



08/12/2021

Memoria Audizione
Commissione Affari
Costituzionali del
Senato



Dr. Domenico Mastrangelo
Specialista in ematologia,
oncologia, farmacologia clinica
e oftalmologia dell' Università
degli Studi di Siena Tel.:
3921640476 Email:
mastrangelod10@gmail.com

LA PANDEMIA CHE NON C'E'

Al 3 dicembre 2021, (ore 16.57), il sito del **Ministero della Salute (1)** fa sapere che il numero dei “casi confermati” (con tampone molecolare e **con tutte le riserve tecniche e metodologiche del caso**) di COVID-19, nel mondo, è pari a **263.563.622**, mentre il numero dei decessi, tra i “casi confermati” è pari **5.232.562**. Da quanto esposto al punto precedente, risulta che la **letalità** della malattia, è pari all'**1,98%**, con conseguente **98,02% dei casi che**

- non si ammala
- si ammala e guarisce senza cure
- si ammala e guarisce con le cure;

La mortalità è pari allo 0,06%!

Siamo di fronte ad una pandemia? I dati **nazionali** del **GIMBE**, aggiornati al **6 dicembre 2021 (2)**, ci dicono;

- **4.748.454 guariti dimessi,**
- **229.213 in isolamento domiciliare,**
- **5.879 ricoverati con sintomi,**
- **743 in terapia intensiva,**
- **134.287 decessi,**

per un totale di **5.118.576** casi **in quasi due anni**. Di nuovo, il tasso di guarigione è del **92,7%**, la **letalità** è del **2,6%**, mentre la **mortalità** rilevata, dello **0,22%**, sebbene questa percentuale si riferisca a due anni di pandemia. Se questi sono dati da **pandemia**, dobbiamo al più presto riformare tutta la Medicina!

IL VACCINO CONTRO IL COVID-19: UN VACCINO SPERIMENTALE

Lo sviluppo di un vaccino, secondo scienza e conoscenza, richiede, mediamente un tempo stimabile tra i 10 e i 15 anni. Lo dichiara, in modo inequivocabile la International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA) **(3)**, che rappresenta le ditte e le associazioni farmaceutiche basate sulla ricerca, in tutto il mondo. Il dato è confermato dalla prestigiosa rivista “**The Lancet**” che, in uno dei suoi ultimi numeri **(4)**, ci ricorda autorevolmente: “*Lo sviluppo dei vaccini è, tipicamente, un lungo gioco ... In media, occorrono 10 anni per sviluppare un vaccino*”. Ulteriori conferme giungono, inoltre, dalla World Trade Organization (**WTO**) **(5)** e da un recente documento ad hoc della Commissione Europea **(6)**. Ulteriori conferme, riguardo ai lunghi tempi di sviluppo dei vaccini, vengono da altre importanti testate scientifiche, quali: “**Nature Medicine**” **(8)**, “**Vaccine**” **(9)**, “**Clinical and Experimental Vaccine Research**” **(9)**.

Uno degli auditi presso questa spettabile Commissione, ha inteso contestare quanto stabilito a chiare lettere dalle più autorevoli riviste scientifiche, riguardo ai tempi di sviluppo “normali” di un vaccino (10 – 15 anni), opinando che, per quanto attiene al vaccino contro il COVID-19, questa “regola” non varrebbe. Tuttavia, se si parla di Scienza e di Medicina, i canoni della Evidence-Based Medicine devono essere rispettati. Pertanto, considerando che i tempi “normali” di sviluppo di un vaccino, vanno da 10 a 15 anni, e che i vaccini contro il COVID erano sul mercato già pochi mesi dopo la dichiarazione della “pandemia”, se ne deduce che:

- **I vaccini attualmente in uso per il COVID-19 non sono sicuri;**
- **Su tali vaccini mancano i dati riguardanti la sicurezza a medio e lungo termine, mentre i dati sulla sicurezza a breve termine sono già molto allarmanti (10–16);**
- **Dato quanto sopra, tali vaccini devono essere considerati SPERIMENTALI.**

I rischi collegati ad una tale dissennata politica vaccinale, sono di doppia natura: da una parte, non conoscendo la reale efficacia dei vaccini in questione, che scienziati di grande fama e competenza hanno posto in serio dubbio **(17)**, **le vaccinazioni di massa con i vaccini Pfizer, Astra Zeneca, J&J, Moderna-NIH e altri, non garantiscono affatto l’immunità desiderata**; dall’altra, la mancanza di

studi relativi alle reazioni avverse, che si possono manifestare anche a distanza di anni, impedisce di conoscere preventivamente quante e di quale entità, potranno essere tali reazioni avverse, nella popolazione dei vaccinati.

Un avvertimento autorevole, su tutta la questione, ci viene dalla prestigiosa testata JAMA (The Journal of the American Medical Association), che, in un recentissimo ed esplicito articolo, titola: *“Le conseguenze avverse dell’affrettarsi per il vaccino contro il SARS-CoV-2: implicazioni per la fiducia pubblica”* (18). Sugeriscono gli Autori, dalle pagine della rivista: *“Negli scienziati e nei medici, il termine di velocità di curvatura (termine mutuato da una nota serie di film di fantascienza, per descrivere una velocità superiore a quella della luce N.d.R.), dovrebbe generare preoccupazione. La buona Scienza richiede rigore, disciplina e cautela. Qualsiasi terapia approvata per l’impiego pubblico, in assenza di estese salvaguardie, ha il potenziale per creare danno, non solo per quanto riguarda gli sforzi di prevenire il COVID-19, ma anche per quanto attiene alla fiducia del pubblico nelle vaccinazioni”*. *“Quello che non può e non deve essere consentito”*, continuano gli Autori dell’articolo, *“è che la disperazione conduca alla sospensione dei principi della Scienza e dei valori di una ricerca etica”* ... ma sembra che questo accorato appello sia letteralmente caduto nel vuoto, specialmente se consideriamo il numero spropositato di vaccini attualmente in via di sviluppo preclinico, contro il SARS-CoV-2 (19). Troppi i vaccini e troppi gli “attori” che pretenderebbero di trarne profitto.

La mancata conoscenza del numero e dell’entità delle reazioni avverse al vaccino, nel caso dei più recenti vaccini approvati per l’uso umano, contro il SARS-CoV-2, pone, di fatto, le persone alle quali il vaccino viene somministrato, nella condizione di **animali da esperimento**, sui quali viene saggiato un prodotto del quale non si conoscono né gli effetti preventivi/terapeutici, né, tanto meno, le potenziali reazioni avverse e questo è contrario ai più elementari principi sanciti dal **Codice Deontologico Medico**, dalla **Costituzione** della Repubblica Italiana, nonché da tutte le carte internazionali dei Diritti Umani, inclusi il **Codice di Norimberga** e la **Convenzione di Oviedo**, solo per citarne alcuni.

FALSA EMERGENZA ED APPROVAZIONE PER L'IMPIEGO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

L'approvazione per l'uso di un vaccino in situazioni di emergenza (EUA = Emergency Use Authorization), viene generalmente concessa, dagli enti istituzionali (20), **a patto che:**

1. la malattia contro la quale il vaccino deve essere impiegato, mostri un elevato tasso di mortalità, ma questo non è il caso del COVID19 (21, 22) che, al contrario, come dimostrato nel presente documento, presenta un elevatissimo tasso di guarigione;

2. quando, *“... sulla base della totalità delle prove messe a disposizione da sperimentazioni cliniche adeguate e ben controllate, è ragionevole ritenere che il prodotto possa essere efficace nel prevenire o trattare una patologia che mette a rischio la vita del paziente ...”*, ma questo non è il caso del vaccino contro il SARS-CoV-2 (qualsiasi esso sia) in quanto, come dimostrato dai dati, **la malattia presenta un elevato tasso di guarigione ed essa si dimostra letale soprattutto nei pazienti anziani, con patologie multiple** (23). Inoltre, come rilevato da eminenti studiosi della materia *“... nessuna delle sperimentazioni fino ad ora effettuate sui vaccini contro il COVID19, è stata disegnata per trovare una riduzione degli effetti più gravi dell'infezione, come il ricovero in ospedale o in terapia intensiva, e la morte. Così come nessuna delle sperimentazioni fino ad ora effettuate sui vaccini anti COVID19, si è posta come obiettivo quello di determinare se essi sono in grado di interrompere la trasmissione del virus”* (17);

3. nel caso in cui i benefici sopravanzino i potenziali rischi delle vaccinazioni. Anche questa condizione non sembra pienamente soddisfatta, sia per il numero elevato di reazioni avverse che si stanno registrando e che hanno condotto al ritiro del vaccino Astra Zeneca in diversi paesi europei (24, 25), sia perché illustri testate scientifiche, quali JAMA, si sono espresse in modo molto sfavorevole alla “corsa al vaccino” (con più di 190 vaccini in via di sperimentazione), che rischia non solo di produrre effetti collaterali anche gravi e in grande quantità (18), ma anche di minare alla base la fiducia del pubblico nelle vaccinazioni;

4. a patto che non esistano altre terapie efficaci contro la malattia che si intende prevenire mediante il vaccino, **ma questo non è il caso del vaccino contro il SARS-CoV-2 in quanto:**

- le terapie esistono e sono ben note e standardizzate; tra queste ricordiamo: Remdesivir, Ivermectina, Idrossiclorochina, Cloroquina, Corticosteroidi, Azitromicina, antivirali, plasma convalescente, immunoglobuline endovena, cellule staminali mesenchimali, Interferon, Inibitori della Tirosin Chinasi, derivati dell'eparina; Vitamina C (acido ascorbico), Vitamina D, Zinco;
- Come dimostrato nella parte introduttiva del presente documento, il 97,8% dei soggetti positivi al tampone molecolare, può non ammalarsi mai, ammalarsi e guarire spontaneamente, ammalarsi e guarire dopo adeguata terapia;
- Per quanto già abbondantemente illustrato ai punti precedenti, non sussistono le condizioni per definire quella attuale come una “situazione di emergenza”;

Secondo Peter Doshi, esperto di metodologia delle sperimentazioni cliniche, le sperimentazioni cliniche di fase 3 sui vari vaccini a mRNA o con vettori virali NON SONO STRUTTURATE E CONCEPITE IN MODO DA RISPONDERE A TALI ESIGENZE (17), ovvero, dalle sperimentazioni attualmente in corso su larga scala, nella popolazione mondiale, NON OTTERREMO DATI SUFFICIENTEMENTE INFORMATIVI, SULL'EFFICACIA DEI VACCINI IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE! In poche parole, l'Autore fa notare come i vaccini in corso di sperimentazione non siano affatto destinati a prevenire i contagi, i sintomi gravi, le ospedalizzazioni e le morti per infezione da SARS-CoV-2, ma soltanto i sintomi leggeri di un raffreddore comune.

In un secondo e ancor più importante articolo, pubblicato sempre sul British Medical Journal, Doshi ci fornisce ulteriori, preziosissime informazioni, dopo un'attenta analisi dei protocolli di sperimentazione clinica resi pubblici dai produttori dei vaccini attualmente in fase di sperimentazione. Curiosamente, nella parte introduttiva di questo articolo, Doshi afferma: “Ciò che leggiamo può

piacerci o anche non piacerci, ma, condividere in tempo reale i protocolli di sperimentazione clinica, ci dà la possibilità di tradurre le critiche in azioni per migliorare la qualità di questi studi in corso d'opera. E LE CRITICHE SONO MOLTE!” (26). In questo articolo, oltre alla già citata perplessità sugli “endpoints” delle sperimentazioni cliniche in corso, Doshi aggiunge: *“La seconda domanda”, scrive ancora Doshi, “è se le sperimentazioni cliniche stiano reclutando soggetti ad alto rischio. I protocolli sembrano suggerire questa intenzione, ma i calcoli sulla grandezza del campione, sembrano basati sull’attesa di una frequenza di eventi gravi dell’1%, nel braccio di controllo, almeno in alcune delle sperimentazioni, e se queste predizioni sono accurate, ciò significa che il 99% dei partecipanti che ricevono il placebo, non svilupperà COVID sintomatico nel prossimo anno, con conseguente enorme incremento del numero di soggetti da trattare. Questa scelta fa ritenere che i vaccini in corso di sperimentazione vengano saggiati su persone a basso rischio di contrarre il COVID e ad ancor più basso rischio di ammalarsi gravemente, popolazione che non rappresenta quella alla quale il vaccino dovrebbe essere realmente destinato ... 60 anni dopo che la vaccinazione anti influenzale è stata raccomandata per gli over 65, non sappiamo ancora se il vaccino riduce la mortalità, perché studi clinici randomizzati che rispondano a questo quesito, NON SONO STATI MAI EFFETTUATI! ... se non agiamo ora, rischiamo di ripetere lo stesso spiacevole errore con i vaccini contro il COVID”.*

Infine, in un recente articolo di Subramanian e coll. (27) relativo all’efficacia del vaccino, si legge, tra l’altro: *“... A livello di nazione non sembra esserci alcuna relazione evidente tra popolazione pienamente vaccinata ed i nuovi casi di COVID-19, negli ultimi sette giorni ...”, e “... Di fatto, la linea di tendenza suggerisce un’associazione tale per cui la percentuale di casi di COVID-19, nell’ultima settimana è più alta nei soggetti pienamente vaccinati. In particolare, Israele, con oltre il 60% della popolazione pienamente vaccinata, presenta la più elevata percentuale di casi di COVID per milione, negli ultimi 7 giorni! ...” e infine « ... Islanda e Portogallo, con oltre il 75% della popolazione pienamente vaccinata, hanno più casi di COVID-19 per milione, rispetto a Vietnam e Sudafrica, che hanno il 10% di popolazione vaccinata ... ».*

LA MISTERIOSA SPARIZIONE DELL'INFLUENZA STAGIONALE

Consideriamo che, nella **sola stagione 2019/2020** (non, dunque, in due anni di pandemia, ma in pochi mesi) sono stati registrati, in Italia **7.595.000 casi di influenza**, o meglio, il **12% dell'intera popolazione nazionale** aveva contratto l'**INFLUENZA sintomatica ed era altamente contagioso**, senza che fossero poste in opera le misure di prevenzione adottate per il COVID-19, che, per altro, non hanno prodotto alcun risultato.

E' chiaro che non occorre essere "tecnici" per comprendere che abbiamo un problema, la cui vera natura **non è soltanto di ordine tecnico e metodologico**, ma soprattutto **di ordine logico e concettuale**; perché? Il tampone cosiddetto molecolare va a cercare UNO ed UN SOLO virus, all'interno di un apparato, quello respiratorio, che, normalmente, **ospita decine, se non centinaia o migliaia di virus diversi**, come egregiamente dimostrato da Autori italiani (28) in un recente articolo, pubblicato sulla rivista "Microorganisms" e confermato da Autori francesi, sulla rivista scientifica "Eurosurveillance" (29), sempre del 2020. In particolare, quest'ultimo gruppo di scienziati, ha pubblicato dati che dimostrano come, **in piena pandemia, su oltre 3.380 campioni respiratori, il SARS-CoV-2 NON E' STATO MAI TROVATO!** Al contrario, i virus isolati da questi ricercatori, sono stati, in ordine decrescente di frequenza: **influenza A, influenza B, Rhinovirus, Virus Respiratorio Sinciziale, Adenovirus, Metapneumovirus, Enterovirus, Bocavirus, Parainfluenza, Parechovirus, più i quattro tipi più comuni di Coronavirus ossia gli HCoV: HKU1, NL63, OC43, 229E. IN NESSUNO DI QUESTI CASI, occorre ripeterlo, è stato isolato il SARS-CoV-2!**

Come è possibile?

Concettualmente e a rigor di logica e buon senso, dovrebbe essere a tutti chiaro che, se si va a cercare, nei fluidi biologici dell'apparato respiratorio, solo ed esclusivamente il **SARS-CoV-2**, **l'individuazione di tutti gli altri possibili e potenziali virus respiratori sarà totalmente preclusa!** E questo è quanto si sta facendo, da quasi due anni a questa parte, con il **SARS-CoV-2**.

Abbiamo le prove di questa mistificazione metodologica?

Se un indizio è un indizio e due indizi sono una coincidenza, tre indizi sono una prova! Ecco la prova:

Indizio numero 1. Basta andare su “Influnet” per vedere come, dai 7.595.000 casi di influenza della stagione 2019-2020, siamo passati a poco più di 50.000 casi di influenza, nella stagione 2020-2021, quella, per intenderci, dei cosiddetti tamponi molecolari. **In altre parole, nella stagione dei tamponi molecolari, l’influenza è letteralmente SPARITA ... e non solo in Italia, ma in tutto il mondo ...**

Indizio numero 2. Philippe Colson e collaboratori, dalle pagine di Eurosurveillance, ci dicono che, nella stagione del **COVID-19**, in piena pandemia, su 3.380 campioni respiratori, **non hanno trovato neanche un solo caso di infezione da SARS-CoV-2**, probabilmente perché hanno cercato altri virus, cosa che nessun altro ha fatto ...

Indizio numero 3. Un’ allerta di laboratorio del Centers for Disease Control annuncia a tutti i laboratori del mondo, impegnati nella diagnosi molecolare di infezione da **SARS-CoV-2**, che, “ ... a partire dal 31 dicembre 2021, la **richiesta di autorizzazione** alla U.S. Food and Drug Administration (**FDA**), per l’uso in situazioni di emergenza, del “panel” diagnostico” per il coronavirus responsabile del **COVID-19**, basato sulla metodica della **real time RT-PCR**, introdotto nella routine diagnostica per il **SARS-CoV-2** nel mese di febbraio del 2020, **sarà ritirata.**

Il CDC invita, pertanto, i suddetti laboratori ad iniziare la transizione verso tests approvati dalla FDA, incoraggiando i medesimi a “considerare l’adozione di un metodo “multiplex”, che possa consentire di distinguere tra virus SARS-CoV-2 e virus dell’influenza”.

Pertanto:

1. **LE diagnosi di COVID-19** fatte fino ad oggi sono false o, quanto meno, parziali ed imprecise, perché il test impiegato **non consente di distinguere tra il SARS-CoV-2 e i numerosi altri virus potenzialmente responsabili delle malattie respiratorie;**

2. questo modo di procedere, ha portato, da quasi due anni a questa parte, alla completa falsificazione dei dati epidemiologici, con uno **spropositato incremento del numero di casi di COVID-19, a discapito di tutte le altre malattie respiratorie clinicamente ad esso simili, come l'influenza**, con conseguente diffusione del terrore **COVID-19**, nella popolazione;

3. **in conseguenza di questa falsata visione della realtà, sono state varate misure assurdamente restrittive delle libertà personali, ultime delle quali il “green pass” e il “super green pass”, che, non solo non garantiscono affatto la dichiarata sicurezza degli ambienti, ma rappresentano, nei fatti, misure volte a facilitare la diffusione, tra i loro fruitori, di tutta una serie di altre gravi malattie respiratorie contagiose, la cui identificazione è preclusa dal considerare il SARS-CoV-2 come l'unico agente responsabile dei sintomi del COVID-19.**

LA CORRUZIONE NEL MONDO DEI FARMACI E DEI VACCINI

Nel libro dal titolo “Medicine letali e crimine organizzato” (30), Peter Gøtzsche, un tecnico delle sperimentazioni cliniche, descrive tutti i crimini (così li definisce l'Autore!) quotidianamente commessi dalle maggiori multinazionali del farmaco (quelle che producono e vendono anche i vaccini!), per “promuovere” i loro prodotti e fare fatturato. Il libro ha ricevuto il primo premio della British Medical Association (BMA), per il 2014, nell'ambito della categoria “Basis of Medicine” (Le Basi della Medicina).

Una sintesi sufficientemente descrittiva di quanto emerge da questo trattato, si può trovare nelle parole che vengono attribuite ad **un ex vicepresidente della Pfizer** e che **Richard Smith**, che ha lavorato per il **British Medical Journal dal 1979 al 2004** (gli ultimi 13 anni, in qualità di editore capo) riporta nella prefazione al libro di Gøtzsche: *“Fa paura pensare a tutte le **analogie che ci sono tra queste aziende e la criminalità organizzata**. La criminalità organizzata guadagna oscure montagne di denaro dalle sue attività, esattamente come queste aziende. Gli effetti collaterali del crimine organizzato, sono gli omicidi e le morti di molti, esattamente come per queste aziende. La*

criminalità organizzata corrompe gli uomini politici e molti altri, esattamente come fanno queste stesse aziende”.

Sempre nella sua presentazione al libro di Götzsche, Richard Smith afferma: *“Il nucleo centrale del libro è la raccolta delle prove a sostegno della tesi accusatoria secondo cui **le aziende farmaceutiche hanno sistematicamente favorito la corruzione delle ricerche di valutazione, al fine di accentuare gli effetti benefici e di minimizzare gli effetti negativi dei propri farmaci (e vaccini! N.d.R.) ... Egli (l’ Autore) mostra fino a che punto si siano spinte le aziende (farmaceutiche N.d.R.) nella **campagna acquisti** di medici, di professori universitari, di riviste mediche, di associazioni di professionisti e di utenti, di interi dipartimenti universitari, di giornalisti, di membri degli enti di controllo e di politici. Questo è il modo di procedere della criminalità organizzata”.***

A conferma della situazione di **degrado in cui versa la ricerca in campo biomedico, a causa delle pesanti interferenze sulla ricerca biomedica e clinica, legate agli interessi economici dell’industria farmaceutica**, è possibile consultare il documento ufficiale, redatto dal Comitato Nazionale per la Bioetica ed approvato nella seduta plenaria dell’8 Giugno del 2006 **(31)**, che, nella parte dedicata alle “considerazioni finali”, così si esprime:

*“Recentemente sono state descritte alcune delle **situazioni** che si vengono frequentemente a creare, **nelle quali l’obiettività della ricerca e quella dell’informazione scientifica che viene data ai medici, può venir messa in pericolo:***

- 1) *l’industria spesso non fornisce ai medici un’informazione neutrale e completa, ma un’informazione già indirizzata, creata nei propri uffici;*
- 2) *i farmaci prodotti sono spesso duplicati di altri farmaci già esistenti (i cosiddetti farmaci me-too) che non presentano vantaggi rispetto a questi ultimi e che vengono venduti a un prezzo superiore. L’industria promuove solitamente i medicinali più recenti e costosi e a tal fine a volte elargisce ai medici vari tipi di “doni” che inducono nei sanitari un atteggiamento incline all’iperprescrizione o alla prescrizione dei farmaci più costosi;*

- 3) *l'industria controlla e indirizza la ricerca attraverso i finanziamenti che elargisce all'Università;*
- 4) *l'industria a volte interrompe ricerche non favorevoli o ne impedisce la pubblicazione. In altri casi distorce una ricerca in corso, sostituendo gli obiettivi (end points) primari con obiettivi surrogati;*
- 5) *i dati bruti delle sperimentazioni clinico-farmacologiche rimangono spesso nelle mani dell'industria e non vengono mai messi a disposizione dei ricercatori che li hanno prodotti. A questi ultimi i dati vengono forniti soltanto quando sono stati rielaborati dagli uffici statistici delle aziende;*
- 6) *l'industria, in quanto "proprietaria dei risultati", non pubblica i risultati negativi;*
- 7) *le riviste scientifiche non pubblicano articoli con dati negativi perché di scarso interesse scientifico o commerciale;*
- 8) *l'industria condiziona, attraverso la pubblicità, le maggiori riviste mediche, i cui referees spesso hanno rapporti di dipendenza economica dalle aziende;*
- 9) *i medici che redigono le rassegne o le linee-guida sovente non sono davvero indipendenti dalle industrie.*
- 10) *anche le pubbliche amministrazioni spesso non sono indipendenti dalle industrie.*

Questi comportamenti scorretti -peraltro non estensibili a tutte le industrie- non escludono che un regime di libero mercato correttamente inteso e regolato abbia avuto e possa avere un ruolo centrale nel progresso della ricerca biomedica e nello sviluppo delle tecnologie ad essa relative. Essi però possono creare condizioni di conflitto d'interesse nell'ambito dei ricercatori biomedici e dei clinici nei confronti delle aziende con le quali vengono in contatto. Data la complessità della situazione reale, i rimedi possibili non appaiono privi di difficoltà e non possono condurre certamente a soluzioni definitive ..."

... nella speranza che le considerazioni sopra esposte possano illuminare che si appresta a trasformare in legge decreti infondati, discriminatori, contrari alla logica e alla Scienza Medica, oltretché lesivi e niente affatto protettivi della salute degli individui

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
2. <https://coronavirus.gimbe.org/>
3. https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2019/07/IFPMA-ComplexJourney-2019_FINAL.pdf
4. Mullard A. COVID-19 vaccine development pipeline gears up. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1751-1752. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31252-6. PMID: 32505245; PMCID: PMC7272155
5. https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/vaccine_report_e.pdf
6. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/coronavirus-vaccines-strategy_en
7. Excler JL, Saville M, Berkley S, Kim JH. Vaccine development for emerging infectious diseases. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):591-600. doi: 10.1038/s41591-021-01301-0. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33846611
8. Cheng H, Peng Z, Luo W, Si S, Mo M, Zhou H, Xin X, Liu H, Yu Y. Efficacy and Safety of COVID-19 Vaccines in Phase III Trials: A Meta-Analysis. *Vaccines (Basel)*. 2021 Jun 1;9(6):582. doi: 10.3390/vaccines9060582. PMID: 34206032; PMCID: PMC8228087
9. Han S. Clinical vaccine development. *Clin Exp Vaccine Res*. 2015 Jan;4(1):46-53. doi: 10.7774/cevr.2015.4.1.46. Epub 2015 Jan 30. PMID: 25648742; PMCID: PMC4313108

10. Shiravi AA, Ardekani A, Sheikhabaei E, Heshmat-Ghahdarijani K. Cardiovascular Complications of SARS-CoV-2 Vaccines: An Overview. *Cardiol Ther.* 2021 Nov 29;1–9. doi: 10.1007/s40119-021-00248-0. Epub ahead of print. PMID: 34845662; PMCID: PMC8629102
11. Esba LCA, Al Jeraisy M. Reported adverse effects following COVID-19 vaccination at a tertiary care hospital, focus on cerebral venous sinus thrombosis (CVST). *Expert Rev Vaccines.* 2021 Aug;20(8):1037-1042. doi: 10.1080/14760584.2021.1940145. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34092166; PMCID: PMC8220435.
12. Han T, Ma W, Zhang Y, Wang C. Be Alert to the Risk of Adverse Cardiovascular Events after COVID-19 Vaccination. *Explor Res Hypothesis Med.* Published online: Aug 24, 2021. doi: 10.14218/ERHM.2021.00033
13. Bozkurt B, Kamat I, Hotez PJ. Myocarditis With COVID-19 mRNA Vaccines. *Circulation.* 2021 Aug 10;144(6):471-484. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34281357; PMCID: PMC8340726
14. Montgomery J, Ryan M, Engler R, Hoffman D, McClenathan B, Collins L, Loran D, Hrnair D, Herring K, Platzer M, Adams N, Sanou A, Cooper LT Jr. Myocarditis Following Immunization With mRNA COVID-19 Vaccines in Members of the US Military. *JAMA Cardiol.* 2021 Oct 1;6(10):1202-1206. doi: 10.1001/jamacardio.2021.2833. PMID: 34185045; PMCID: PMC8243257
15. Witberg G, Barda N, Hoss S, Richter I, Wiessman M, Aviv Y, Grinberg T, Auster O, Dagan N, Balicer RD, Kornowski R. Myocarditis after Covid-19 Vaccination in a Large Health Care Organization. *N Engl J Med.* 2021 Dec 2;385(23):2132-2139. doi: 10.1056/NEJMoa2110737. Epub 2021 Oct 6. PMID: 34614329; PMCID: PMC8531986

16. Tobaigy M, MacLure K, Elkout H, Stewart D. Thrombotic Adverse Events Reported for Moderna, Pfizer and Oxford-AstraZeneca COVID-19 Vaccines: Comparison of Occurrence and Clinical Outcomes in the EudraVigilance Database. *Vaccines (Basel)*. 2021 Nov 15;9(11):1326. doi: 10.3390/vaccines9111326. PMID: 34835256; PMCID: PMC8624459
17. Doshi P. Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us. *BMJ*. 2020 Oct 21;371:m4037. doi: 10.1136/bmj.m4037. PMID: 33087398
18. Trogen B, Oshinsky D, Caplan A. Adverse Consequences of Rushing a SARS-CoV-2 Vaccine: Implications for Public Trust. *JAMA*. 2020 Jun 23;323(24):2460-2461. doi: 10.1001/jama.2020.8917. PMID: 32453392
19. Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis*. 2021 Feb;21(2): e26-e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33125914; PMCID: PMC7837315
20. <https://www.fda.gov/media/142749/download>
21. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
22. Roussel Y, Giraud-Gatineau A, Jimeno MT, Rolain JM, Zandotti C, Colson P, Raoult D. SARS-CoV-2: fear versus data. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 May;55(5):105947. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105947. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32201354; PMCID: PMC7102597
23. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>
24. <https://www.ilriformista.it/astrazeneca-dallapprovazione-allo-stop-temporaneo-il-vaccino-anti-covid-sospeso-in-mezza-europa-203437/>

25. <https://www.agi.it/cronaca/news/2021-03-15/mezza-europa-sospeso-vaccinazioni-astazeneca-precauzione-11788887/>
26. Doshi P. Covid-19 vaccine trial protocols released. *BMJ*. 2020 Oct 21;371:m4058. doi: 10.1136/bmj.m4058. PMID: 33087395
27. Subramanian SV, Kumar A. Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. *Eur J Epidemiol*. 2021 Sep 30:1–4. doi: 10.1007/s10654-021-00808-7. Epub ahead of print. PMID: 34591202; PMCID: PMC8481107
28. Ciotti M, Maurici M, Santoro V, Coppola L, Sarmati L, De Carolis G, De Filippis P, Pica F. Viruses of Respiratory Tract: an Observational Retrospective Study on Hospitalized Patients in Rome, Italy. *Microorganisms*. 2020 Apr 1;8(4):501. doi: 10.3390/microorganisms8040501. PMID: 32244685; PMCID: PMC7232519
29. Colson P, La Scola B, Esteves-Vieira V, Ninove L, Zandotti C, Jimeno MT, Gazin C, Bedotto M, Filosa V, Giraud-Gatineau A, Chaudet H, Brouqui P, Lagier JC, Raoult D. Letter to the editor: Plenty of coronaviruses but no SARS-CoV-2. *Euro Surveill*. 2020 Feb;25(8):2000171. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.8.2000171. PMID: 32127122; PMCID: PMC7055040
30. Gøtzsche PC: *Medicine letali e crimine organizzato*. Giovanni Fioriti Editore s.r.l. ISBN 978-88-99318-01-7
31. http://presidenza.governo.it/bioetica/testi/Conflitti_interessi.pdf

In fede

Dr. Domenico Mastrangelo
Specialista in Ematologia, Oncologia, Farmacologia Clinica
Università degli Studi di Siena
Email mastrangelod10@gmail.com
Tel.: 3921640476



Dr. Domenico Mastrangelo
Specialista in Ematologia, Oncologia,
Farmacologia Clinica
Università degli Studi di Siena
n. Iscrizione Ordine: 2698
Tel. 0577.234044