente al 112/118, e/o attraverso i percorsi organizzativi predisposti delle singole regioni;**
- **segnalare il caso sospetto all'U.O. di Malattie infettive del DEA di II livello di riferimento;**

Nel momento in cui poi il paziente **abbandonato in pratica a sé stesso** fosse diventato sintomatico, inclusi i casi simil-influenzali e **anche solo quelli sospetti**, **l'ospedalizzazione** sembra quasi fosse l'obiettivo a cui la Circolare puntava:

Triage telefonico (112/118)

Gli operatori della centrale operativa del 112/118 provvedono a effettuare una prima procedura di triage telefonico **valutando la presenza dei criteri di definizione di caso sospetto.** Nel caso di una persona che **corrisponda ai criteri sopra citati,** la centrale operativa provvederà a contattare il personale di accettazione dell'UO di Malattie infettive del DEA di II livello di riferimento **per concordare le modalità di trasporto** e i tempi di arrivo presso la suddetta struttura.

Trasferimento di casi

Il trasferimento dei casi sospetti di SARS-CoV-2 deve avvenire utilizzando un'ambulanza che sarà decontaminata immediatamente dopo il trasferimento. L'ambulanza deve avere una divisione tra vano

In pratica è stata elaborata e imposta ai MMG (e PLS) una procedura **incanalata verso l'ospedalizzazione di migliaia e migliaia di cittadini**, causata dall'inconcepibile vuoto di indicazioni terapeutiche già eclatante nelle linee guida della circolare del 22.02.2020, tutta orientata ad indirizzare i MMG verso l'ospedalizzazione dei pazienti; così pure nella successiva del 30.11.2020:

- **silenzio assoluto riguardo alle necessarie e possibili terapie antivirali esplicitamente previste come "Azioni chiave" dal PP 2006 (in vigore fino a gennaio 2021);**
- **assenza di ogni altra indicazione farmacologica potenzialmente efficace**, foss'anche parzialmente **(eparinaBPM, idrossiclorochina, azitromicina, ecc.), per contenere la malattia e/o l'aggravamento dei sintomi;**
- **mancanza di indicazioni nutrizionali e di micronutrienti** (vit. A, C, D, E, gruppo B; Zinco, Magnesio, Selenio) **atti a stimolare e potenziare la preziosa ed efficace immunità innata**;

né di nutraceutici come **Quercetina** ed **Esperidina con note proprietà antivirali oltreché antiossidanti**.

La tesi dogmatica finora sostenuta, contraria alla realtà, è:

Circolare ministeriale, prot. n. 1997 del 22.01.2020

Rispetto al trattamento farmacologico:

- **non è ad oggi disponibile alcun farmaco** che abbia dimostrato in modo solido un'efficacia nel prevenire la comparsa di sintomi o modificare l'evoluzione della malattia nei soggetti asintomatici;
- **non esiste attualmente alcun trattamento** che abbia dimostrato di essere efficace nei soggetti sintomatici nelle fasi iniziali dell'infezione nel migliorare il decorso clinico o la sua evoluzione.

In tale deliberato indirizzo di gestione sanitaria che non ha evitato, anzi favorito, gli esiti disastrosi fin qui registrati e le cui responsabilità vanno opportunamente accertate e individuate nelle persone fisiche plurime responsabili a vari livelli, l'evidenza sembra indicare l'origine della tragica emergenza sanitaria, sociale e umana fino ad oggi consumata e purtroppo ancora aperta.

Si chiede pertanto alla Procura della Repubblica in epigrafe di accertare se le inefficaci direttive emanate dal Ministero e da altri Enti o organi con responsabilità d'indirizzo e di guida, che hanno implicato pesanti conseguenze sul destino e sulla vita di milioni di cittadini, siano state determinanti per causare: - morte per covid, - morte per altre patologie trascurate a causa del disservizio dell'intero sistema sanitario, - diffusione di inutile e aggravante terrore ed allarme tra la popolazione, - emergenza sociale e distruzione del sistema socio-economico della nazione.

Qualora tali responsabilità fossero accertate, e laddove gli atti sopra descritti fossero stati compiuti in coscienza e volontà e non per colposa imperizia e comunque grave negligenza, si chiede altresì alla Magistratura di valutare se i profili di azioni poste in essere configurino, fra l'altro, le fattispecie previste e punite dall'articolo 270 sexies c.p.: *" **Sono considerate con finalità di terrorismo le condotte che, per la loro natura o contesto, possono arrecare grave danno ad un Paese** o ad un'organizzazione internazionale **e sono compiute allo scopo di intimidire la popolazione** o costringere i poteri pubblici o un'organizzazione internazionale a compiere o astenersi dal compiere un qualsiasi atto o destabilizzare o distruggere le strutture politiche fondamentali, costituzionali, **economiche e sociali di un Paese** (...).*

..*.*

7. **La vicenda delle autopsie**

La gestione sanitaria del virus da parte del Governo appare disastrosa. Oltre gli errori ed omissioni già illustrati, si sottolinea l'importanza, a negativo, dell'**inibizione e limitazioni alla prassi consolidata in ambito ospedaliero delle autopsie, indispensabili nel caso di Covid-19 per**

l'individuazione dei meccanismi patogenetici del virus (le trombosi e la CID) e quindi per l'individuazione delle cure più opportune ed efficaci.

Come pubblicato il 10 maggio 2020, sulla testata "Affari Italiani" ("Covid 19, le autopsie non vanno fatte. Ordine del Ministero della Salute" di Angelo Maria Perrina) menzionato in: https://lacittanews.it/2020/05/10/covid-19-le-autopsie-non-vanno-fatte-ordine-del-ministero-della-salute/ (**doc. 135**), il Ministero della Salute, con circolari dell'8 aprile e del 2 maggio 2020 (**doc. 136 e 137**) della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria- ufficio 4, firmate dal Segretario generale GIUSEPPE RUOCCO e inviate a tutti i destinatari competenti, dalla Protezione civile, all'associazione dei Comuni, dagli ordini dei medici e delle professioni infermieristiche e dei farmacisti alle Regioni disponeva: ***"Per l'intero periodo della fase emergenziale non si dovrebbe procedere all'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di Covid 19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio"***. E al punto 2 si prescrive: *"L'autorità giudiziaria potrà valutare, nella propria autonomia,* ***la possibilità di limitare l'accertamento*** *alla sola ispezione esterna del cadavere in tutti i casi in cui l'autopsia non sia strettamente necessaria. Analogamente le Direzioni sanitarie di ciascuna regione daranno indicazioni finalizzate a* ***limitare l'esecuzione dei riscontri diagnostici*** *ai soli casi volti alla diagnosi di causa del decesso, limitando allo stretto necessario quelli da eseguire per motivi di studio e approfondimento"*. Si suggeriva, pertanto, anche agli stessi magistrati, ove possibile, di astenersi dall'ordinare le autopsie, quasi che vi fosse il timore di un'indagine scientifica approfondita sulla malattia. L'oggetto della circolare è: *"Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia Covid-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione"*.

Ciò avveniva in Italia, mentre le linee giuda dell'OMS **non contenevano alcuna indicazione contraria all'effettuazione di autopsie** ma si limitavano a raccomandare talune ovvie misure di cautela comuni, peraltro, a qualsiasi esame autoptico (**doc. 140**).

Le conseguenze di quelle raccomandazioni contrarie all'effettuazione delle autopsie **sono direttamente connesse ai numerosi casi di morte per Covid-19**. Morti, è bene sottolineare, che si sarebbero potute e dovute evitare e che ricadono direttamente nella responsabilità di chi ebbe ad evitare che si facessero esami autoptici, salvo l'accertamento se il titolo del reato debba essere ascritto a condotte dolose o colpose.

Infatti, come appartiene al notorio, la narrazione ufficiale proveniente da fonti governativi e anche dell'OMS, ebbe a diffondere sin dall'inizio la versione secondo cui il virus attaccava esclusivamente (o principalmente) i polmoni causando una polmonite interstiziale bilaterale con la conseguente necessità di intubare i pazienti, assoggettandoli alla respirazione artificiale. Si vedano in proposito i documenti del 13.03.2020 (**doc. 138**) e del 27.05.2020 (**doc. 139**) redatti dall'OMS e contenenti

l'indicazione di curare i pazienti con l'intubazione e la somministrazione di ossigeno; documenti forse "pudicamente" rimossi, in quanto attualmente scomparsi dal web.

Senonché la "diagnosi ufficiale" di polmonite interstiziale bilaterale virale come unica (o principale) causa dei decessi, che tendeva ad escludere l'importanza degli eventi trombotici e CID o a relegarli a conseguenza ultima dell'infezione e infiammazione polmonare, degenerata in "tempesta citochinica", **si è rivelata clamorosamente errata**; così come la principale e invasiva terapia indicata dell'intubazione e ventilazione forzata, **che ha causato la morte di migliaia di persone** in modo disumano e terribile, senza contatto umano, attaccati ad un respiratore **e che si potevano invece salvare anziché morire**.

Come si legge nell'articolo di Perrina, sopra citato, *"la svolta nella lotta al Coronavirus* ***è arrivata quando qualche medico ospedaliero si è preso la briga di fare le autopsie*** *sui cadaveri dei pazienti deceduti durante la pandemia. Grazie a queste autopsie si è potuto così scoprire che il primo effetto del Covid 19 è la CID, Coagulazione Intravascolare Disseminata. Cioè la formazione di grumi nel sangue e di trombosi. Solo in seguito, e nei casi resistenti alle cure antitrombosi arrivava la polmonite interstiziale doppia. Pertanto, i trattamenti fin lì seguiti negli ospedali, basati sulla ventilazione meccanica nelle terapie intensive, erano controindicati. Si può dunque dedurre che fino alla scoperta rivelatrice fatta dopo l'effettuazione di alcune autopsie, le complicanze da Covid sono state prodotte da errate diagnosi e, conseguente, inadeguata terapia."*

"Perché i cadaveri venivano immediatamente inviati alle cremazioni privando così gli esperti di elementi conoscitivi fondamentali?"

Secondo il denunciante, l'accertamento da parte della Magistratura dei fatti illustrati, delle conseguenze e degli eventuali reati e responsabili, non può prescindere dalla valutazione delle varie circolari ministeriali indicate e del ruolo avuto sia dai firmatari delle stesse: i **citati Segretario Generale Giuseppe Ruocco per le circolari sulle autopsie**; il **Direttore Generale della Direzione Prevenzione Sanitaria Giovanni Rezza** e il **Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Andrea Urbani** per le circolari sulla gestione domiciliare del paziente Covid; sia da altri soggetti da individuare, come potrebbero essere anche i membri del CTS.

..*.*

8. **Le cause del terrore: errori diagnostici, inadeguatezza terapeutica soprattutto domiciliare e notizie allarmistiche**

Sempre premettendo che la natura legittima, colposa o dolosa dei fatti evidenziati dal denunciante va accertata dalla Magistratura, si evidenzia che a far data dai primi giorni di marzo del 2020 ad oggi,

la popolazione italiana in generale è esposta ad una martellante campagna "informativa" incentrata sui decessi covid, sul numero giornaliero dei casi positivi, sui ricoveri ospedalieri e in terapia intensiva. In relazione a ciò, molti cittadini, medici, e altri operatori sanitari (in particolare alcuni psicologi) e operatori della comunicazione, percepiscono questo tipo di comunicazione non idoneo in quanto **generatore di ansietà** e in alcuni casi già ricordati (ad esempio le citate immagini televisive relative al corteo di Bergamo dei camion militari con i feretri) perfino di **panico o vero e proprio terrore**; si ricorda a tal proposito quanto illustrato a pag. 6 del presente atto: "***in caso di stress cronico - e in particolare nella depressione - il sistema immunitario può essere sottoregolato***. *(...)."* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10195312/".

Andando oltre lo scioccante episodio aneddotico di Bergamo, che però ha lasciato profonda traccia nel sub-conscio emotivo di una parte della popolazione, ad alimentare tutt'oggi il forte sentimento di "paura del virus" diffuso in larga parte della popolazione (in alcuni al livello di fobia e panico) è il conteggio quotidiano dei decessi *sparato* ogni giorno da tutti i media.

Senza negare in alcun modo che Covid-19 è una malattia che, **se non curata opportunamente e tempestivamente**, può risultare pericolosa e anche fatale, si richiama l'attenzione su alcune riflessioni che aprono una possibile lettura meno drammatica, di quanto veicolato dai media nazionali e dalle autorità sanitarie, sul reale livello di pericolosità sociale di covid-19; ovviamente se opportunamente prevenuto e curato:

- **il picco veramente alto di decessi concentratisi nel mese di marzo 2020 si è registrato in particolare in alcune province e aree della Lombardia**; al 24 marzo 2020 **il numero di decessi**, **4.178** in questa regione era non solo quasi doppio di quello registrato nel **resto d'Italia** (**2.301**), ma anche superiore ai decessi in **tutta la Cina** (**3.277**) https://www.youtrend.it/2020/03/25/coronavirus-si-muore-con-o-per-alcune-chiavi-di-lettura-a-partire-dai-dati-della-lombardia/ Questa concentrazione territoriale evoca anche fattori locali interferenti: alcune fonti autorevoli, ad esempio, hanno tirato in ballo **l'eccessiva concentrazione di polveri sottili**: *«Le polveri sottili "accelerano la diffusione dell'infezione" da nuovo coronavirus, al nord e in particolare nella Pianura Padana. È quanto emerge da* ***uno studio della Società italiana di medicina ambientale*** *(Sima) con le Università di Bologna e Bari. (...) Le polveri sottili, afferma Gianluigi de Gennaro, ricercatore al dipartimento di Biologia dell'Università di Bari, "****stanno veicolando il virus. Fanno da carrier. Più ce ne sono, più si creano autostrade per i contagi****»*

  .https://www.ansa.it/canale_ambiente/notizie/inquinamento/2020/03/18/coronavirus-polveri-sottili-accelerano-i-contagi-al-nord_5de94b32-1af5-4758-af68-ec8d33ed1e8c.html

  *"****Questo virus causa polmoniti in bambini e viene veicolato attraverso il particolato in***

***profondità nei polmoni**."* - POSITION PAPER Società Italiana Medicina Ambientale Relazione circa l'effetto dell'inquinamento da particolato atmosferico e la diffusione di virus nella popolazione https://www.simaonlus.it/wpsima/wp-content/uploads/2020/03/COVID19_Position-Paper_Relazione-circa-l%E2%80%99effetto-dell%E2%80%99inquinamento-da-particolato-atmosferico-e-la-diffusione-di-virus-nella-popolazione.pdf ;

In ogni caso il quadro nazionale era molto diverso per quanto riguarda la media della mortalità ricondotta a covid e, pur non volendo sminuire la potenziale pericolosità di Covid-19 (specialmente nelle persone fragili con pluripatologie pregresse), esponiamo nei punti seguenti alcune **considerazioni e dati che suggeriscono un ridimensionamento del *pericolo in sé* del virus** agente della malattia, focalizzando invece le problematiche sulla errata governance di covid-19;

- abbiamo già visto che **una quota molto rilevante dei decessi è collegato agli errori diagnostici** di cui si è già parlato nel capitolo delle autopsie mancate e negate **e ai conseguenti errori terapeutici**. Se quegli errori, la cui natura e responsabilità vanno indagate e accertate, non ci fossero stati, **non si sarebbe registrato quell'elevato picco di mortalità** e, sul piano simbolico, **la popolazione non sarebbe stata scioccata dal corteo di camion militari con le centinaia di feretri**;
- anche l'elevato numero di decessi verificatisi nella seconda fase pandemica **è da imputare**, ad avviso del denunciante, **al persistere delle errate e inefficaci linee guida ministeriali riassumibili in "vigile attesa e tachipirina"**. Per quanto riguarda la criticità di questa indicazione, del tutto inefficace e deleteria per la gestione positiva dei pazienti covid a domicilio, come già segnalato da molti MMG e medici ospedalieri, si cita qui il prof. Giorgio Palù, emerito virologo già Presidente della Società Europea di Virologia e dalla fine dello scorso anno nominato Presidente AIFA; in una intervista egli ha dichiarato sostanzialmente che **il suo impegno per aggiornare il Protocollo di linee guida per le terapie domiciliari ai pazienti Covid, per cui aveva sensibilizzato da tempo il Ministro Speranza, è stato frenato!** https://lanuovabq.it/it/niente-cure-balzo-dei-ricoveri-ci-sono-altre-priorita (**doc. 106**). Nell'intervista di cui al link indicato, la risposta ricevuta alle sue sollecitazioni è stata *"**ci sono altre priorità**"* (sic!). La competenza della materia sembra passata all' Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali AGENAS, il cui direttore Domenico Mantoan ha dichiarato "***Non abbiamo avuto ancora incarico dal Ministero della Salute di lavorare su protocolli di cure domiciliari Covid**. (...)*".

  Sulla base delle dichiarazioni di Palù e Mantoan **appare scandalosa, sia sotto il profilo etico-sanitario, che per l'incidenza sui ricoveri ospedalieri (e sui decessi!)** tale inerzia del Ministro

della Salute ad integrare in modo finalmente efficace le linee guida per la gestione domiciliare dei pazienti Covid come da più parti competenti sollecitato.

Sotto questo profilo, si sottolinea anche la resistenza manifestata da AIFA, pur dopo la nota ordinanza del Consiglio di Stato dell'11 dicembre 2020, nell'aggiornare la decisione presa a maggio di non autorizzare la prescrizione *of label* dell'idrossiclorochina; e ancora, dopo che il 2 marzo scorso il Tar del Lazio ha accolto l'istanza cautelare promossa dal "Comitato cura domiciliare Covid 19" nei confronti del Ministero della salute e di Aifa, "di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza", sospendendo pertanto la nota AIFA del 9 dicembre 2020 recante "principi di gestione dei casi covid19 nel setting domiciliare", non risulta che né AIFA né il Ministero della Salute abbiano modificato le linee guida limitative per la cura domiciliare di Covid-19. Nell'insieme, queste posizioni di AIFA e del Ministero disincentivano fortemente molti MMG dall'irrobustire la prescrizione farmacologica per i pazienti covid a domicilio con l'uso tempestivo dei farmaci che si sono dimostrati efficaci e risolutivi nell'esperienza clinica testimoniata da centinaia di altri MMG.

Ovvio che, **privare di indispensabili risorse farmacologiche** (per non parlare di vitamine, minerali, nutraceutici, ecc., che proprio stentano ad entrare nella formazione, nella cultura e nella prassi medica) **pazienti domiciliari sintomatici e immunologicamente fragili**, per l'età o altro e magari con varie comorbilità, **significa obiettivamente creare le premesse per l'affollamento degli ospedali, delle terapie intensive e purtroppo anche l'incremento dei decessi**.

A parere del denunciante, la reiterata volontà di AIFA e del Ministero della Salute di non aggiornare le linee guida per la gestione domiciliare dei pazienti Covid, **costituisce ulteriore elemento di prova, che si evidenzia alla valutazione della Magistratura, per sciogliere il dubbio che emerge nel presente esposto tra "ineluttabilità, negligenza e dolo", rispetto al disastroso esito della gestione dell'emergenza sanitaria in atto**.

Ora sembra che su questo fronte le cose a livello istituzionale stiano per cambiare, dopo che il 9 aprile u.s. con un voto congiunto di tutti i gruppi parlamentari **il Senato ha approvato l'ordine del giorno** che sollecita il Governo affinché si attivi **per l'istituzione di un protocollo unico nazionale per la gestione domiciliare dei pazienti Covid!** https://quifinanza.it/info-utili/video/cura-domiciliare-covid-grimaldi/479633/. Il merito di questa svolta va senz'altro attribuito in buona parte alle centinaia di medici coraggiosi e *ippocratici* che dall'inizio della pandemia hanno non solo curato in prima persona migliaia di pazienti con i protocolli farmacologici anche qui citati (v. pag. 4); questi, organizzatisi in gruppi e associazioni (si ricordano "Terapiedomiciliaricovid19" e Ippocrate.org), hanno svolto una preziosa e incessante opera di sensibilizzazione culturale e professionale degli altri medici e anche delle istituzioni.

Al di là di tali meriti e dell'apprezzamento della *svolta* parlamentare *(meglio tardi che mai)*, questi fatti dimostrano che **si poteva e si doveva fare di più e di meglio fin dall'inizio della pandemia** per non far degenerare la situazione, come invece è degenerata per la responsabilità di molti, che si auspica la Magistratura voglia accertare, anche tramite gli elementi raccolti ed esposti in questa denuncia, individuare e perseguire.

- veniamo ora al computo dei decessi Covid dall'inizio della pandemia, che nelle stime ufficiali avrebbe superato abbondantemente le 100.000 unità. **In realtà ci sono elementi oggettivi che inducono a ritenere questa cifra enormemente gonfiata**, in quanto computata sulla base di un assurdo e del tutto arbitrario criterio, per nulla scientifico, né ortodosso sul piano medico-legale. Più di mille parole descrittive, vale la testimonianza diretta di due protagonisti istituzionali della sanità, regionale e nazionale: **il governatore del Veneto Zaia e l'ex capo della Protezione civile Borrelli**. Quest'ultimo, in una delle conferenze stampa della prima fase pandemica, riportata da recnews.it ha ammesso con chiarezza che ***"Contiamo tutti i morti, non solo quelli per Coronavirus"*** **(sic!!)** https://www.recnews.it/2020/03/21/borrelli-ammette-contiamo-tutti-i-morti-non-solo-quelli-per-coronavirus/.

  Zaia, in una conferenza stampa del 27 agosto nella sede della Protezione civile del Veneto, chiarisce nel dettaglio cosa a livello istituzionale s'intende col dire *"contiamo tutti i morti, non solo quelli PER Coronavirus"* https://www.youtube.com/watch?v=OwzYRm4mtzE ; si riporta una sintesi emblematica del video originale: "quando noi abbiamo un paziente, c'è un primo carico dei dati se è positivo o non è positivo; quindi, **se è positivo diventa un paziente covid**. In Italia si decide che un paziente in ospedale positivo diventa paziente Covid, **poi magari è lì per altre patologie** [...] Quindi il timbro di fabbrica te lo dà la positività. A quel punto il paziente, se nella sua evoluzione della sua malattia ha negativizzazione, **resta comunque un paziente covid per le statistiche e quindi se perde la vita andrà nella contabilità del paziente covid** (…) **È UN ASSURDO MA OGGI SI RAGIONA COSÌ" (sic!!)**; poi sollecitato da una domanda del pubblico, Zaia fa un esempio ancora più lampante: "il paziente positivo asintomatico che è tranquillo a casa in isolamento fiduciario, **fa un infarto, mi entra in terapia intensiva, per me diventa un paziente covid in terapia intensiva**"; ancora rispondendo ad un'altra domanda in cui qualcuno chiedeva se si approfondisse la diagnosi della effettiva causa di morte: "noi non abbiamo la discriminante che c'è qualcuno che si prende la cartella clinica e dice sì, no, questa patologia l'ha sviluppata perché essendo stato positivo (…) **il tema è uno solo, il tampone**; **quando tu hai il tampone positivo all'inizio, la tua storia clinica ospedaliera diventa di paziente covid; PURTROPPO È SBAGLIATO PERÒ È COSÌ" (sic!!)**.

  Quindi, dopo le due autorevoli testimonianze, si deve assumere con assoluta certezza che

i dati dei decessi per Covid sono enormemente gonfiati, in modo e motivazione del tutto arbitrari! Le domande che sorgono spontanee sono: "PERCHÉ?" e "DI QUANTO GONFIATI"?! Non è certo facile rispondere alla prima domanda e anche per la seconda mancano dati precisi, perché come ha dichiarato Zaia non è previsto uno studio analitico di tutte le cartelle cliniche per accertare la causa di morte. Però lo scorso anno, specialmente nei primi mesi della pandemia, l'ISS alcuni dati sulle valutazioni delle cartelle cliniche li diede https://www.agenzianova.com/a/607de808f209f0.81628436/2856183/2020-03-18/coronavirus-iss-finora-12-decessi-accertati-per-covid-19-altri-avevano-pluripatologie/linked: **"Coronavirus: Iss, finora 12 decessi accertati per Covid-19, altri avevano pluripatologie."** Il dato si riferiva all'analisi di 355 cartelle cliniche, sulle 2.003 pervenute all'Istituto superiore di sanità, **pari al 3,4%"**; se applicassimo questa percentuale alla **totalità dei decessi computati covid al 19 aprile 2021 pari a 117.243** https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/dashboards/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1 si dovrebbero attribuire causalmente a covid **meno di 4.000 decessi** in Italia dall'inizio della pandemia. Ora non si vuol sostenere che questo dato riportato il 18 marzo 2020 fotografi con precisione l'intera realtà dei decessi per Covid fino ad oggi in Italia, ma neanche lo si può ignorare e frettolosamente cestinare. D'altro canto la disponibilità di dati precisi, sulla base di diagnosi differenziali dettagliate e condotte con tutti i criteri dell'ortodossia medico-legale su ciascun caso, probabilmente richiederebbe un esercito di specialisti dedicati che non è invece disponibile; valga quanto detto da Zaia *"noi non abbiamo la discriminante che c'è qualcuno che si prende la cartella clinica e dice sì, no, questa patologia l'ha sviluppata perché essendo stato positivo"*. Rimane quindi il dato grezzo del **3,4%** di una delle valutazione condotte dall'ISS, della frazione di decessi accertati PER covid rispetto al totale attribuito sommariamente. Oltre a questi parametri statistici generali, a sostenere **l'amplificazione arbitraria dei decessi per Covid-19** c'è anche l'interessante testimonianza del dott. Alessandro Bonsignore, presidente dell'Ordine dei Medici della Liguria https://www.primocanale.it/print_news.php?id=218746 (27 aprile 2020) "**All'obitorio comunale di Genova i morti per patologie diverse dal Covid-19 sono praticamente scomparsi**. (…)" Poi conferma quanto già spiegato da Zaia *"In Italia - spiega ancora Bonsignore - **si è deciso di inserire nei casi di Coronavirus tutti quelli che sono stati scoperti positivi o durante la vita o anche nel post mortem**. Così noi stiamo azzerando la mortalità per qualsiasi patologia naturale che sarebbe occorsa anche in assenza del virus". "*. Nello stesso articolo della fonte riportata, sono contenute anche delle convergenti dichiarazioni del **dott. Matteo Bassetti** direttore della clinica di Malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova *"La letalità italiana per Covid-19 è più alta di quella di ogni altro paese del mondo, (…)*

Letalità Italia: 13.7%; Letalità Europa: 9.1%; Letalità di tutto il mondo esclusa Italia: 5.4%. *(…)* *Perché in Italia muore per Covid-19 quasi il 300% in più che non in Uganda, Cina, Venezuela, Ucraina o Tailandia?* ***Negli ultimi due mesi chiunque sia morto con la positività del tampone è automaticamente morto di Covid-19. Non è così che si dovrebbe stabilire la causa di morte*** *(…)*. ***Inoltre la letalità riportata oggi è evidentemente sovrastimata****"*.

- dopo aver mostrato al punto precedente che il numero di decessi attribuibili secondo criteri medico-legali a covid va drasticamente ridimensionato (pur non potendo stabilire in che misura), rispetto all'enorme pool complessivo di decessi covid-positivi, si deve ora considerare criticamente l'attendibilità dell'attribuzione di quello che Zaia ha definito suggestivamente il **"marchio di fabbrica" covid-positivo**. In premessa si ricorda che, nell'applicare il test PCR, la maggior parte dei laboratori non esplicita quali geni sono ricercati e, soprattutto, non dichiara la **politica sui cicli di amplificazione (Ct)** della reazione PCR e **non riporta a quali Ct un tampone è classificato come negativo, positivo o debolmente positivo**.

  Inoltre, come tutte le metodiche di laboratorio, **anche la RT-PCR presenta sia falsi negativi che falsi positivi**, che possono dipendere da vari fattori: *"Problemi tecnici, inclusa la contaminazione durante il campionamento (p. Es., Un tampone tocca accidentalmente un guanto o una superficie contaminati), la contaminazione da ampliconi PCR, la contaminazione dei reagenti, la contaminazione incrociata del campione e* ***le reazioni crociate con altri virus o materiale genetico*** *potrebbero anche essere responsabili di falsi risultati positivi*. ***Questi problemi non sono solo teorici."***

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7524437/

  Anche altri studi indicano la realtà dei falsi positivi: *"Dei 239 test positivi trovati dopo la rimozione dei test preliminari all'assunzione, 54* ***(22,6%) sono stati considerati falsi positivi****, (…) i costi umani ed economici di considerare tutti i risultati positivi come prove definitive di infezione giustificano una valutazione per la possibilità che il risultato sia falsamente positivo in un individuo asintomatico senza esposizione nota a una persona con infezione attiva."* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7934325/

  Facendo una sintesi dei temi discussi in questo capitolo, si può riassumere:

  1. **Il picco dei morti nel mese di marzo 2020** e lo shock nazionale della colonna di camion con i feretri, **sono eventi innanzitutto a forte localizzazione territoriale in Lombardia** (presenza di fattori predisponenti);
  2. su questo primo picco di decessi da Covid-19 hanno pesantemente influito sia le **direttive errate date ai MMG** (niente visite domiciliari, scarsi contatti telefonici con i pazienti e vigile attesa… del ricovero in ospedale e per molti del conseguente decesso); sia gli **errori**

diagnostici e terapeutici negli ospedali, dovuti principalmente a indicazioni errate ricevute dalle autorità sanitarie e **in particolare all'inibizione dal fare autopsie**;

3. **il computo totale dei decessi attribuiti a Covid-19, a livello regionale e nazionale, è falsato** e enormemente amplificato rispetto alla realtà a causa della modalità SCELTA in modo **totalmente arbitrario, antiscientifico e contrario ai criteri dell'ortodossia medico-legale**; anche la quota di falsi-positivi risultanti dai test PCR influisce nel maggiorare i casi attribuiti;
4. il tasso di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di decessi complessivi per Covid-19 risente sensibilmente della reiterata **non autorizzazione all'uso *off label* di idrossiclorochina e di altri farmaci verificati efficaci da esperienze cliniche sul campo**;
5. **l'insieme coerente e per certi versi inspiegabile**, degli errori di governance sanitaria e amplificazione arbitraria dei dati sui decessi attribuiti a Covid-19, unito all'uso mediatico che definire letteralmente *terroristico* (cioè generatore di terrore) non è esagerato, alimenta vieppiù **l'interrogativo sull'esistenza di una *volontà* consapevole ad agire in tal senso**.

..*.*

9. **Autorità sanitarie: non c'è alcuna cura per Covid-19 – la realtà scientifica: esistono cure domiciliari molto efficaci**

In più occasioni, come detto, le autorità sanitarie nazionali e internazionali hanno affermato che per il Covid-19 non ci sarebbero né farmaci né cure:

- **AIFA**:

  *"**Linee di indirizzo AIFA sulle principali categorie di farmaci da utilizzare nella gestione a domicilio dei casi di Covid-19**"*

  https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4 (**doc. 48**)

- **Speranza: unica risposta a virus sono misure restrittive**

  "In questa fase in cui non c'è ancora un vaccino certo e sicuro e non ci sono cure certe ed efficaci, queste misure sono inevitabili e fondamentali: sono l'unico strumento possibile."

  https://www.fanpage.it/politica/covid-speranza-i-dati-sui-vaccini-ci-fanno-vedere-la-luce-in-fondo-al-tunnel/ (**doc. 53**)

- **Farmaci e Covid-19, allerta del Ministero Salute: attenzione ai medicinali contraffatti**

  Giovedì 30 aprile 2020, **la verità è una sola: al momento non ci sono farmaci autorizzati per curare il Covid-19.**

  http://www.adoc.trentino.it/home/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3341 (**doc. 54**)

- **ISS:** ***"Al momento non ci sono cure specifiche per il nuovo coronavirus (…)"***
  https://www.iss.it/covid-19-faq (**doc. 55**)
- **12 aprile 2020: Centro Covid Pantalla di Todi (Umbria)**: ***"ad oggi la letteratura scientifica mondiale ci dice che non esiste un trattamento evidence-based con acclarata efficacia e sicurezza da applicare sul paziente Covid positivo (…)"***
  https://www.youtube.com/watch?v=H5L4F44Elgk&feature=emb_logo
- **Covid-19, Ema:** ***"(…) Si ribadisce che al momento non esistono medicinali autorizzati per curare la malattia da COVID-19."***
  http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4318 (**doc. 56**)
- **OMS:** "***Al momento non ci sono terapie consigliate dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per il nuovo coronavirus"***
  https://www.iss.it/covid-19-primo-piano/-/asset_publisher/yX1afjCDBkWH/content/coronavirus-il-punto-sui-farmaci#:~:text=Al%20momento%20non%20ci%20sono,antibiotici%20per%20trattare%20eventuali%20co%2D (**doc. 57**)

  In realtà vi sono farmaci e cure per prevenire e attenuare l'impatto del virus e quindi anche l'emergenza sanitaria.

  Al momento si fa notare che spesso, per sostenere che non esiste alcuna terapia e cure utili, sono state avanzate a riguardo dei farmaci, integratori o altre terapie che s'intendono sminuire e accantonare, delle ***condizionalità*** **di prova di efficacia e sicurezza assolute** che nella pratica medica e farmacologica non esistono e non possono esistere (perché nella realtà medica c'è sempre un bilancio rischio/beneficio da valutare e una variabilità di risposta tra diversi individui e anche etnie); inoltre, il buon senso dovrebbe far comprendere che in uno stato di emergenza sanitaria di natura pandemica come è quella di Covid-19, da più parti definita metaforicamente una "medicina di guerra", la prima necessità ed obbligo etico è di **cercare di salvare più vite possibile** (purtroppo non sempre è possibile il 100%) anche scegliendo e assemblando *empiricamente* protocolli terapeutici e cure (sulla base ovviamente di esperienza clinica sul campo e studi scientifici, anche se ancora non unanimemente validati nella letteratura); ma **sempre agendo in Scienza e Coscienza,** prima ancora che secondo tutte le procedure e le pastoie (pur giuste in altre situazioni) della metodologia dei trials di studi clinici randomizzati e statisticamente ineccepibili, ma che richiedono anni!
  Questa è una prassi ampiamente riconosciuta a livello sanitario: *"**si può dire che stiamo sperimentando* una *medicina di guerra* ed *una ricerca di guerra. Troppo spesso siamo chiamati a rispondere al dramma dei pazienti con approcci empirici.**" (Accademia dei Lincei*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=83424 **doc. 58***)*.
In circostanze d'emergenza, come certamente è la pandemia Covid-19, la stessa OMS prevede l'utilizzo di farmaci autorizzati per diversa patologia: ***"Secondo l'OMS, l'uso off-label è giustificato quando la condizione è grave e vi è evidenza di un potenziale beneficio, non esiste una terapia standard, se i pazienti sono stati informati e acconsentono."***
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7207985/#CR12 (**doc. 59**)
Oltretutto, il criterio dell'efficacia e sicurezza assolute è stato utilizzato in modo incoerente dalle Autorità sanitarie per negare l'utilità, per il trattamento di Covid-19, di farmaci quali idrossiclorochina, azitromicina, eparina e perfino di integratori di vitamine, minerali e nutraceutici quali la quercetina; salvo accantonarlo con disinvoltura quando, viceversa, vengono valutati i profili di beneficio/rischio di altri farmaci che si vogliono valorizzare.
Ad esempio, perché il Tocilizumab è stato autorizzato in via sperimentale nonostante siano scarse le prove scientifiche di efficacia e, viceversa, molto pesante la sua tossicità? *"(...) tra cui: insufficienza epatica acuta, epatite e ittero che in alcuni casi hanno richiesto un trapianto di fegato*"
https://www.aifa.gov.it/-/nota-informativa-importante-su-roactemra-tocilizumab- (**doc. 60**); ciò nonostante, a maggio 2020 l'AIFA si esprimeva positivamente sul Tocilzumab di cui aveva autorizzato l'utilizzo **AL DI FUORI DI STUDI CLINICI CONTROLLATI**, giustificando tale scelta per motivi *etici*: *"**Una scelta etica. Per motivi etici, spiega in una nota l'Agenzia, si è deciso di rendere disponibile il trattamento per tutti i pazienti che a giudizio clinico ne potessero beneficiare nella prospettiva di avviare appena possibile anche studi comparativi randomizzati.**"*
https://www.aboutpharma.com/blog/2020/05/14/covid-19-aifa-studio-tocilizumab-risultati-incoraggianti-non-definitivi/ (**doc. 61**); **salvo doversi autosmentire clamorosamente meno di un mese dopo**: *"**COVID-19: Studio randomizzato italiano, nessun beneficio dal tocilizumab**"*.
https://www.aifa.gov.it/-/covid-19-studio-randomizzato-italiano-nessun-beneficio-dal-tocilizumab
(**doc. 62**)

Invece, per l'idrossiclorochina è stata negata l'autorizzazione all'uso off label, nonostante gli **entusiasmanti risultati nel trattamento di Covid** (se usata in fase precoce) dichiarati pubblicamente da centinaia di medici in Italia e migliaia nel mondo.

Così pure per **l'eparina BPM, l'azitromicina e perfino le vitamine C, D e altre, lo zinco e altri minerali, la quercetina**, attivamente sconsigliati da AIFA e altre autorità sanitarie. Potremmo allora chiederci, **perché NO** a questi preziosi micronutrienti le cui proprietà immunostimolanti, immunomodulanti e perfino antivirali sono scientificamente studiate e sperimentate da decenni e invece **forte raccomandazione per un sintomatico inutile come il paracetamolo, che potrebbe**

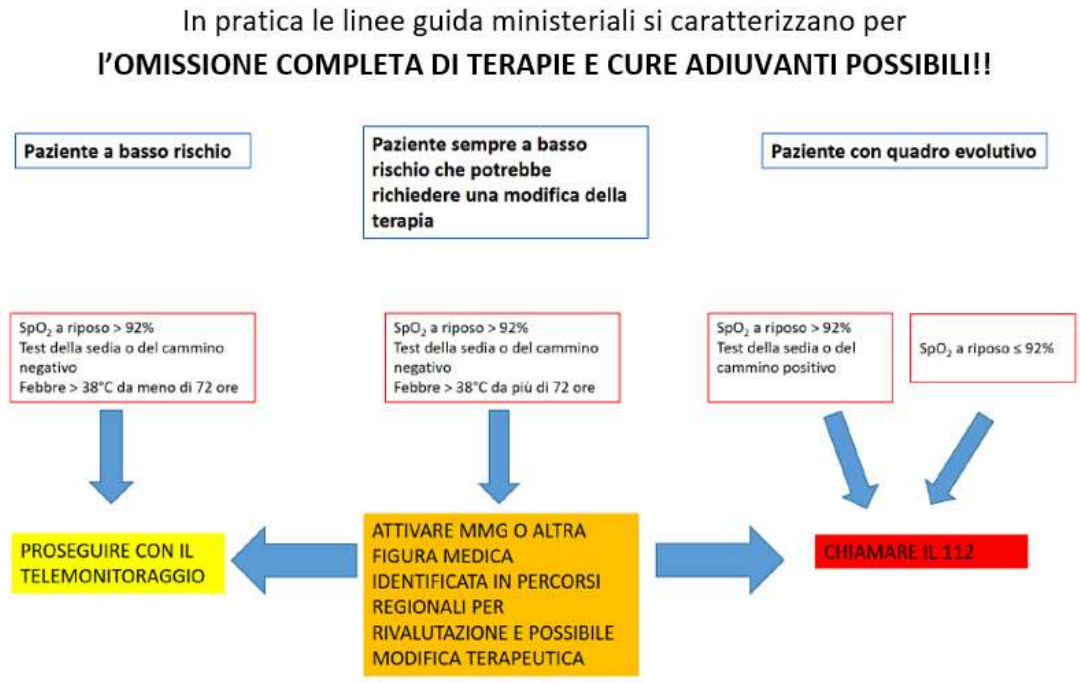
perfino svolgere un'azione controproducente nei pazienti Covid (può confondere l'evoluzione dei sintomi clinici e inoltre consuma le riserve del glutatione, il principale antiossidante cellulare)?

Questo è un metodo poco obiettivo che gioca sull'equivoco del *"bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto"*, strumentalizzabile a piacimento secondo la tesi e l'interesse che si vogliono perseguire. Con tale approccio, che non ha nulla di scientifico, **le autorità sanitarie italiane hanno negato validità ad una serie di farmaci e protocolli terapeutici sostenuti invece con forza ed evidenza di efficacia clinica, da centinaia di medici di base e anche da alcuni medici ospedalieri.**

E cosa propongono di altrettanto efficace le pompose ma vuote Linee guida dei super esperti ministeriali per i pazienti positivi e/o sintomatici?! NULLA!! Ovvero ***"vigile attesa"*** **e, nei casi in cui la sintomatologia progredisse, l'inutile sotto il profilo terapeutico paracetamolo**; anzi potenzialmente dannoso nella patologia Covid-19, perché secondo molti medici e ricercatori **favorisce, dilapidando le riserve del glutatione (principale antiossidante cellulare), alcune delle complicazioni iper-infiammatorie e da stress ossidativo che caratterizzano pericolosamente la malattia Covid-19**.

In pratica le linee guida ministeriali si caratterizzano per
L'OMISSIONE COMPLETA DI TERAPIE E CURE ADIUVANTI POSSIBILI!

Mentre l'accento è sempre posto sull'ospedalizzazione dei pazienti, utilizzando anche la forza suggestiva e mnemonica delle immagini:



Rappresentazione schematica del monitoraggio del soggetto infettato da SARS-CoV-2
Circolare 30.11.2020 (pag. 9)

Questo in sostanza è stato, fin dall'inizio del dichiarato stato d'emergenza, l'orientamento di fondo della governance decisa per il paziente positivo e/o sintomatico: isolamento domiciliare in **"vigile attesa"… dell'ospedalizzazione! E per l'intera popolazione: mascherina, distanziamento sociale e restrizione deim movimenti e delle attività lavorative… esattamente ciò che era ritenuto INUTILE dal PP 2006:**

Dopo oramai più di un anno di tale gestione sanitaria, condotta in modo monolitico e monocratico dalle Autorità sanitarie nazionali, il bilancio ufficiale di più di 100.000 morti e la devastazione sanitaria, economica e sociale: dissesto dei servizi sanitari per altre patologie diverse da Covid-19 e per accertamenti diagnostici, paralisi della scuola**,** crisi profonda di attività produttive, servizi, attività artistiche, ecc., aumento della disoccupazione, perdita di molte libertà individuali e collettive, aumento imponente del consumo di psicofarmaci, crollo percepito della qualità della vita, ecc..

Si può obbiettivamente concludere che è stata una gestione fallimentare e disastrosa!

Dobbiamo ora chiederci, ma soprattutto la Magistratura deve accertare: tutto questo sfacelo, dolore e disperazione, erano e sono ineluttabili conseguenze di un virus inarrestabile e incurabile? Oppure frutto di GRAVE NEGLIGENZA nonostante l'evidenza del disastro che ne è conseguito e conseguirà ulteriormente? O ancora, si tratta qui di una scelta voluta e coerente con l'individuazione, in questo caso, di un comportamento doloso?

Una cosa è certa, mentre i pazienti dei medici che hanno applicato le linee guida delle autorità sanitarie, hanno affollato ospedali e reparti di terapia intensiva, altri medici HANNO CURATO utilizzando protocolli terapeutici ben più sostanziosi ed efficaci:

"L'INCREDIBILE STORIA DEI 200 MEDICI IN UNA CHAT ▷ ***«COSÌ ABBIAMO CAPITO DA SOLI COME CURARE IL COVID»"*** https://www.youtube.com/watch?v=PHE8KZ_otQg; ***"Coronavirus, il metodo che evita la strage: «Nessun paziente è morto»"*** https://www.ilgiornale.it/news/cronache/coronavirus-metodo-che-evita-strage-nessun-paziente-morto-1861189.html (**doc. 63**)
https://lanuovabq.it/it/il-covid-si-cura-e-si-cura-a-casa-svuotate-gli-ospedali (**doc. 64**).

10. **<u>Farmaci efficaci utilizzati dai MMG e altri clinici per la cura di Covid-19</u>**

Di seguito un elenco dei principali farmaci utilizzati nei protocolli che **hanno curato migliaia di pazienti**, **senza riscontrare alcun decesso e solo una piccola percentuale di ricoveri ospedalieri, peraltro tutti guariti**:

- **Idrossiclorochina** (azione antivirale diretta, immunomodulante e antiinfiammatoria);
- **Azitromicina** (antibiotico con anche una certa azione antivirale);
- **Eparina a basso peso molecolare** (oltre all'azione antiaggregante utile per prevenire e curare la microtromboembolemia), l'eparina ha anche proprietà antivirali e antiinfiammatorie.
- **Cortisonici**.
- **Integratori di minerali, vitamine e nutraceutici** (in particolare flavonoidi), con funzioni di sostegno e stimolo del sistema immunitario e anche con proprietà antivirali dirette (soprattutto i flavonoidi come la Quercetina o Esperidina); consigliati sia a livello preventivo che in tutte le fasi dell'eventuale infezione di SARS-Cov-2 (asintomatica, paucisintomatica, sintomatica);

Per ciascuno di queste molecole farmacologiche o di micronutrienti e nutraceutici, si espone una breve rassegna di letteratura scientifica (rappresentativa di una ben più vasta esistente), che conferma sia l'idoneità terapeutica dei protocolli utilizzati dai MMG sui pazienti domiciliari, sia l'azione preventiva e adiuvante-curativa delle altre categorie di sostanze naturali:

<u>IDROSSICLOROCHINA</u>

Si dedica molto spazio alle attività farmacologiche della Clorochina e dei suoi derivati, perché il suo uso terapeutico nella SARS-COV-2 <u>è stato particolarmente ostacolato</u>.

È propedeutico anticipare che le proprietà antivirali dell'idrossiclorochina erano già state evidenziate e sperimentate positivamente sul virus della SARS-Cov del 2003:

- **Effects of chloroquine on viral infections: an old drug against today's diseases. 2003**
  *"La clorochina esercita effetti antivirali diretti, inibendo le fasi dipendenti dal pH della replicazione di diversi virus, inclusi i membri dei flavivirus, dei retrovirus e **dei coronavirus**."*
- **In vitro inhibition of severe acute respiratory syndrome coronavirus by chloroquine. 2004**
  *"**Segnaliamo la clorochina, un 4-amino-chinolina, come un efficace inibitore della replicazione della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus (SARS-CoV) in vitro**".*
  https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15351731/ (**doc. 65**)
- **Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. 2005**
  *"(…) **la clorochina ha forti effetti antivirali sull'infezione da SARS-CoV delle cellule dei primati**. Questi effetti inibitori si osservano quando le cellule vengono trattate con il farmaco prima*

o dopo l'esposizione al virus, ***suggerendo un vantaggio sia profilattico che terapeutico****. Oltre alle ben note funzioni della clorochina, come l'aumento del pH endosomiale, il farmaco sembra interferire con la glicosilazione terminale del recettore cellulare"* (del SARS-Cov) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232869/ (**doc. 66**)

- **Antiviral Activity of Chloroquine against Human Coronavirus OC43 Infection in Newborn Mice. 2009**

  La Clorochina previene il decesso di topi infettati con Coronavirus con un tasso di sopravvivenza quasi del 100%!!!

  "I nostri risultati mostrano che un'infezione letale da HCoV-OC43 nei topi C57BL / 6 neonati può essere trattata con clorochina acquisita per via transplacentare o attraverso il latte materno. Il più alto tasso di sopravvivenza (98,6%) dei cuccioli è stato riscontrato quando i topi madri sono stati trattati quotidianamente con una concentrazione di 15 mg di clorochina per kg di peso corporeo*."* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2715625/ (**doc. 67**)

  Quindi, sulla base delle evidenze scientifiche e sperimentali sopra riportate e considerando la grande somiglianza genetica tra SARS-Cov-1 e SARS-Cov-2 (le proteasi dei due ceppi **condividono il 95% di omologia** e "*Ancora più importante,* ***i loro siti attivi ("forbici" molecolari) sono identici a livello di aminoacidi*** *e differiscono solo marginalmente nella struttura 3D."* https://valori.it/stato-industria-farmaceutica-alleati-coronavirus/ **doc. 68**), **esisteva una forte indicazione ad utilizzare l'idrossiclorochina fin dai primi focolai italiani del nuovo virus, sia in profilassi che in terapia**: *"****L'elevata somiglianza aminoacidica tra le proteine virali SARS-CoV e SARS-CoV-2 supporta il test di molecole terapeutiche progettate per trattare le infezioni da SARS durante l'epidemia del 2003".*** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475167/ (**doc. 69**)*"*; tantopiù che le Autorità sanitarie hanno sempre affermato che non esistono terapie efficaci per questa nuova malattia.

  Inoltre, tenendo conto delle forti indicazioni dell'OMS (2018) sull'alta probabilità che l'imminente prevista nuova pandemia sarebbe stata causata da un "**coronavirus diverso da SARS e MERS**" , **sarebbe stato doveroso aggiornare il Piano Pandemico 2006** (tarato allora su un tipo d'influenza aviaria) **includendo l'idrossiclorochina tra le scorte e l'indicazione di farmaci antivirali previste dal Piano**, in sostituzione dell'antivirale previsto contro il virus dell'aviaria e informare tutti i medici di questa opportunità.

  A tal riguardo si sottolinea che la stessa OMS a marzo 2020 aveva inserito la Clorochina e l'idrossiclorochina in un elenco di "quattro terapie più promettenti", individuate tra dozzine di altre sostanze e che erano valutate poter salvare la vita di pazienti gravemente malati, ma **che avrebbero potuto anche essere somministrati in via profilattica per proteggere gli operatori sanitari e altri ad alto rischio infezione**. I trattamenti possono anche ridurre il tempo che i pazienti

trascorrono nelle unità di terapia intensiva, liberando letti ospedalieri critici.

Il Progetto, chiamato **"SOLIDARIETÀ"**, affermava esplicitamente che nelle condizioni date di emergenza sanitaria planetaria **era necessario accantonare nell'immediato le procedure "golden standard" per i trials clinici di sperimentazione, in quanto si doveva bilanciare il rigore scientifico con la velocità di azione terapeutica**.

https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/RD-Blueprint-expert-group-on-CQ-call-Mar-13-2020.pdf (**doc. 70**)

Questo è un criterio assolutamente giustificato e necessario nell'emergenza da Covid-19, a cui però le Istituzioni sanitarie italiane non si sono attenute, sia quando AIFA ha vietato l'uso *off label* dell'idrossiclorochina e di altri farmaci riscontrati utili da molti MMG, sia quando il Ministero della Salute ha motivato la *non raccomandazione* di vitamine, minerali e molecole nutraceutiche con proprietà antivirali (Circolare Ministero della salute del 30.11.2020).

Prima di procedere all'illustrazione di studi scientifici su alcuni di questi farmaci vietati o *non raccomandati*, si ritiene utile esporre un criterio ampiamente condiviso nella comunità scientifica, che tiene conto dell'impossibilità, in condizioni di medicina di emergenza come durante la pandemia di Covid-19, di disporre di nuovi farmaci specifici; poiché i loro tempi di progettazione, sperimentazione e autorizzazione, sono enormemente più lunghi di quanto richiesto dalle esigenze sanitarie emergenziali : *"**Il riutilizzo di farmaci approvati per applicazioni aggiuntive è un approccio efficiente e alternativo per far avanzare lo sviluppo terapeutico in modo efficace in termini di costi e tempi**."*. Altri vantaggi del riutilizzo di farmaci già approvati e utilizzati da parecchi anni, consistono nel fatto che sono già noti i dosaggi terapeutici e i profili farmacodinamici e di tossicità. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7108273/ (**doc. 71**)

Tenendo presente quanto premesso, si espongono di seguito alcuni studi pubblicati del 2020 attestanti l'efficacia e l'utilità di Idrossiclorochina e altri farmaci nel contenere e curare l'infezione di SARS-Cov2:

- **Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Marzo 2020**

  *"I nostri risultati rivelano che **remdesivir e clorochina sono altamente efficaci nel controllo dell'infezione 2019-nCoV in vitro**. Poiché questi composti sono stati utilizzati in pazienti umani con un track record di sicurezza e si sono dimostrati efficaci contro vari disturbi, **suggeriamo che dovrebbero essere valutati in pazienti umani affetti dalla nuova malattia del coronavirus**."* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7054408/ (**doc. 72**)
- **Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. Marzo 2020**

*"**La clorochina fosfato, un vecchio farmaco per il trattamento della malaria, ha dimostrato di avere un'efficacia apparente e una sicurezza accettabile contro la polmonite associata a COVID-19".*** Il farmaco è stato testato in 10 ospedali, *"in studi clinici multicentrici condotti in Cina. Finora, i risultati di più di 100 pazienti hanno dimostrato **che la clorochina fosfato è superiore al trattamento di controllo per inibire l'esacerbazione della polmonite, migliorare i risultati dell'imaging polmonare, promuovere una conversione negativa del virus e accorciare la malattia. Si raccomanda di includere il farmaco nella prossima versione delle Linee guida per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della polmonite causata da COVID-19*** emesse dalla Commissione sanitaria nazionale della Repubblica popolare cinese per il trattamento dell'infezione da COVID-19 in grandi dimensioni.*"*

https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/14/1/14_2020.01047/_article (**doc. 73**)

- **Use of hydroxychloroquine in hospitalized COVID-19 patients is associated with reduced mortality: Findings from the observational multicenter Italian CORIST study. <u>Dicembre 2020</u>**

  *"In uno studio osservazionale retrospettivo, sono stati analizzati 3.451 pazienti non selezionati ricoverati in 33 centri clinici in Italia, dal 19 febbraio 2020 al 23 maggio 2020, con infezione SARS-CoV-2 confermata in laboratorio. (…) I tassi di mortalità (per 1.000 persone al giorno) per i pazienti che ricevevano o meno HCQ erano rispettivamente di 8,9 e 15,7. Dopo l'aggiustamento per i punteggi di propensione, **abbiamo riscontrato un rischio di morte inferiore del 30% nei pazienti trattati con HCQ**."*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446618/ (**doc. 74**)

- **Improving the efficacy of chloroquine and hydroxychloroquine against SARS-CoV-2 may require zinc additives - A better synergy for future COVID-19 clinical trials. <u>Giugno 2020</u>**

  Poiché la clorochina è stata ampiamente prescritta per l'uso come antimalarico, **<u>la sua sicurezza non è in dubbio</u>.** Diversi studi in vitro e **recenti studi clinici ne hanno dimostrato l'efficacia di clorochina in pazienti con COVID-19 a diversi livelli di gravità.** In un recente rapporto, **la clorochina è stata citata come potenziale rimedio per alleviare l'esacerbazione della polmonite e mitigare la risposta infiammatoria e quindi migliorare l'esito della malattia.**

  https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_28_2_2020_9.pdf (**doc. 75**)

A conclusione di questo paragrafo, sulla base di tutti i report scientifici illustrati e tenendo conto che il Consiglio di Stato l'11 dicembre 2020 ha sentenziato *"<u>la irragionevolezza e l'illogicità del divieto imposto dall'AIFA</u>"* (**doc. 76**), **è doveroso chiedersi quante migliaia di morti e quanto grado di**

emergenza sanitaria e sociale (con tutti i suoi devastanti costi economici e sulla qualità della vita) si potevano evitare senza quell'assurdo divieto di uso dell'idrossiclorochina (ed altri utili farmaci) nella gestione domiciliare di Covid-19 e con una diversa impostazione delle linee guida impartite a tutti i MMG.

AZITROMICINA

Un altro farmaco risultato molto utile per attenuare e curare il Covid-19:

- **Synergistic antiviral effect of hydroxychloroquine and azithromycin in combination against SARS-CoV-2: What molecular dynamics studies of virus-host interactions reveal. Agosto 2020 L'antibiotico Azitromicina (ATM) svolge anche proprietà antivirali e in associazione con Idrossiclorochina (CLQ-OH) la loro azione si potenzia sinergicamente.**

  Questo studio mostra una somiglianza molecolare inaspettata tra ATM e una molecola della parete cellulare (GM1) che favorisce l'adesione del virus per l'ingresso nella cellula. A causa di questo mimetismo, **ATM si lega alla porzione della proteina spike SARS-CoV-2 che interagisce col recettore cellulare; in pratica ATM neutralizza blocca il virus bloccandone l'ingresso nelle cellule**. Viceversa, *"È stato dimostrato che **le molecole di CLQ-OH saturano i siti di attacco del virus sui gangliosidi in prossimità del recettore primario del coronavirus**, l'enzima di conversione dell'angiotensina-2 (ACE-2)".*

  "Presi insieme, questi dati mostrano che l'ATM è diretto contro il virus, mentre il CLQ-OH è diretto contro i cofattori di attaccamento cellulare. Concludiamo che entrambi i farmaci agiscono come inibitori competitivi dell'attaccamento di SARS-CoV-2 alla membrana della cellula ospite. Ciò è coerente con un meccanismo antivirale sinergico a livello della membrana plasmatica, dove è probabile che l'intervento terapeutico sia più efficiente. Questo meccanismo molecolare può spiegare gli effetti benefici della terapia di combinazione CLQ-OH / ATM nei pazienti con COVID-19." che i due farmaci agiscono in sinergia per prevenire l'adesione tra il virus e la membrana plasmatica delle cellule ospiti.

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219429/ (**doc. 77**)

- **COVID-19 outpatients: early risk-stratified treatment with zinc plus low-dose hydroxychloroquine and azithromycin: a retrospective case series study. Dicembre 2020**

  *"Lo scopo di questo studio era descrivere i risultati dei pazienti con malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) in ambito ambulatoriale dopo un **trattamento precoce con zinco, idrossiclorochina a basso dosaggio e azitromicina (tripla terapia)**. Sono stati inclusi un totale di 141 pazienti COVID-19 con infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) da sindrome respiratoria acuta grave confermata in laboratorio nell'anno 2020. **Dei 141 pazienti trattati, 4 (2,8%) sono stati ospedalizzati, un numero***

significativamente inferiore (P <0,001) rispetto a 58 (15,4%) di 377 pazienti non trattat*i [odds ratio (OR) = 0,16, intervallo di confidenza al 95% (CI) 0,06 –0,5].* ***Un paziente (0,7%) nel gruppo di trattamento è deceduto rispetto a 13 pazienti (3,4%) nel gruppo non trattato*** *(OR = 0,2, IC 95% 0,03-1,5;* P *= 0,12).* ***Non sono stati osservati effetti collaterali cardiaci****.*

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304258 (**doc. 78**)

- **Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. Luglio 2020**

  Pazienti francesi confermati positivi per COVID-19 sono stati inclusi in un unico **protocollo per ricevere 600 mg di idrossiclorochina quotidiana e la loro carica virale in tamponi nasofaringei è stato testato tutti i giorni in un ambiente ospedaliero**. A seconda della loro presentazione clinica, al trattamento è stata aggiunta **azitromicina**. *"Conclusione: Nonostante la sua piccola dimensione del campione,* ***la nostra indagine mostra che il trattamento con idrossiclorochina è significativamente associato alla riduzione / scomparsa della carica virale nei pazienti COVID-19 e il suo effetto è rafforzato dall'azitromicina****."*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102549/ (**doc. 79**)

EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE

L'Eparina a basso peso molecolare è un altro farmaco invocato per essere inserito nei protocolli di cura domiciliare di Covid-19 ed è sato valorizzato da dichiarazioni di alcuni autorevoli specialisti, tra questi il Prof. Salvatore Spagnolo, cardiochirurgo di fama internazionale; è stato forse il primo ricercatore a pubblicare **uno studio in cui si evidenziava che Covid-19, tra le altre complicazioni, determina anche problemi di coagulazione e la formazione diffusa di trombi, fenomeno che può portare a rapida desaturazione di ossigeno e al decesso del paziente**:

- **Covid-19 as a Cause of Pneumonia and Diffuse Peripheral Pulmonary Embolism. Early Anticoagulant Treatment to Prevent Thrombi Formation. 1° Aprile 2020**

  "Il COVID-19 sembra determinare principalmente la formazione di trombi*. (…) Queste immagini radiologiche e la presenza di un D-dimero positivo* ***suggeriscono che le complicanze polmonari possono essere correlate a un'embolia polmonare diffusa****. (…) Recenti studi autoptici eseguiti su 50 pazienti deceduti per covid19, presso l'Ospedale di Brescia (Italia), hanno rilevato notevole distensione (fino a 20 volte) del polmone vasi e la presenza di trombi al loro interno****."*.

  Sulla base di queste evidenze cliniche il Prof. Spagnolo ha propugnato l'uso di anticoagulanti e specificamente Enoxaparina nella gestione domiciliare di Covid-19: *"****Potrebbe essere utile, nei pazienti con tampone positivo, la somministrazione di farmaci anticoagulanti per 20 giorni****. Sarebbe necessario un grande uno studio, ma attualmente, in Italia, non è tecnicamente possibile. In*

*attesa di questi studi, in pazienti con COVID-19 positivo tampone, i**n assenza di controindicazioni, l'assunzione di enoxaparina 4.000U penso sia utile**. **Questo farmaco evita la formazione di trombi e può prevenire l'insorgenza di molte gravi complicazioni**."*
http://www.archimagazine.com/coronavirus-abstract-spagnolo-2.pdf (**doc. 80**)

Altri ricercatori sono giunti a conclusioni analoghe:

- **Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. 27 Aprile 2020**
  *"**Ma la mortalità a 28 giorni dei consumatori di eparina era inferiore a quella dei non utilizzatori nei pazienti con punteggio SIC ≥4** (40,0% vs 64,2%, P = 0,029), o D-dimero> 6 volte del limite superiore della norma (32,8% vs 52,4%, P = 0,017). Sebbene **una dose profilattica possa essere adeguata nella maggior parte dei pazienti, sarebbe importante considerare una dose più alta negli individui con un indice di massa corporea elevato**. **Conclusioni La terapia anticoagulante principalmente con eparina a basso peso molecolare sembra essere associata a una prognosi migliore nei pazienti COVID - 19 gravi che soddisfano i criteri SIC o con D-dimero marcatamente elevato**."* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220112/ (**doc. 81**)

- **The versatile heparin in COVID-19. 02 Aprile 2020**
  Oltre al più noto effetto antitrombotico, è documentato che **l'Eparina a basso peso molecolare (EPBM) possiede anche due utilissime proprietà nel trattamento di Covid-19: azione antiinfiammatoria e attività antivirale:** *"Una delle proprietà non anticoagulanti più note dell'eparina, **la sua funzione antinfiammatoria, può essere rilevante anche in questo contesto.** (...) **Un altro concetto interessante è il ruolo antivirale dell'eparina, che è stato studiato in modelli sperimentali**. (...) In uno studio italiano, l'uso di eparina a una concentrazione di 100 µg / mL **ha dimezzato l'infezione in cellule Vero sperimentali iniettate con espettorato da un paziente con polmonite da ceppo CoV associata a SARS**. (...) **il dominio di legame del recettore della proteina SARS - CoV - 2 Spike S1 interagisce con l'eparina**."*
  https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jth.14821 (**doc. 82**)

CORTISONICI

Secondo il protocollo sperimentato clinicamente da centinaia di medici italiani che hanno curato soprattutto a domicilio i pazienti Covid-19 https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/ (**doc. 83**), i corticosteroidi tra cui **Betametasone e Desametasone sono da somministrare nella fase sintomatologica della malattia ma senza ipossia** (2A), **senza attendere che il pazienti**

presenti desaturazione di ossigeno (Fase 2B), con lo scopo di prevenire e contenere l'esacerbarsi della fase infiammatoria e la temuta tempesta citochinica.

Oltre a questo giustificato obiettivo, la prassi di utilizzare non tardivamente questi corticosteroidi (le linee guida ministeriali ne rinviano l'uso alla Fase 2B, quando il paziente è già in desaturazione di ossigeno e necessita di supplementazione) trova conferma in alcuni studi che hanno evidenziato e dimostrato un'attività anche antivirale di Betametasone e Desametasone; infatti, studi di modellistica bioinformatica hanno permesso di accertare che **queste due molecole si legano alla "Maggior Proteasi" di SARS-Cov-2** (3CLPro indispensabile alla replicazione del virus) **con intensità più forte che alcune molecole antivirali note**, **inattivandola efficacemente**:

- **Potential therapeutic use of corticosteroids as SARS CoV-2 main protease inhibitors: a computational study. Ottobre 2020**

  *"**3CLpro è anche chiamata la proteasi principale (Mpro)** poiché esegue il numero massimo di scissioni proteolitiche (11 siti) all'interno della poliproteina (…) Poiché **Mpro svolge un ruolo vitale nel processamento delle poliproteine e nella maturazione del virus**, **è considerato un importante bersaglio farmacologico**. (…) Questo studio fornisce una conferma per l'esecuzione dell'attività anti-COVID-19 del **desametasone**. Il nostro studio sottolinea anche l'uso di un altro importante corticosteroide (**betametasone**) **come potenziale agente terapeutico per il trattamento con COVID 19**".*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7596904/ (**doc. 84**)

Ecco le prove, testimoniate da moltissimi medici, che questi farmaci utilizzati tempestivamente in sinergia fra loro ai primi sintomi del malato, tramite efficaci protocolli terapeutici collaudati *sul campo* per la gestione domiciliare dei pazienti Covid, permettono l'abbattimento della morbilità e soprattutto dei ricoveri ospedalieri e della mortalità:

L'INCREDIBILE STORIA DEI 200 MEDICI IN UNA CHAT
"Così abbiamo capito da soli come curare il Covid"

Medico di base: «Ci impediscono di visitare, io ho continuato: tutti guariti»

Dottoressa Maria Grazia Dondini

Denise Baldi · 20 Novembre 2020

L’attività di idrossiclorochina è nota dal 2003 sul virus SARS-Cov1!!

L'INTERVISTA AL DOTTOR CAVANNA

«Il covid si cura e si cura a casa. Svuotate gli ospedali»

ATTUALITÀ 29-10-2020

L'EMERGENZA/L'INTERVISTA

«Unità mobili per curare i pazienti a casa. Da oggi andiamo all'attacco del virus»

Il professor Pierluigi Viale, direttore delle Malattie infettive del Sant'Orsola: «Non voglio più vedere persone che arrivano in ospedale ormai più morte che vive»

Si tratta sia di MMG che di alcuni clinici ospedalieri che pure si sono dedicati a visitare e curare a casa i pazienti, i quali in più occasioni (video e interviste scritte) **hanno dichiarato di non aver registrato alcun decesso tra i propri pazienti curati con le linee guida pubblicate e che i pochi ricoveri resisi necessari (meno del 5%) si sono risolti tutti con la guarigione!**

Come ad esempio il dott. LUIGI CAVANNA, primario di Oncologia, oggi conosciuto come il padre del "**metodo Piacenza**" (cfr. Il Giornale: "Coronavirus, il metodo che evita la strage: Nessun paziente è morto"; https://www.ilgiornale.it/news/cronache/coronavirus-metodo-che-evita-strage-nessun-paziente-morto-1861189.html) e onorato nella primavera dello scorso anno dalla copertina del Times come Medico-Eroe che ha salvato centinaia di pazienti curandoli uno per uno a domicilio, https://www.corriere.it/buone-notizie/20_maggio_19/luigi-cavanna-medico-famiglia-ha-salvato-pazienti-casa-casa-ef797b68-990a-11ea-8e5b-51a0b6bd4de9.shtml,

..*.*

11. **Minerali, vitamine e nutraceutici, per prevenzione e cure adiuvanti di Covid-19**

Si espone per ultimo, ma non d'importanza, il capitolo dedicato all'**azione preventiva e adiuvante-terapeutica della buona alimentazione in quanto tale e della supplementazione di MINERALI-VITAMINE-NUTRACEUTICI**; categorie di sostanze naturali ben note nella letteratura scientifica per le loro proprietà immunostimolanti, antivirali e antinfiammatorie; utili quindi per prevenire e adiuvare la cura delle malattie infettive, polmonite, sepsi e quindi **utili per prevenire l'infezione di SARS-Cov-2, la malattia Covid-19 e contenerne alcune complicazioni**:

"una cattiva alimentazione può compromettere la funzione immunitaria e aumentare il rischio di infezione. ***Vari micronutrienti sono essenziali per l'immunocompetenza,*** *in particolare le vitamine A, C, D, E, B2, B6 e B12, l'acido folico, il ferro, il selenio e lo zinco.* ***Le carenze di micronutrienti sono un problema di salute pubblica globale riconosciuto, e il cattivo stato nutrizionale predispone a determinate infezioni****. La funzione immunitaria può essere migliorata ripristinando i micronutrienti carenti ai livelli raccomandati, aumentando così la resistenza alle infezioni e*

supportando una guarigione più rapida in caso di infezione. La dieta da sola può essere insufficiente ed è necessaria un'integrazione di micronutrienti (…) Questa revisione esamina (…) ***le prove disponibili riguardanti gli effetti della supplementazione di micronutrienti sulla funzione immunitaria e sull'infezione****. "* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336639/ .

Raccomandazioni Per il Trattamento Nutrizionale di Pazienti Affetti da Covid-19 e Ricoverati nei Reparti di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva (level III-II care), a cura di **SINUC** (Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo) e **SIAARTI** (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) http://www.sinuc.it/public/files/sinuc-siaarti%20-%20raccomandazioni%20per%20il%20trattamento%20nutrizionale%20di%20pazienti%20affetti%20da%20covid-19.pdf

Entrando sommariamente nel dettaglio, si evidenzia in particolare il minerale **Zinco** e tra le vitamine le altrettanto note ed efficaci **C** e **D** (che però non sono le uniche utili per rafforzare il sistema immunitario); così come la **quercetina** tra i nutraceutici o la proteina del latte materno **lattoferrina** (disponibile anche come integratore): *"La lattoferrina (Lf) è una glicoproteina naturale, non tossica, disponibile per via orale come integratore alimentare e* ***ha stabilito l'efficacia antivirale in vitro contro un'ampia gamma di virus, incluso SARS-CoV, un coronavirus strettamente correlato a SARS-CoV-2*** *. Inoltre,* ***Lf possiede effetti immunomodulatori e antinfiammatori unici che possono essere particolarmente rilevanti per la fisiopatologia dei casi gravi di COVID-19****."* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738305/ (**doc. 85**)

A conferma dell'**importante ruolo di supporto che queste sostanze biologiche possono apportare alla fisiologia del sistema immunitario**, **tale da poter contribuire alla prevenzione e contenimento delle complicazioni delle malattie virali (incluso Covid-19), nonché accelerare la guarigione**, si citano di seguito alcune note di letteratura scientifica rappresentative di una vastissima bibliografia di pubblicazioni di natura farmacologica, sperimentale e clinica:

ZINCO

È noto ed indiscusso il ruolo positivo dello zinco per l'efficienza del sistema immunitario:

- **Zinc and COVID-19: Basis of Current Clinical Trials. Ottobre 2020**

  "I dati raccolti da ***studi su modelli animali*** *seminali hanno aggiunto una notevole conoscenza sui ruoli principali di Zn nel sistema immunitario. (…)* ***La carenza di Zn influisce sulla sopravvivenza delle cellule immunitarie e influisce negativamente su importanti funzioni come la fagocitosi, l'uccisione delle cellule bersaglio e la produzione di citochine.****"*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7580816/ (**doc. 86**)

- **SARS-CoV-2 RNA reverse-transcribed and integrated into the human genome**. **Dicembre 2020**
  Si sottolinea in particolare la sua **azione inibente dello zinco sulla trascrittasi inversa**, l'enzima che trascrive il codice genetico di alcuni virus a filamento di RNA (come il SARS-COV-2), in DNA integrabile nel genoma dell'ospite. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330870/ (**doc. 87**)
- **Improving the efficacy of chloroquine and hydroxychloroquine against SARS-CoV-2 may require zinc additives - A better synergy for future COVID-19 clinical trials. Ottobre 2014**
  Alcune molecole come idrossiclorochina e clorochina sono **ionofori dello zinco**, cioè ne aumentano la penetrazione e la concentrazione intracellulare, dove è specificamente utile la sua attività inibente la trascrittasi inversa: *"**L'esame microscopico fluorescente della distribuzione intracellulare dello zinco ha dimostrato che gli ioni zinco liberi sono più concentrati nei lisosomi dopo l'aggiunta di clorochina.**"* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271834/ (**doc. 88**)
  Queste evidenze scientifiche possono spiegare le **osservazioni cliniche sull'efficacia delle associazioni farmacologiche di zinco e idrossiclorochina:**
  https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920304258?via%3Dihub (**doc. 89**)

VITAMINA D

- **Effectiveness of In-Hospital Cholecalciferol Use on Clinical Outcomes in Comorbid COVID-19 Patients: A Hypothesis-Generating Study**
  *"I risultati di questa analisi retrospettiva dimostrano che due dosi consecutive di 200.000 UI di colecalciferolo (totale di 400.000 UI) **possono migliorare significativamente l'esito nei pazienti affetti da COVID-19** che sono anche gravati da tre o più malattie in comorbidità."*
  https://www.mdpi.com/2072-6643/13/1/219/htm (**doc. 90**) «***In particolare*** *– prosegue il prof. Giannini -, **nei soggetti che avevano assunto il colecalciferolo, il rischio di andare incontro a "Decesso/Trasferimento in ICU" era ridotto di circa l'80% rispetto ai soggetti che non l'avevano assunto***.» https://www.unipd.it/sites/unipd.it/files/20210119kkk.pdf (**doc. 91**)
- **Vitamin D and Inflammation: Potential Implications for Severity of Covid-19**
  Da questo studio epidemiologico sembra emergere che **l'incidenza di Covid-19 e l'indice di mortalità nei vari Paesi europei sia correlato alla carenza di vit. D**. **I cittadini di Spagna e Italia** (specialmente le regioni del nord), pur essendo queste nazioni maggiormente soleggiate, **presentano livelli sierici di vitamina D mediamente più bassi di Paesi nordici come Norvegia**, Finlandia, Svezia (probabilmente perché in questi Paesi gli alimenti sono *fortificati* con vit. D); questo **si è accompagnato ai più alti tassi d'incidenza di Covid-19 e mortalità conseguente**. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603576/ (**doc. 92**)

- **Vitamin D Supplementation Associated to Better Survival in Hospitalized Frail Elderly COVID-19 Patients: The GERIA-COVID Quasi-Experimental Study**

  Uno studio francese ha evidenziato che **nei pazienti Covid-19 ospedalizzati, che nell'anno precedente avevano assunto dosi di vitamina D** (50.000 UI di vitamina D3 al mese o le dosi di 80.000 UI o 100.000 UI di vitamina D3 ogni 2-3 mesi) **la gravità della malattia e la mortalità erano state nettamente inferiori a chi non era stato integrato né prima né dopo il ricovero**.

  L'integrazione di vitamina D3 può rappresentare un trattamento adiuvante efficace, accessibile e ben tollerato per COVID-19

  https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3377/htm (**doc. 93**)

VITAMINA C

- **Vitamin C and Immune Function**

  *"**La vitamina C contribuisce alla difesa immunitaria supportando varie funzioni cellulari sia del sistema immunitario innato che di quello adattativo**. La vitamina C si accumula nelle cellule fagocitiche, come i neutrofili, e **può aumentare la chemiotassi, la fagocitosi, la generazione di specie reattive dell'ossigeno e, infine, l'uccisione microbica**. La carenza di vitamina C provoca un'immunità ridotta e una maggiore suscettibilità alle infezioni. A loro volta, le infezioni hanno un impatto significativo sui livelli di vitamina C a causa dell'aumentata infiammazione e dei requisiti metabolici. Inoltre, **l'integrazione con vitamina C sembra essere in grado sia di prevenire che di curare le infezioni respiratorie e sistemiche**".*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5707683/ (**doc. 94**)

- **Vitamin C—An Adjunctive Therapy for Respiratory Infection, Sepsis and COVID-19**

  Ci sono attualmente 45 studi registrati su Clinicaltrials.gov che studiano la vitamina C con o senza altri trattamenti per COVID-19. Nel primo RCT per testare il valore della vitamina C in pazienti con COVID-19 in condizioni critiche, la **somministrazione di vitamina C per via endovenosa alla dose di 24 g / giorno per 7 giorni: migliorata l'ossigenazione, diminuite le citochine infiammatorie e ridotta la mortalità nel gruppo vitamina C hanno mostrato una riduzione della mortalità a 28 giorni: 18% contro 50%** (…). **Non sono stati segnalati eventi avversi correlati allo studio**.

  Data la notevole sicurezza della vitamina C, la frequente carenza tra i pazienti con COVID-19 e le ampie prove di potenziali benefici, l'attuale trattamento è giustificato su basi compassionevoli in attesa che siano disponibili più dati di studi clinici COVID-19, **non solo per uso endovenoso all'interno di UTI, ma anche per via orale con dosi comprese tra 2 e 8 g / die in pazienti**

ricoverati a causa dell'aumentato bisogno nel combattere un'infezione virale, come concluso in recenti revisioni. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762433/ (**doc. 95**)

- **The Emerging Role of Vitamin C in the Prevention and Treatment of COVID-19**

  *"**La somministrazione di vitamina C a pazienti con polmonite può ridurre la gravità e la durata della malattia**. **I pazienti critici con sepsi richiedono la somministrazione endovenosa di quantità di grammi di vitamina per normalizzare i livelli plasmatici**, **un intervento che alcuni studi suggeriscono ridurre la mortalità**. **La vitamina ha funzioni fisiologiche pleiotropiche, molte delle quali sono rilevanti per COVID-19. Studi osservazionali preliminari indicano un basso stato di vitamina C in pazienti critici con COVID-19**".*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7693980/ (**doc. 96**)

- **The clinical effects of vitamin C supplementation in elderly hospitalised patients with acute respiratory infections**

  *"**Uno studio randomizzato in doppio cieco che ha coinvolto l'integrazione di vitamina C / placebo è stato condotto su 57 pazienti anziani ricoverati in ospedale con infezioni respiratorie acute (bronchite e broncopolmonite)**. Utilizzando un sistema di punteggio clinico basato sui principali sintomi della condizione respiratoria, **i pazienti trattati con la vitamina sono andati significativamente meglio di quelli trattati con placebo**."*

  https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7814237/ (**doc. 97**)

- **Vitamin C in Pneumonia and Sepsis**

  *"Nella prima letteratura, **uno dei sintomi più evidenti riportati per lo scorbuto da carenza di vitamina C era una marcata suscettibilità alle infezioni, in particolare alla polmonite**. **I risultati dell'autopsia degli anni '20 hanno indicato che la polmonite era una delle complicanze più frequenti dello scorbuto ed era la principale causa di morte**. Si raccomanda quindi di prestare attenzione durante la malattia all'assunzione di vitamina C, tenendo presente che la malattia acuta esaurisce rapidamente le riserve di acido ascorbico. **Studi osservazionali preliminari indicano un basso stato di vitamina C in pazienti critici con COVID-19**.*

  ***La vitamina C, per via orale o in infusione endovenosa, riduce la gravità delle polmoniti e della sepsi**."*

  https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/40107/9781138337992_oachapter7.pdf?sequence=1&isAllowed=y (**doc. 98**)

<u>QUERCETINA</u> (e altri flavonoidi)

- **Structural stability of SARS-CoV-2 3CLpro and identification of quercetin as an inhibitor by experimental screening**

È stato possibile dimostrare che la quercetina interagisce con 3CLpro (è la principale proteasi di SARS-Cov-2) *utilizzando tecniche biofisiche e si lega al sito attivo nelle simulazioni molecolari.* ***La quercetina****, con proprietà farmacocinetiche e ADMET ben note,* ***può essere considerata un buon candidato per ulteriore ottimizzazione e sviluppo, o riposizionata per il trattamento terapeutico COVID-19****.*

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0141813020339970?via%3Dihub (**doc. 99**)

- **Antiviral Properties of Flavonoids and Delivery Strategies**

  "(...) ***flavonoidi, come l'apigenina, la vitexina, la quercetina, la rutina e la naringenina, che hanno mostrato una vasta gamma di effetti biologici, comprese le attività antivirali****. I meccanismi molecolari dei loro effetti antivirali consistono principalmente nell'****inibizione della neuraminidasi virale, delle proteasi e delle DNA / RNA polimerasi, nonché nella modifica di varie proteine virali****. Le miscele di diversi flavonoidi o la combinazione di flavonoidi con farmaci sintetici antivirali forniscono un potenziamento dei loro effetti antivirali." (...)* ***luteolina o frazioni ricche di luteolina hanno mostrato effetti antivirali contro gravi acute sindrome respiratoria coronavirus (SARS-CoV)*** *(...)* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087220/ (**doc. 100**)

- ***Quercetin and Vitamin C: An Experimental, Synergistic Therapy for the Prevention and Treatment of SARS-CoV-2 Related Disease (COVID-19)***

  "È stato dimostrato che la co-somministrazione di vitamina C e quercetina esercita un'azione antivirale sinergica a causa della sovrapposizione di proprietà antivirali e immunomodulanti e della capacità dell'ascorbato di riciclare la quercetina, aumentandone l'efficacia*. Presentiamo le prove attuali per l'uso della vitamina C e della quercetina sia per la profilassi nelle popolazioni ad alto rischio che per il trattamento dei pazienti con COVID-19 in aggiunta a promettenti agenti farmacologici come Remdesivir o plasma convalescente****.*

  La quercetina è stata studiata in vari tipi e modelli di infezione virale a causa dei suoi promettenti effetti antivirali nell'inibire polimerasi (12), proteasi (13), trascrittasi inversa (14), sopprimere la DNA girasi e legare le proteine del capside virale*."*

  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318306/ (**doc. 101**)

..*.*

12. **Ostracismo delle Autorità sanitarie a farmaci e a integratori di sostegno.**

Per una panoramica più completa del ruolo positivo che minerali, vitamine, nutraceutici, probiotici e una sana e vitalizzante alimentazione, possono svolgere nella prevenzione e nelle cure adiuvanti delle terapie per Covid-19, si rimanda ad un documento (allegato n. 1) dal titolo "**Affrontare Covid-19 con un approccio di Medicina Biologica Integrata**"; esso fu inoltrato il 30

Marzo 2020, in forma di Lettera Aperta pubblica, dal denunciante dott. Franco Trinca a tutte le Autorità sanitarie e governative, nazionali e regionali, quale contributo di Biologo Nutrizionista clinico per la **prevenzione e contrasto della morbilità e mortalità da Covid-19**.

Si proponeva caldamente, fra l'altro, oltreché di attivare una massiccia e costante campagna nazionale di Educazione Nutrizionale della popolazione (invece che solo di paura quotidiana sui bollettini di guerra del Covid), di promuovere sia in terapia domiciliare che in ospedale l'uso di **un Protocollo di micronutrienti**; si propose altresì di **fornire un kit gratuito di micronutrienti bilanciato e completo** a tutta la popolazione italiana o almeno a quella delle aree a maggior rischio (in quella fase di iniziale diffusione della pandemia).

L'esito di quell'Appello sensato e costruttivo è stato paradossale, perché a fronte di un inspiegabile e censurabile silenzio del Ministero della Salute, **le risposte che arrivarono da AIFA** (allegato n. 2) **e Istituto Superiore di Sanità** (allegato n. 3) **furono nella sostanza positive e di avvallo alle affermazioni scientifiche esposte**… salvo che le massime Istituzioni sanitarie nazionali non dettero luogo ad alcuna coerente iniziativa nel senso auspicato.

Nel dettaglio, **AIFA propose al dott. Trinca di presentare una proposta di sperimentazione clinica o uno studio osservazionale**; consiglio che fu accolto e attuato tramite una seconda lettera (allegato n. 4) del 4 aprile al Ministero della Salute, segnatamente indirizzata al Ministro Roberto Speranza e al Vice-Ministro Pier Paolo Sileri, in cui si esponeva l'Idea-Progetto chiedendo un riscontro positivo prima di procedere alla stesura di un articolato Protocollo attuativo. Anche questa seconda e più specifica sollecitazione al Ministero della Salute rimase lettera morta, senza alcuna risposta.

La risposta ottenuta da parte dell'ISS si caratterizza invece per una stridente e palese contraddizione tra il riconoscimento iniziale della fondatezza scientifica di quanto era affermato nel documento "Affrontare Covid-19 con un approccio di Medicina Biologica Integrata" e il resto della lettera in cui, con generiche e superficiali osservazioni, sostanzialmente si rigettava la proposta di rendere operativo un approccio di Medicina Biologica Integrata per affrontare l'emergenza Covid-19.

Si riporta lo stralcio (le evidenziazioni sono state aggiunte) della parte introduttiva del Parere con cui ISS ha risposto, rimandano all'allegato n. 3 per l'intero testo:

"Gentilissimo Dott. Trinca,

La ringraziamo per il suo Appello/lettera aperta che è stato oggetto di attenta valutazione da parte dei nostri esperti.

Il parere viene di seguito riportato:

L'alimentazione impatta in maniera significativa sul funzionamento del sistema immunitario.

Gli effetti di oligoelementi, vitamine e probiotici sul sistema immunitario sono noti e la maggior

parte ben caratterizzati."

Ora ci si chiede perplessi e indignati come sia possibile che, in una fase d'intensa diffusione della pandemia e con un'alta incidenza di mortalità e grave morbilità (come era tra marzo e maggio 2020 e poi da ottobre 2020 a gennaio 2021 https://www.infodata.ilsole24ore.com/2021/02/01/nuovi-dati-sui-morti-covid-nellultimo-anno-italia-cosa-sappiamo/ [**doc. 102**]) e a tutt'oggi, con devastanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche connesse alle scelte di gestione dell'emergenza sanitaria legata alla patologia virale Covid-19 – **per la quale si afferma non esserci cure preventive e domiciliari idonee –**, **le Autorità sanitarie abbiano scelto di non utilizzare tutte le cure di supporto** di cui pur riconoscono la potenziale utilità ed efficacia per prevenirne e alleviarne l'impatto (non importa in che misura, ma certamente non trascurabile) nella popolazione e nei singoli cittadini. Questa incomprensibile e censurabile scelta è aggravata dal fatto che analoghe decisioni di infondata censura sono state adottate anche per tutti quei farmaci (illustrati a partire da pag. 19) che centinaia di MMG hanno usato e stanno usando con successo salvando la vita a migliaia di persone.

Riportiamo l'elenco di divieti e censure verso farmaci e integratori contenuti nelle Linee guida per il trattamento domiciliare dei pazienti Covid, emanate dal Ministero della Salute con Circolare del 30.11.2020 a firma dei Dott. Giovanni Rezza e Andrea Urbani, dirigenti rispettivamente della Prevenzione Sanitaria e Programmazione Sanitaria:

- ***Non utilizzare corticosteroidi a domicilio*** se il paziente non è già ad un livello di desaturazione che richieda ossigenoterapia. Al contrario, nel Protocollo di Ippocrate.org https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/ (**doc. 83**) e sulla base di innumerevoli esperienze cliniche, sul campo e *a letto del malato*, di MMG coscienziosi ed esperti, **è consigliato l'utilizzo di Betametasone o Desametasone (o altri cortisonici) PRIMA di arrivare alla desaturazione** (Fase 2A);
- ***Non utilizzare eparina***. Nelle linee guida ministeriali l'uso di tale farmaco è indicato solo nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto. Questa indicazione attendista non tiene per nulla conto di quanto sostenuto in una pubblicazione scientifica del 1° Aprile 2020 ***Covid-19 as a Cause of Pneumonia and Diffuse Peripheral Pulmonary Embolism. Early Anticoagulant Treatment to Prevent Thrombi Formation*** http://www.archimagazine.com/coronavirus-abstract-spagnolo-2.pdf (**doc. 80**) dal Prof. Salvatore Spagnolo, uno dei massimi esperti mondiali di tromboembolia polmonare: *"**Probabilmente, il processo trombotico nei capillari alveolari inizia contemporaneamente al processo infiammatorio negli alveoli polmonari**."*

  Questa affermazione è basata sul riscontro autoptico di *"**notevole distensione (fino a 20***

volte) dei vasi polmonari e la presenza di trombi al loro interno**.”* Sulla base di queste evidenze e della sua grande esperienza nella gestione delle tromboembolie polmonari, **il Prof. Spagnolo consiglia di prescrivere (in fase precoce, specialmente in presenza di analisi con D-dimero positivo) *“l’assunzione di enoxaparina 4.000U” in pazienti con COVID-19 che non presentino controindicazioni al farmaco.

Nonostante l’autorevolezza dell’esperto cardiochirurgo e la conferma anche di AIFA della possibile utilità della somministrazione precoce di Eparina a basso peso molecolare (EPBM), **gli estensori della Circolare ministeriale del 30.11.2020 hanno deciso (senza avvertire l’esigenza di un confronto col grande esperto) di escludere dalle loro linee guida la somministrazione precoce di EPBM ai pazienti Covid sintomatici**, salvo quando immobilizzati.

- ***Non utilizzare antibiotici***, <u>se non oltre 3 giorni di persistente quadro febbrile</u> o con un quadro clinico che giustifichi il fondato sospetto di sovrapposizione d’infezione batterica. Al contrario, **nel protocollo di Ippocrate.org l’Azitromicina è proposta fin dalle Fase 1 della malattia (sintomi simil influenzali)**. Ancora una volta l’esperienza clinica dei MMG, che lavorano sul campo e al letto del malato, <u>è ignorata e svilita</u>, in nome di una visione “gerarchica” e burocratica di **una medicina *calata dall’alto* da “esperti teorici”**.

  In questa visione dogmatica della medicina e della pubblica sanità, non si tiene minimamente conto del fatto che **l’esperienza scientifica osservazionale (evidence based) spesso precede le acquisizioni della scienza analitica con tutti i suoi *perché***; una interpretazione saggia della dialettica tra i due aspetti dell’Arte medica (ma in generale della Scienza): osservazione dei fatti/interpretazione teorica dell’eziopatogenesi e dei meccanismi farmacologici, avrebbe consigliato agli estensori delle linee guida ministeriali di “ascoltare” e **tenere in conto le esperienze di guarigione con il protocollo includente Azitromicina fin dai primi sintomi significativi, testimoniate dai MMG**.

  Così non è stato e ancora non è, nonostante siano puntualmente arrivate le “spiegazioni scientifiche” che danno ragione alle evidenze cliniche dei MMG che da marzo 2020 hanno verificato l’importanza di usare Azitromicina fin dalle prime fasi sintomatologiche di Covid-19. Infatti, recenti studi di ricercatori italiani https://zenodo.org/record/4088208#.YDYP1-hKhPZ (**doc. 103**), hanno documentato in modo inoppugnabile che **SARS-Cov-2 si comporta come un batteriofago, cioè un virus che entra e si replica all’interno di cellule batteriche**; nello specifico, in particolare nelle cellule dei batteri intestinali! Intervista divulgativa del Dott. Brogna https://www.affaritaliani.it/coronavirus/vaccino-attuale-non-sufficiente-ci-vuole-altro-per-debellare-il-virus-720062.html?refresh_ce (**doc. 104**)

Questa nuova acquisizione scientifica della natura di SARS-Cov-2 può aiutare a comprendere **l'efficace ruolo terapeutico espletato da Azitromicina, ricordando le sue duplici proprietà antivirali oltreché antibiotiche**, trascurato con caparbia leggerezza nelle linee guida ministeriali nonostante le segnalazioni dei MMG.

- ***Non utilizzare idrossiclorochina*** *la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinici controllati fino ad ora condotti*. Ecco un'ulteriore dimostrazione di *medicina dogmatica* che liquida con affermazioni apodittiche una serie di pubblicazioni scientifiche (magari non di *studi clinici controllati*) di **ricercatori e medici clinici che dopo il 2003 hanno documentato l'efficacia (foss'anche parziale) dell'Azitromicina nel trattamento di infezioni da coronavirus, quasi sempre in terapia multipla**.

- ***Non è raccomandato l'uso*** **di** ***"supplementi vitaminici e integratori alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D lattoferrina, quercetina)****"*, in quanto, secondo gli estensori della Circolare citata *"Non esistono, ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia (…)"*.

Questa è la ciliegina *bacata* posta sulla torta *stantia* dei divieti e negazioni di efficacia ed utilità di farmaci, minerali, vitamine e nutraceutici, confezionata dai "super esperti" del Ministero della Salute! Come prima considerazione si sottolinea quanto ciò contrasti con le risposte già illustrate, sia di AIFA che di ISS, al documento "**Affrontare Covid-19 con un approccio di Medicina Biologica Integrata**", inoltrato dallo scrivente il 30 Marzo 2020; si ricorda che nel "Parere" ufficiale di ISS si riconosceva che "***L'alimentazione impatta in maniera significativa sul funzionamento del sistema immunitario***. ***Gli effetti di oligoelementi, vitamine e probiotici sul sistema immunitario sono noti e la maggior parte ben caratterizzati***."; alla luce di questo e delle evidenze scientifiche esposte nelle pagine precedenti e nel citato e allegato documento, sulle proprietà ed efficacia di minerali, vitamine e nutraceutici nello stimolare il sistema immunitario e contrastare le infezioni virali (o batteriche), la prima considerazione che sorge spontanea è che appare sorprendente, pur a fronte di un'emergenza sanitaria che sta devastando il Paese sotto il profilo sanitario, sociale ed economico e che ha spesso obbligato l'intero sistema sanitario ad agire in condizioni di "medicina di guerra", che gli estensori delle circolari e linee guida Ministeriali scelgano di screditare dei *supporti* curativi e adiuvanti-terapeutici (minerali-vitamine-nutraceutici) che evidentemente non gli garbano, ma che invece **sono accreditati da decenni di letteratura scientifica per il loro contributo positivo alla prevenzione e cura delle malattie infettive anche gravi e utili perfino nella sepsi**, gravandoli di un *onere di*

prova assoluto (“evidenze incontrovertibili) basato su *“studi clinici controllati”* che hanno ben altri tempi e modalità di esecuzione poco compatibili con una situazione di emergenza sanitaria.

Lo stesso criterio è stato forse usato per approvare da parte di EMA e di AIFA vaccini anti Covid ancora in fase obbiettivamente sperimentale e quindi di dubbia efficacia e sicurezza? NO! E che dire della considerazione dell’ISS contenuta nel già citato Parere, secondo cui “*Addirittura, una supplementazione dietetica consigliata ad una popolazione generale di un nutriente, del quale non abbiamo evidenze di “intake” inferiore al raccomandato,* ***può determinare effetti tossici*** *o perlomeno indesiderati (…)”*? Ricordando che il Parere si riferiva alla proposta di supplementazione per una malattia potenzialmente mortale, la smisurata amplificazione del criterio di *prudenza* e dei rischi di tossicità di molecole biologiche e naturali, **la si deve ritenere del tutto sproporzionata e poco credibile nella motivazione *pro veritate* a cui i funzionari dell’ISS dovrebbero sentirsi maggiormente vincolati**. **Basterebbe confrontarla con la prassi consolidata di somministrare farmaci chemioterapici e radioterapie anticancro certamente molto tossiche (al limite del sostenibile) per evidenziare la *strumentalità* della motivazione!**

O si vuole paragonare alla chemio e radio terapia la presunta potenziale tossicità di vitamine, minerali e nutraceutici? Oltretutto riferiti, nel documento citato in cui li si proponeva in supplementazione, alle dosi *fisiologiche* già tabulate dallo stesso Ministero; salvo diversa prescrizione medica.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, **può apparire ipocrita** ricorrere alla dichiarata assenza, *ad oggi* (data della circolare: 30.11.2020), di “*evidenze incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati)”* per negare qualunque **contributo preventivo e di *supporto* utile alla positiva gestione domiciliare di Covid-19.**

È di tutta evidenza che spesso le Autorità sanitarie usano due pesi e due misure, giocando al **ridicolo equivoco del *“bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto”*** già evidenziato a pag. 45.

Oltretutto, in tempi non sospetti ISS stesso si era espresso in ben altro modo (pubblicando un documento dell’OMS https://www.epicentro.iss.it/focus/sars/oms-sars_14-8.pdf **doc. 105**) in relazione ad una situazione sanitaria (la SARS del 2003) analoga all’attuale SARS-Cov-2, ma con un maggior grado di letalità sebbene meno diffusiva; **per quella epidemia l’OMS,** proprio in considerazione dell’assenza di *“trattamenti garantiti”* (*incontrovertibili* scriverebbero i redattori della circolare 30.11.2020) **raccomandava esplicitamente l’adozione di** “**cure di supporto**”:

Trattamento	Al momento non esiste un trattamento garantito per la SARS, sono raccomandate misure di supporto

Ora le cure di supporto non valgono più nulla, come neanche i farmaci efficaci secondo l’esperienza clinica dei MMG?

..*.*

13. **Elementi critici sull' efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid e della campagna vaccinale di massa in corso di pandemia**

Nella martellante campagna pro-vaccinale reiterata ogni giorno dai media pubblici e privati, si fa costante riferimento all'*efficacia e sicurezza* dei vaccini anti Covid; in questo quadro s'inseriscono anche le dichiarazioni che esperti scientifici ed esponenti degli Enti sanitari nazionali rilasciano ogni volta dopo i numerosi decessi post vaccinali verificatisi dall'inizio della campagna di vaccinazione:

• Giorgio Palù Presidente AIFA: ***"nessuna correlazione, nessun nesso causale, se non una relazione temporale"***

https://www.ilriformista.it/morte-dopo-vaccino-astrazeneca-laifa-nessunrischio-solo-emotivita-203228/?refresh_ce (**doc. 110**)

• Ministro Roberto Speranza: *"**ASTRAZENECA E GLI ALTRI SIERI SONO SICURI** (...) **l'evidenza ci dice di una piena sicurezza e efficacia. (…). (…) non dimentichiamo mai che il vaccino è la vera arma per vincere definitivamente questa sfida"***

https://www.ilriformista.it/professore-muore-24-ore-dopo-il-vaccino-il-piemonte-sospende-astrazeneca-203222/?refresh_ce (**doc. 111**)

• EMA: "***Al momento non ci sono indicazioni che la vaccinazione abbia causato queste condizioni, che non sono elencate come effetti collaterali di questo vaccino.***"

https://www.ilriformista.it/cose-la-trombosi-e-quali-sono-i-sintomi-al-vaglio-la-correlazione-con-ilvaccino-astrazeneca-202577/ (**doc. 112**)

Si deve innanzitutto osservare che spesso queste dichiarazioni sono "di principio", cioè fatte ancor prima di disporre almeno degli elementi oggettivi derivanti dalle autopsie; insomma, appaiono più come un *dogma di parte* piuttosto che una ponderata e obbiettiva affermazione scientifica.

Inoltre, i meccanismi eziopatogenetici che possono correlare a livello causale i vaccini inoculati a molti dei decessi post vaccinali (per la gran parte, se non tutti, riconducibili ad alterazioni della coagulazione e dell'aggregabilità piastrinica e quindi ad **eventi tromboembolici** o anche emorragici), manifestati come accidenti cardiovascolari, polmonari, cerebrali o del tipo **CID** (coagulazione intravascolare disseminata), esistono e sono noti: **sembrano risiedere nell'interazione tra la proteina spike** (tutti i vaccini anti Covid attualmente autorizzati veicolano all'organismo del ricevente le istruzioni geniche per produrla, sebbene con diverse modalità biotecnologiche) **e il recettore ACE2** espresso da molti tipi di cellule e tessuti: a livello cardiaco, polmonare, renale, ematico, ecc.

Il recettore ACE2, noto per essere la porta d'ingresso di SARS-Cov-2 nelle cellule, in realtà a livello fisiologico è un enzima che degrada una molecola organica: **l'angiotensina II**, deputata

fisiologicamente al controllo pressorio (azione ipertensiva), ma **anche con spiccate proprietà pro-trombotiche**. È stato accertato, anche nel decorso della patologia Covid, che **il legame della proteina spike con ACE2 interferisce con la sua funzione di metabolizzazione dell'angiotensina II**, in quanto diminuisce l'espressione dell'enzima sulla superficie delle cellule e/o nel siero; quindi, la produzione cellulare di grandi quantità di spike a seguito della vaccinazione, di riflesso **può determinare l'aumento della concentrazione attiva di angiotensina II e quindi l'esarcerbazione della sua azione protrombotica e ipertensiva** (in soggetti probabilmente suscettibili). Ad esempio, questo tipo di effetto è riportato sulla scheda tecnica di un farmaco: **Giapreza** (Angiotensina II); le avvertenze e le precauzioni d'impiego parlano chiaro:
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/giapreza-epar-productinformation_it.pdf (**doc. 113**) N.B. il link non è più attivo per il documento in lingua italiana, ma si produce comunque il documento in inglese scaricabile dall'indirizzo internet:
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/giapreza-epar-product-information_en.pdf
Sotto la pressione della reazione emotiva dei media e dell'opinione pubblica allarmata dalle notizie sui numerosi inaspettati decessi, successivi alla vaccinazione con Astrazeneca, in un primo momento molte Agenzie europee del farmaco hanno deciso di sospendere l'utilizzo del vaccino o come l'italiana AIFA di ritirarne alcuni lotti, in attesa di una pronuncia dell'EMA.
Dopo gli accertamenti e l'analisi delle cartelle cliniche, l'EMA ha dichiarato che al 16 marzo nella UE sono stati registrati **25 casi di reazioni avverse gravissime dopo la vaccinazione con Astrazeneca** https://www.adnkronos.com/vaccino-astrazeneca-ema-indagini-su-25-trombosi-rare_ilnmDbYThDyJaMB6VIUaL (**doc. 114**), **di cui 9 mortali**, suddivise tra: **7 casi di coagulazione intravascolare disseminata**, (CID) e **18 casi di rara trombosi cerebrale dei seni venosi** (Cvst)"; inoltre si è registrata una netta prevalenza dei casi tra donne con età inferiore a 55 anni.
Lo stesso prof. Palù, attuale Presidente AIFA ha riconosciuto una **maggior rischio di eventi tromboembolici per le donne** (però non dichiarato nella scheda tecnica di Astrazeneca e neanche degli altri vaccini): *"**Attenzione donne che prendono la pillola, aspettiamo Ema**"*
https://www.affaritaliani.it/coronavirus/astrazeneca-palu-attenzione-donne-che-prendono-la-pillola-aspettiamo-ema-729216.html (**doc. 115**)
Da un raffronto statistico dei casi attesi di queste patologie nella popolazione generale non vaccinata, è risultato un forte aumento tra i soggetti vaccinati di età inferiore a 55 anni: **di più di 5 volte per la coagulazione intravascolare disseminata e 8 volte per la trombosi cerebrale dei seni venosi.**

Nonostante questi dati, EMA ha concluso che il rapporto rischi/benefici continua ad essere favorevole e pertanto ha deciso **di sbloccare l'utilizzo del vaccino Astrazeneca, imponendo però l'aggiunta nella scheda tecnica di nuove avvertenze:**
http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6489719.pdf (**doc. 116**)
Quindi, l'aggiunta (tardiva) da parte di EMA di **avvertenze su rischi di gravissime reazioni avverse anche fatali** al vaccino in questione, **oltre a confermare che possono essere reali i nessi causali tra certe tipologie di decessi e la vaccinazione con Astrazeneca** (sempre negati a caldo dai media e dagli *esperti*), illustrati nelle pagine precedenti di questo Dossier, suscita alcune riflessioni:

1. I meccanismi fisiologici ed eziopatogenetici dei fenomeni tromboembolici e di CID sopra illustrati, **erano nella conoscenza e consapevolezza di EMA, AIFA e Agenzie regolatorie di altre nazioni?** È difficile immaginare di no e allora ci si deve, nel caso, chiedere: **perché non hanno posto ed evidenziato queste avvertenze fin dall'autorizzazione all'immissione in commercio del vaccino?** Se le avessero correttamente inserite, **questo avrebbe potuto evitare almeno una parte dei decessi conseguiti alle vaccinazioni?** Tale omissione, nel caso, **è quindi configurabile come grave negligenza configurando l'ipotesi di omicidio colposo?**
2. Nel caso contrario (hanno cioè avuto contezza tardivamente dei rischi di decessi conseguenti alla vaccinazione con Astrazeneca), sorgono, o meglio, **si confermerebbero seri dubbi sull'attendibilità e completezza dei dati scientifici in base ai quali si è svolto il frettoloso iter di autorizzazione all'immissione in commercio**. Con queste lacune, come si fa ad essere sicuri che nel corso della vaccinazione di massa in corso non emergano **altre gravi reazioni avverse ai vaccini anti Covid, magari di tipo immunitario e ritardate nel tempo?**

In pratica si stanno coinvolgendo decine e decine di milioni di cittadini italiani ed europei in una sperimentazione farmacologica molto rischiosa (spesso imposta con vere e proprie estorsioni sul posto di lavoro e, da ultimo, con il decreto-legge 44/2021 che pone gli operatori sanitari di pronte all'alternativa tra sottoporsi alla sperimentazione medica o perdere il lavoro sino al 31.12.2021); in prospettiva, secondo i programmi ufficializzati in quasi tutti gli stati UE, si tratta di centinaia di milioni di persone! Ma **questo modo di agire non viola forse i diritti umani fondamentali, sanciti anche dall'ONU con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, la Convenzione di Oviedo, i Principi emersi e affermati nel processo di Norimberga (Codice di Norimberga), gli artt. 2, 3, 10 e 32 della Costituzione italiana?**

È necessario aggiungere che il medesimo meccanismo d'interazione spike-ACE2 e le sue

implicazioni in termini di rischi tromboembolici e di CID è, per sua natura, da ritenersi **applicabile anche a TUTTI gli altri vaccini anti Covid finora autorizzati all'immissione in commercio**.
Perché allora EMA, AIFA e altre Agenzie europee regolatorie dei farmaci, **non hanno ancora inserito le medesime avvertenze**, ora presenti nella scheda tecnica del vaccino di Astrazeneca, **anche in quelle di Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson?** Queste invece, rispetto ai rischi di trombosi venosa e trombocitopenia, riportano ancora le troppo generiche e fuorvianti avvertenze che condividevano con la versione originaria presente nel foglietto illustrativo del vaccino Astrazeneca, fino alla modifica citata; si riporta solamente il testo illustrativo delle avvertenze relative al vaccino Pfizer (**doc. 117**), perché praticamente identico a quello di Moderna e Johnson e Johnson:

Vaccino Pfizer

"Le reazioni avverse più frequenti nei soggetti di età pari o superiore a 16 anni sono state dolore in sede di iniezione (>80%), stanchezza (>60%), cefalea (>50%), mialgia e brividi (>30%), artralgia (>20%), piressia e tumefazione in sede di iniezione (>10%). Tali reazioni sono state generalmente di intensità da lieve a moderata e si sono risolte entro pochi giorni dalla vaccinazione. Una frequenza leggermente inferiore di reazioni di reattogenicità è stata associata ad un'età maggiore."

Si aspettano forse altri morti prima di agire tempestivamente con coerenza e coscienza?

Proseguendo nell'analisi dei punti critici relativi alle prove scientifiche su efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid autorizzati all'immissione in commercio, si può dire che le affermazioni di massima sicurezza ed efficacia reiterate dalle autorità sanitarie e dai loro esperti non sembrano del tutto obiettive e fondate.

Infatti, l'efficacia ad esempio dei vaccini Pfizer e Moderna **è stata messa in discussione da Peter Doshi editore associato del British Medical Journal (BMJ**

https://blogs.bmj.com/bmj/2020/11/26/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-lets-be-cautious-and-first-see-the-full-data/ (**doc. 118**)

• *"**In primo luogo, viene segnalata una riduzione del rischio relativo, non una riduzione del rischio assoluto, che sembra essere inferiore all'1%**."* Con questa considerazione, Peter Doshi intende innanzitutto evidenziare che, se anche se i dati della sperimentazione dichiarati dalle aziende produttrici fossero esatti, completi e totalmente affidabili (e su questo l'autore nutre molti dubbi), **il beneficio apportato dal vaccino in termini di *copertura* riferito al bacino dell'intera popolazione sarebbe comunque basso**.

• Inoltre, Peter Doshi sottolinea che i risultati dello studio si riferiscono all'obiettivo *"degli studi di covid-19 di qualsiasi gravità e, soprattutto, **non alla capacità del vaccino di salvare vite umane, né***

***alla capacità di prevenire l'infezione**, né all'efficacia in sottogruppi importanti (ad es. anziani fragili)".*

• *"In terzo luogo, questi risultati riflettono un punto temporale relativamente breve dopo la vaccinazione e **non sappiamo nulla delle prestazioni del vaccino a 3, 6 o 12 mesi** (...)"*;

• per quanto riguarda **gli eventi avversi** Peter Doshi ci informa che *"Il comunicato stampa di Moderna afferma che **il 9% ha sperimentato mialgia di grado 3** e **il 10% affaticamento di grado 3**. La dichiarazione di Pfizer ha riferito che il **3,8% ha avuto affaticamento di grado 3** e **il 2% di cefalea di grado 3**. **Gli eventi avversi di grado 3 sono considerati gravi, definiti come inibizione dell'attività quotidiana**."*

In un altro articolo https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037 (**doc. 119**) Peter Doshi conferma che la progettazione degli studi di sperimentazione dei vaccini in questione **NON era mirata ad accertare se essi proteggono davvero da implicazioni gravi per i casi Covid-positivi (ricoveri ospedalieri, decessi), né se sono efficaci nell'impedire la trasmissione dell'infezione di SarsCov2**:

***"I vaccini covid-19 salveranno vite? Le prove attuali non sono progettate per dircelo*:**

*Peter Hotez, decano della National School of Tropical Medicine del Baylor College of Medicine di Houston, ha detto: «Idealmente, vuoi che un vaccino antivirale faccia due cose (...) in primo luogo, **ridurre la probabilità di ammalarsi gravemente e andare in ospedale**, e due, **prevenire l'infezione e quindi interrompere la trasmissione della malattia**». (...) Ma Tal Zaks, chief medical officer di Moderna, ha dichiarato a* The BMJ ***«Il nostro studio non dimostrerà la prevenzione della trasmissione** (...) perché per fare ciò devi tamponare le persone due volte a settimana per periodi molto lunghi, e **questo diventa operativamente insostenibile**»".*

Oltre a NON dimostrare la "**prevenzione della trasmissione del virus**" gli studi sperimentali sul vaccino Moderna **NON hanno neanche valutato se esso è in grado di ridurre le più gravi complicazioni di Covid-19**; dichiara lo stesso Tal Zaks: *"I ricoveri ospedalieri e i decessi per covid-19 sono semplicemente troppo rari nella popolazione studiata per un vaccino efficace per dimostrare differenze statisticamente significative in uno studio di 30.000 persone. Lo stesso vale per la sua capacità di salvare vite umane o prevenire la trasmissione: **i trials non sono progettati per scoprirlo**."* **Dopo aver documentato l'infondatezza della decantata efficacia protettiva dei vaccini anti Covid**, passiamo ora a valutare anche la loro (non) ***sicurezza***, citando innanzitutto un recente **accorato appello fatto all'OMS, ai Governi e alle Autorità sanitarie del mondo da *Geert Vanden Bossche***, *virologo grande esperto di vaccini e con un curriculum di tutto rispetto:*

***Geert Vanden Bossche** nella sua carriera ha lavorato nella ricerca e sviluppo di vaccini con alcune tra le più importanti società del settore* (*GSK Biologicals, Novartis Vaccines, Solvay Biologicals)* e successivamente *è entrato a far parte del team Global Health Discovery della Bill & Melinda Gates*

Foundation a Seattle (USA) come responsabile del programma senior; ha poi lavorato con la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) a Ginevra come Senior Ebola Program Manager; di recente è entrato a far parte del Centro tedesco per la ricerca sulle infezioni a Colonia come capo dell'ufficio per lo sviluppo dei vaccini.

"*L'annullamento immediato di tutte le campagne di vaccinazione di massa contro il Covid-19 in corso dovrebbe ora diventare la più acuta emergenza sanitaria di interesse internazionale."*

https://www.geertvandenbossche.org/ (**doc. 119, 120**)

Il suo forte messaggio, apparentemente paradossale, è spiegato con grande competenza e chiarezza da Geert Vanden Bossche: "***Tuttavia, questo tipo di vaccini profilattici sono completamente inappropriati e persino altamente pericolosi, se utilizzati in campagne di vaccinazione di massa durante una pandemia virale.***" E ancora: *"**l'estensione senza precedenti dell'intervento umano nel Covid-19- pandemia è ora a rischio di provocare una catastrofe globale senza eguali.**"*

https://37b32f5a-6ed9-4d6d-b3e1-5ec648ad9ed9.filesusr.com/ugd/28d8fe_266039aeb27a4465988c37adec9cd1dc.pdf (**doc. 121**)

Lo scienziato vaccinologo spiega nel dettaglio in che modo un programma di vaccinazione di massa durante una fase attiva di pandemia produce effetti disastrosi sulla popolazione nel suo insieme:

*"**(…) l'uso di questi vaccini in campagne di vaccinazione di massa accelererà inevitabilmente l'emergere di varianti di fuga immunitaria ancora più infettive**."*

https://www.geertvandenbossche.org/ (**doc. 119, 120**)

Si riferisce al fenomeno della "***fuga immunitaria***" *(immune escape)* dovuto alla rapida evoluzione di varianti del virus, che si auto-selezionano proprio sotto la spinta di vaccinazioni di massa in fase pandemica e che possono divenire più infettive e aggressive, **rendendo inefficaci gli anticorpi indotti dal vaccino basato sul ceppo originario**.

In queste situazioni di diffusione pandemica di un virus ad alta variabilità genetica (sia per la sua naturale tendenza di virus a singolo filamento di RNA, sia ancor di più sotto la spinta selettiva della risposta immunitaria ai vaccini), anche Geert Vanden Bossche ribadisce che **L'ARMA PIÙ EFFICACE RISIEDE NELL'IMMUNITÀ INNATA** (complesso di molecole e cellule antivirali e antibatteriche aspecifiche, ma efficaci); aggiunge però che proprio **l'immunità innata**, **preziosa ed efficace specificamente in condizioni di pandemia con virus altamente variabili, risulta INIBITA DALLE MISURE DI RESTRIZIONE DEI MOVIMENTI DELLA POPOLAZIONE** (!): infatti, l'esperto Vanden Bossche spiega *"la soppressione dell'immunità innata, specialmente nelle fasce di età più giovani, può quindi diventare molto problematica. Non vi può essere dubbio che **la mancanza di esposizione dovuta a rigorose misure di contenimento (nota: della popolazione) implementate dall'inizio della pandemia, non è stata benefica per mantenere ben allenato il sistema***

immunitario innato delle persone. *Come se questo non stesse già compromettendo pesantemente la difesa immunitaria innata in questo segmento di popolazione,* ***entra in gioco un'altra forza che aumenterà notevolmente i tassi di morbilità e mortalità nelle fasce di età più giovani: vaccinazione di massa degli anziani.****"*

In accordo con Vanden Bossche, si sottolinea che **la libera e normale circolazione del virus** (senza alcuna restrizione dei movimenti delle persone e delle attività lavorative) **avrebbe un positivo impatto di stimolo sull'ancestrale immunità innata**, l'unica arma efficace che l'organismo ha per contrastare l'ADE. Sotto questo profilo si ricorda che l'immunità innata richiede per il suo ottimale funzionamento un **approccio di Medicina Biologica integrata**; esattamente quanto sollecitato inutilmente a tutte le Istituzioni sanitarie dal dott. Trinca il 30 Marzo 2020 e richiamato sopra nella presente denuncia e nell'allegato dossier scientifico.

Oltre al fenomeno della "fuga immunitaria", i gravi rischi di una vaccinazione di massa in fase pandemica paventati da Vanden Bossche possono essere attivati anche da un altro fenomeno ben noto: **ADE (antibody-dependent enhancement)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12725690/ (**doc. 123**). Il fenomeno consiste nella produzione di **anticorpi *non neutralizzanti***, che si legano al virus in zone (sequenze) diverse dai "domini di legame" (che sono le sequenze di legame con i recettori delle cellule da infettare). Questi anticorpi non neutralizzanti possono essere prodotti a seguito di vaccinazioni con ceppi originari che poi però vanno incontro, nella popolazione infettata, a numerose mutazioni; accade così che gli anticorpi contro i ceppi vaccinali divengano non neutralizzanti verso i nuovi ceppi mutati, favorendo paradossalmente l'ingresso dei virus nelle cellule e di conseguenza lo **sviluppo di una malattia potenziata**. Rapporti precedenti di SARS e MERS-CoV documentano che gli anticorpi *non neutralizzanti* o scarsamente neutralizzanti sviluppati a seguito di vaccino o infezione precedente, danno luogo al fenomeno **ADE,** cioè al potenziamento della malattia nella successiva infezione. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484565/ (**doc. 124**).

Dopo aver spiegato, anche in questo video https://www.youtube.com/watch?v=fx3tyR8TmcA, i meccanismi e gli effetti deleteri delle vaccinazioni di massa in fase pandemica, strategia a cui invece puntano erroneamente le autorità sanitarie, Geert van den Bossche esprime in modo accorato e drammatico il suo allarme e *j'accuse*: "*Si potrebbe pensare solo a pochissime altre strategie per raggiungere lo stesso livello di efficienza nel* ***trasformare un virus relativamente innocuo in un'arma biologica di distruzione di massa.****"*

https://mcusercontent.com/92561d6dedb66a43fe9a6548f/files/bead7203-0798-4ac8-abe2-076208015556/Public_health_emergency_of_international_concert_Geert_Vanden_Bossche.01.pdf (**doc. 122**).

Possiamo ora fare la sintesi di quanto questo ricercatore super esperto di vaccini e del loro utilizzo *sul campo* sta dicendo all'OMS, ai governanti e a tutti i cittadini del mondo:

È TOTALMENTE SBAGLIATO PENSARE DI FERMARE IL VIRUS TRAMITE LE VACCINAZIONI DI MASSA, LA RESTRIZIONE DEI MOVIMENTI DELLA POPOLAZIONE E IL BLOCCO DELLE ATTIVITÀ LAVORATIVE! L'ARMA PIÙ EFFICACE CONSISTE NEL POTENZIARE L'IMMUNITÀ INNATA!

Una conferma della tesi esposta da van den Bossche sugli effetti negativi delle vaccinazioni di massa in epoca pandemica sembra provenire da alcuni **dati raccolti in Israele**; questa è attualmente una nazione capofila delle vaccinazioni anti-Covid per la elevatissima percentuale di cittadini vaccinati e per l'intensità della campagna vaccinale, condotta con modi veramente autoritari secondo le denunce di molti oppositori: France Soir, quotidiano francese che mostra grande attenzione alle pubblicazioni e all'analisi dei dati sulle vaccinazioni provenienti dai diversi paesi https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/vaccin-en-israel-des-chiffres-troublants (**doc. 125**). L'articolo di France Soir dimostra, dati alla mano, che le campagne vaccinali più avanzate, hanno determinato un significativo aumento della mortalità (come nei casi dell'Arabia Saudita e di Gibilterra). L'articolo di France Soir è stato confermato da esponenti di spicco dell'Organizzazione Nakim https://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/297051 (**doc. 126**) i quali documentano *"**cifre allarmanti che indicano una significativa mortalità da vaccino**"*.

Rispondendo ad una video-intervista di France Soir, gli esponenti di Nakim affermano inoltre, con numeri e tabelle alla mano, che *"**le vaccinazioni** **(nota: tutte con vaccino Pfizer)** **hanno causato più morti di quante ne avrebbe provocato il coronavirus nello stesso periodo**"*, arrivando a paragonare la forzosa campagna autoritaria a drammatici eventi che hanno colpito il popolo ebraico: *"**questa è una nuova Shoah**"*. In particolare, forniscono i seguenti dati: *"sono state verificate 2.337 delle **5.351 morti ufficiali** israeliane per COVID. Le nostre analisi indicano che **durante il processo di vaccinazione di 5 settimane i tassi di mortalità dei vaccinati sono aumentati rispetto ai non vaccinati**."* La spiegazione che danno si ricollega al fenomeno ADE sopra descritto:

*"**Presumibilmente, i casi asintomatici prima della vaccinazione e quelli infettati subito dopo la prima dose tendono a sviluppare sintomi più gravi rispetto ai non vaccinati**."*.

I dati presentati nella tabella seguente e forniti da Nakim.org provengono dal Ministero della Salute e descrivono solo i **pazienti COVID-19 che hanno ricevuto 1 o 2 dosi di vaccino Pfizer:**

http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?t=270812http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?t=270812 (**doc. 127**)

I numeri sono davvero impressionanti e devono far riflettere sulla gravità del fenomeno ADE indotto dai vaccini anti-Covid: **660 decessi su 43.871 vaccinati Covid-positivi = 1,5%!**

Aggiungendo i casi severi **(1.031)** e quelli critici **(220)**, per un totale di **1.251**, si ha un altro **2,8%** rispetto al totale dei vaccinati in condizione "Covid positiva" registrati alla data di quella tabella; se questi dati risultano confermati, **possiamo dire che il 4,3% della popolazione Covid positiva a seguito della vaccinazione ha avuto danni seri, gravi o è deceduta!** Questi numeri drammatici confermano *sul campo* le accorate previsioni di Vanden Bossche: *"**La vaccinazione di massa in piena pandemia crea un mostro irrefrenabile**"*!

Questo allarme è condiviso da qualunque vero esperto di vaccini, di malattie infettive, di virologia, come ad esempio il Dott. Luigi Garavelli, primario della Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara: *"**Mai vaccinare durante un'epidemia, il Covid reagirà mutando. È dimostrato che ormai Sars Cov 2 è presente nella popolazione tutto l'anno. I portatori sani sono milioni di italiani.** In questa situazione, (...) è una cosa che si impara al primo anno di specializzazione**. Ovvero, non si vaccina mai durante una epidemia. Perché il virus reagirà mutando, producendo varianti e sarà sempre più veloce di noi."***

https://www.liberoquotidiano.it/news/personaggi/26609939/coronavirus-pietro-luigi-garavelli-controcorrente-mai-vaccinare-epidemia-covid-reagira-mutando.html (**doc. 130**).

S'impone allora una inquietante riflessione: il governo e le autorità sanitarie italiane, non sono forse consapevoli di questa norma di medicina infettiva ed epidemiologica, nota peraltro a tutti i veri esperti del settore? **Perché non scelgono di dare indicazioni alla popolazione e ai medici di base per il potenziamento del sistema immunitario innato e per l'uso di quei protocolli farmacologici per le cure domiciliari risultati efficaci (nell'esperienza di centinaia di medici che li applicano)?**

Perché allora si ostinano a seguire la medesima e scientificamente infondata strada sbagliata: **vaccinare l'intera popolazione in corso di pandemia e indicare di tenere i pazienti sintomatici domiciliari "in vigile attesa e tachipirina"?**

In conclusione, se è vero quanto il *super esperto* Vanden Bossche ha dichiarato e scritto all'OMS e alle principali autorità mondiali, confermato da altri medici e dai dati mostrati d'Israele, la Magistratura nazionale e internazionale deve accertare rapidamente **SE SIAMO DI FRONTE AD UN MINACCIATO GENOCIDIO E FERMARLO COLL'AUTORITÀ CHE LE COMPETE!**

..*.*

14. **Le misure restrittive più severe producono danni sociali e sanitari sproporzionati e non sono efficaci**

Il Governo e le Autorità sanitarie hanno giustificato le **misure restrittive più severe** (confinamento domiciliare, chiusura delle scuole, blocco delle attività lavorative) con una loro presunta efficacia rispetto alla necessità prioritaria di contenere la pandemia.

Se anche questa narrazione corrispondesse alla realtà, **bisognerebbe in ogni caso ben bilanciare tali misure con la loro sostenibilità da parte dell'intera società**, anche sotto il profilo della durata temporale e della reversibilità (o meno) dei danni che ne conseguono a tutti i livelli, individuale e collettivo. I ricercatori hanno evidenziato che i potenziali effetti nocivi per la salute delle misure più restrittive sono: *"**la fame, overdose da oppiacei, vaccinazioni perse, aumento delle malattie non COVID per servizi sanitari persi, abusi domestici, la salute mentale e la suicidalità, e una serie di conseguenze economiche con implicazioni per la salute**"*.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13484 (**doc. 131**)

Come conferma dell'inutilità e nocività delle misure più restrittive imposte dal governo, nonostante le evidenze contrarie, sotto la spinta degli enti e organismi tecnico-scientifici (CTS, AIFA, ISS e di taluni *"esperti"* con qualche possibilità di ascolto e d'influenza, le cui responsabilità eventuali vanno articolatamente individuate), si evidenzia che nel PP 2006 (**doc. 26**) erano ben chiare non solo le "Azioni chiave" da porre in essere, **ma anche quelle inutili e dannose da evitare**:

In fase pandemica l'impatto di misure di restrizione della mobilità della popolazione è limitato. Le misure da adottare includono:

- Limitazione di viaggi verso aree non affette
- Adozione delle comuni norme igieniche
- Isolamento dei pazienti con sintomatologia sospetta, preferibilmente a livello domiciliare per ridurre la quantità di risorse impiegate (una sola persona assiste il paziente prendendo le opportune precauzioni di protezione individuale) o in apposite aree attrezzate di strutture pubbliche.
- Adozione da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle comuni norme igieniche, incluso l'uso di mascherine chirurgiche per limitare la diffusione di secrezioni naso faringee. L'uso di mascherine chirurgiche va considerato anche per chi ricorre all'assistenza medica, mentre non è raccomandato per le persone non sintomatiche chi si trovano in luoghi pubblici.
- Campagne informative per promuovere una diagnosi precoce, anche da parte dei pazienti stessi, in modo da ridurre l'intervallo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e l'isolamento

Insomma, **come sarebbe assurdo uccidere una persona per bloccare la crescita di un tumore che l'affligge**, **così non si possono distruggere le strutture socio-economiche di una nazione, né devastare lo sviluppo psico-emotivo dei bambini e adolescenti o comprimere a tempo illimitato le libertà individuali e la socializzazione delle persone, con la *giustificazione* di volerne preservare la salute!**

Più assurdo ancora è per il fatto che quella efficacia dichiarata delle misure più restrittive nel contenere l'epidemia non è verificata dai fatti; basterebbe il confronto della dinamica dei decessi tra Italia (ha adottato misure molto restrittive) e Svezia (ha adottato misure restrittive *leggere*), come riportato dalle principali testate nazionali, per comprendere l'inutilità delle pesanti misure adottate dal Governo italiano.

Diversi studi scientifici hanno confermato che non ci sono evidenze significative di vantaggi che giustificano le misure maggiormente restrittive:

• **Stay-at-home policy is a case of exception fallacy: an internet-based ecological study** *"In conclusione, utilizzando questa metodologia e i dati attuali, in ~ 98% dei confronti utilizzando 87 diverse regioni del mondo* ***non abbiamo trovato prove che il numero di morti / milione si riduca rimanendo a casa.*** *Anche le differenze regionali nei metodi di trattamento e il decorso naturale del virus possono essere fattori importanti in questa pandemia e sono necessari ulteriori studi per comprenderla meglio."*

https://www.nature.com/articles/s41598-021-84092-1 (**doc. 132**)

• **Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19** *"Gli interventi non farmaceutici generali (NPI)* per il controllo della diffusione del *COVID - 19 possono contemplare quelli più restrittivi, come la* ***permanenza a domicilio e le chiusure aziendali obbligatorie****. In sintesi,* ***non riusciamo a trovare prove evidenti a sostegno di un ruolo per gli NPI più restrittivi nel controllo di COVID all'inizio del 2020****. Non mettiamo in dubbio il ruolo di tutti gli interventi di salute pubblica o delle comunicazioni coordinate sull'epidemia, ma* ***non riusciamo a trovare un ulteriore vantaggio degli obblighi di permanenza domiciliare e delle chiusure aziendali****. I dati non possono escludere completamente la possibilità di alcuni vantaggi. Tuttavia, anche se esistessero,* ***questi benefici potrebbero non corrispondere ai numerosi danni di queste misure aggressive****."*

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13484 (**doc. 133**).

• **Effect of school closures on mortality from coronavirus disease 2019: old and new predictions** ***"****Tuttavia, questa soppressione porta quindi a una seconda ondata con* ***un picco di domanda di letti in terapia intensiva più elevato*** *rispetto al periodo di intervento e* ***un numero totale di decessi che supera quelli dello stesso scenario senza chiusure di luoghi****.*

Concludiamo quindi che i risultati alquanto controintuitivi che ***le chiusure scolastiche portano a più morti*** *sono una conseguenza dell'aggiunta di alcuni interventi che sopprimono la prima ondata e l'incapacità di dare la priorità alla protezione delle persone più vulnerabili."*

https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3588 (**doc. 134**).

..*.*

15. **L'accertamento dei fatti esposti e l'individuazione degli eventuali responsabili**

Sul punto il denunciante deve rimettersi all'attività inquirente che si sollecita alla Procura della Repubblica. Possiamo indicare delle, peraltro ovvie, linee investigative finalizzate a valutare i fatti esposti e a ricercare gli eventuali responsabili nelle fila della dirigenza del Ministero della Salute, nei

dirigenti dell'AIFA, dell'ISS, del CTS. La concreta individuazione delle persone le cui le errate indicazioni hanno mietuto tante morti e sofferenze non può che spettare alla Procura anche attraverso i poteri di indagine che le spettano e che nessun denunciante potrebbe avere.

Ancor più importante, una volta individuati i responsabili, è l'esame dell'elemento soggettivo, ossia l'individuazione della loro relazione coi fatti sopra illustrati in termini di dolo, di colpa o, il che pare assai dubbio, di vittime inconsapevoli di una fatalità. Certo appare improbabile che professionisti del settore di chiara fama e di riconosciuta esperienza potessero concepire l'idea che il Covid-19 fosse una malattia nuova e misteriosa per la quale non si poteva fare altro che dare delle cure sintomatiche – inutili e dannose – come la Tachipirina in attesa che i pazienti peggiorassero al punto da farli ricoverare per sottoporli ad una inutile procedura di ossigenazione. È difficile credere che scienziati esperti possano aver dimenticato che il protocollo di cura con idrossiclorochina, azitromicina ed eparina era stato già sperimentato con ottimi successi all'epoca della ben più letale SARS. È arduo supporre che studiosi esperti abbiano ritenuto inutile aggiornare il piano pandemico del 2006 alla luce dei ripetuti allarmi dell'OMS che davano la pandemia per certa ed imminente.

..*.*

Tutto ciò premesso e ritenuto, il sottoscritto denunciante sporge formale

DENUNCIA

allo stato contro ignoti, salvo l'individuazione dei responsabili, affinché la Procura della Repubblica in epigrafe proceda alle indagini per l'individuazione dei soggetti responsabili dei fatti come sopra meglio illustrati dai quali emerge l'ipotesi della commissione dei reati di:

1. Associazione per delinquere (art. 416 c.p.) finalizzata al compimento di una serie di reati fine quali:
2. Strage (art. 285 c.p.): per la diffusione di protocolli di cura errati e dannosi causando la morte di decine di migliaia di persone;
3. Epidemia (art. 438 c.p.): per la diffusione indisturbata del contagio da gennaio a marzo 2020 senza l'adozione di alcuna misura di cautela;
4. Turbata libertà dell'industria o del commercio (art. 513 c.p.): per il blocco di quasi tutte le attività lavorative durante la quarantena con la conseguente distruzione dell'economia italiana;
5. Lesioni personali (art. 582 c.p.): per i danni fisici subiti da tutti coloro che sono stati curati con protocolli terapeutici errati;

6. Omicidio (art. 575 c.p.): per la morte cagionata a tutti coloro che sono stati curati con protocolli terapeutici errati;
7. Condotte con finalità di terrorismo (art. 270 *sexies* c.p.): per l'attuazione di condotte (la gestione scellerata della pandemia da Covid-19 come sopra meglio descritta) che, per la loro natura (mancato approntamento delle cure e delle misure di prevenzione necessarie) o contesto (la situazione di grave allarme determinata dalla martellante narrativa sulla pandemia), possono arrecare grave danno al Paese (la distruzione del tessuto economico-produttivo mediante l'implementazione di chiusure e limitazioni alle libertà fondamentali rivelatesi non solo inutili ma controproduttive) compiute allo scopo di intimidire la popolazione (la popolazione italiana è di fatto intimidita e terrorizzata dai fatti degli ultimi 14 mesi) o destabilizzare o distruggere le strutture politiche fondamentali, costituzionali, economiche e sociali di un Paese (l'Italia vive ormai in uno stato di emergenza perenne in cui le ordinarie regole in materia di adozione delle norme di diritto sono state stravolte e non vi è neppure più la dialettica politica fondata sull'esistenza di maggioranza e opposizione; le fondamenta stesse dello Stato, ossia l'essere una repubblica democratica fondata sul lavoro, sono state stravolte e distorte nel solo interesse di una gestione centralizzata e profondamente errata della salute pubblica;

e con richiesta di esercitare l'azione penale contro i responsabili; si chiede sin d'ora l'avviso ex art. 408 c.p.p. nella non creduta ipotesi di una richiesta di archiviazione.

Luogo, _____

Data _____

Firma _____

p.s.) Poiché la quantità di allegati citati nella denuncia è considerevole, invece di stamparli si rendono visibili tramite i link interni al documento denuncia in formato pdf che si trova al seguente link:

http://www.riapriamolitaliainsalute.it/pdf/Denuncia-Gestione-Covid.pdf

Versione abbreviata del link: http://bit.ly/denunciagestionecovid19

Inoltre, tutti gli allegati in formato pdf si trovano nella pagina al seguente link:

http://www.riapriamolitaliainsalute.it/allegatidenunciacovid