

Iniezioni COVID-19: danni e conseguenze, una conclusione non esaustiva

Dott. Andrew Zywiec

Dott.ssa Irene Mavrakakis

Dott. Peter McCullough

Nicolas Hulscher, MPH

Aaron Kheriaty, MD

Dott. Paul Marik

Dott. James Thorp

Marivic Villa, MD

Charles Rixey, MA

Tenente Edward Macie, USN MSC

Abraxas Hudson

ASTRATTO

Prove convincenti dimostrano che i vaccini/biologici a base di mRNA modificato per SARS-CoV-2 e SARS-CoV-2 sono il risultato di ricerche sul guadagno di funzione (GOF), con caratteristiche genomiche e risultati vaccinali che suggeriscono un'ingegnerizzazione deliberata piuttosto che un'evoluzione naturale. Lunghi dall'essere benigni, questi vaccini hanno provocato danni profondi, alterando quasi ogni sistema del corpo umano e contribuendo a livelli senza precedenti di morbidità e mortalità. Dalle malattie autoimmuni e dalle catastrofi cardiovascolari alle complicazioni della gravidanza e ai tumori aggressivi, il quadro di tossicità sistemica non può essere liquidato come casuale. Sono necessari urgenti controlli e assunzione di responsabilità.

Origini del SARS-CoV-2 e dei vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato per il SARS-CoV-2

La giustificazione per la piattaforma vaccinale a mRNA contro il pancoronavirus del dottor Anthony Fauci, lanciata prima della pandemia, era quella di creare contromisure mediche per proteggere da potenziali minacce biologiche, naturali e non naturali.^{1,2} Esiste una lunga storia di coinvolgimento degli Stati Uniti e della Cina nella ricerca sul guadagno di funzione (GOF) e nelle tecniche di manipolazione virale,³ tra cui una collaborazione di lunga data tra istituzioni finanziate dagli Stati Uniti e il Wuhan Institute of Virology (WIV).⁴ In particolare, la proposta DEFUSE presentata da EcoHealth Alliance alla Defense Advanced Research Projects Agency (DARPA) nel 2018 descriveva la creazione intenzionale di coronavirus chimerici con maggiore infettività, tra cui caratteristiche come il sito di scissione della furina (FCS) e inserti simili al virus dell'immunodeficienza umana (HIV).⁵

Il SARS-CoV-2 presenta molteplici caratteristiche genomiche indicative di manipolazioni di laboratorio. L'FCS è una rara inserzione nei coronavirus che aumenta l'infettività ed è assente nei virus SARS-simili presenti in natura. Contiene elementi solitamente rimossi nella progettazione dei vaccini a causa del loro potenziale di interferenza immunologica, tra cui il cambio di classe delle IgG.^{6,7} Il virus include altre caratteristiche insolite come un epitopo del canale del sodio epiteliale (ENAC),⁸ recettori non integrinici specifici delle cellule dendritiche che catturano la molecola di adesione intercellulare 3 (DC-SIGN),⁹ e un motivo superantigenico simile all'enterotossina stafilococcica B (SEB),¹⁰ che si ritiene aumentino l'evasione immunologica e la trasmissibilità per aerosol. I suoi virioni sono insolitamente durevoli,¹¹ e cinque volte più stabili nell'aria rispetto a quelli della sindrome respiratoria acuta grave (SARS) o della sindrome respiratoria mediorientale (MERS).¹² Queste caratteristiche combinate, insieme ai modelli di mutazione del virus, costituiscono una solida prova che il SARS-CoV-2 non avrebbe potuto evolversi naturalmente. Inoltre, importanti scienziati militari della NATO hanno classificato il SARS-CoV-2 come il quarto agente patogeno più attraente tra 34 armi biologiche note o potenziali.^{13,14} Il virus (e il vaccino) contengono prove di manipolazione, e quelle specifiche

le manipolazioni corrispondono agli obiettivi di quattro delle sette categorie di esperimenti GOF.¹⁵ Infine, tali manipolazioni rappresentano una violazione della Convenzione sulle armi biologiche.¹⁶

Soppressione delle informazioni e sviluppo precoce del vaccino

Il rapido sviluppo di un prototipo di vaccino da parte del Vaccine Research Center (VRC) di Fauci e Moderna entro il 13 gennaio 2020,¹⁷ Prima che la trasmissione interumana fosse ufficialmente confermata, ha rivelato una comprensione precoce dell'elevato potenziale di diffusione su larga scala del virus, ma questa consapevolezza è stata nascosta a medici e infermieri che curavano i primi pazienti affetti da Coronavirus 2019 (COVID-19). Una teleconferenza del 1° febbraio 2020, convocata da Fauci e Jeremy Farrar, mirava a dissipare le preoccupazioni relative agli inserti simil-HIV e al FCS. Il documento ampiamente citato sull'"origine prossimale" è stato coordinato dai partecipanti a quella teleconferenza per screditare le teorie sull'origine in laboratorio.¹⁸ Gli scienziati che hanno redatto o supportato questo articolo erano già stati coinvolti in un simile controllo narrativo durante le controversie sull'origine dell'HIV, la sindrome della Guerra del Golfo e l'epidemia di Ebola del 2014.¹⁹ Inoltre, Kelvin Droegemeier dell'Ufficio per la politica scientifica e tecnologica della Casa Bianca (OSTP) ha collaborato con Fauci per nascondere all'amministrazione Trump informazioni sui legami della ricerca del GOF con il WIV.²⁰

L'occultamento deliberato di caratteristiche genomiche critiche ha ritardato la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e gli sforzi di mitigazione della pandemia, consentendo potenzialmente una diffusione più ampia e un aumento dei decessi. Il mantenimento di caratteristiche virali ad alto rischio sia nel virus che nella progettazione del vaccino contraddice decenni di pratiche di sviluppo di vaccini sicuri. Trattamenti comprovati o promettenti come l'idrossiclorochina,²¹ vitamina D e inibitori della fusione²² sono stati soppressi a favore di una strategia basata sul vaccino. L'emergere di disregolazioni del sistema immunitario, come il cambio di classe delle IgG4 e l'aumentata vulnerabilità al cancro e alle malattie neurodegenerative, è legata sia alle proprietà virali, in particolare alla scissione della furina,²³ e risposte al vaccino mRNA.²⁴ La sovrapposizione tra la virologia moderna e la ricerca storica sulle armi biologiche, compresi elementi come i superantigeni SEB²⁵ e i siti di scissione della furina, solleva preoccupazioni sulla ricerca a duplice uso e sui limiti etici della ricerca scientifica.²⁶

FCS, inserti simili all'HIV, disregolazione immunologica e costruzione virale chimerica²⁷ erano quattro le caratteristiche chiave descritte come obiettivi del progetto all'interno della proposta DEFUSE che EcoHealth Alliance ha presentato alla DARPA nel marzo 2018. Né Fauci né la comunità di intelligence statunitense hanno divulgato questa proposta in una testimonianza o nel "Rapporto Biden" sull'origine del SARS-CoV-2;²⁸ hanno offuscato quella che, di fatto, è la prova dell'intenzione di produrre un virus molto simile a quello che ha causato la pandemia di COVID-19.

Anomalie del database di epidemiologia medica della difesa

Il Defense Medical Epidemiology Database (DMED), parte del Defense Medical Surveillance System (DMSS), consente di interrogare dati medici anonimizzati, codificati secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) per il personale in servizio attivo, filtrabili per dati demografici e categorie professionali. Nel 2021, i whistleblower hanno segnalato aumenti significativi delle condizioni mediche rispetto ai valori di riferimento del periodo 2016-2020, sollecitando l'attenzione del Congresso. Il Dipartimento della Difesa (DoD) ha attribuito questi dati a un "errore logico di programmazione".²⁹ Nel 2023, i dati DMED aggiornati del 2021 hanno confermato diagnosi elevate, tra cui malattia ipertensiva (22,9%), disfunzione ovarica (34,9%), embolia polmonare (43,6%), sindrome di Guillain-Barré (GBS) (14,9%), cancro esofageo (12,5%), cancro al seno (7%) e miocardite non specificata (151,4%).³⁰

Ulteriori analisi condotte e verificate dal tenente Edward Macie, USN, fino ad aprile 2025, utilizzando la linea di base 2016-2020, hanno mostrato aumenti persistenti: miocardite (153,8% nel 2023), miocardite infettiva (168,5% nel 2021, 122% nel 2022, 14% nel 2023), cancro dell'organo digerente (15,8% nel 2021, 30,2% nel 2022, 46,3% nel 2023, 43% nel 2024), cancro al cervello (27,2% nel 2021, 39% nel 2022, 40,1% nel 2023) e difetti della coagulazione (25,3% nel 2021, 58% nel 2022, 31,8% nel 2023). Altre condizioni, potenzialmente correlate al vaccino, includevano sovrappeso/obesità (27% nel 2021, 69% nel 2022, 162% nel 2023, 262% nel 2024), ideazione suicida/omicida (45,6% nel 2021, 67% nel 2022, 80,1% nel 2023, 85,6% nel 2024) e lesioni da scivolamento/inciampo/caduta (410% nel 2021, 867% nel 2022).³¹

Durante il periodo di validità del vaccino contro il COVID-19, circa 95.000 militari si sono congedati, sono andati in pensione anticipatamente o sono stati congedati per motivi di salute, sollevando preoccupazioni circa la preparazione medica militare.³² Il Dipartimento della Difesa non ha confermato impatti secondari sulla salute. Le preoccupazioni etiche includono violazioni del Religious Freedom Restoration Act, della Costituzione degli Stati Uniti e delle politiche di esenzione del Dipartimento della Difesa, oltre alla coercizione per ottenere un prodotto con autorizzazione all'uso di emergenza, in violazione degli articoli 10 USC §§ 1107 e 1107a.

Disfunzione autoimmune e immunologica

È stato dimostrato che la vaccinazione contro il COVID-19 ha un impatto significativo sull'insorgenza di malattie autoimmuni e disfunzioni immunologiche. Chen et al. hanno esaminato i fenomeni autoimmuni post-vaccinazione, tra cui la sindrome di Guillain-Barré di nuova insorgenza, la trombocitopenia trombotica immune (PTI), l'epatite autoimmune, la nefropatia da IgA, il lupus eritematoso sistemico (LES) e l'artrite reumatoide (AR), sottolineando meccanismi come il mimetismo molecolare e l'attivazione dei linfociti autoreattivi indotta dall'adiuvante.³³ Rodríguez et al. hanno condotto una revisione sistematica di 928 casi di malattia autoimmune post-vaccinazione, segnalando che l'81,5% era di nuova insorgenza, mentre il resto rappresentava ricadute. Tra le condizioni gravi figuravano miocardite, trombocitopenia ed encefalite autoimmune, con il 4,7% dei nuovi casi che ha portato al decesso.³⁴ Il modello osservato è in linea con i dati clinici emergenti provenienti da una coorte della Florida di 817 pensionati con danno da vaccino, di cui oltre il 70% presentava evidenza di autoimmunità. Questi risultati sottolineano la necessità di una rivalutazione urgente della sicurezza dei vaccini a mRNA, in particolare nelle popolazioni anziane o immunologicamente vulnerabili.

I dati della coorte della Florida di 817 pensionati danneggiati dal vaccino dimostrano un modello coerente di alterazione del sistema immunitario in seguito alla vaccinazione mRNA contro il COVID-19.³⁵ Retrospectiva L'analisi ha rivelato che oltre l'80% presentava anomalie immunologiche misurabili. Tra queste, lo sviluppo di malattie autoimmuni, deficit dell'immunità sia cellulo-mediata che umorale e frequente riattivazione di infezioni virali latenti. L'evidenza meccanicistica supporta queste osservazioni cliniche.

Patterson et al. hanno identificato la proteina spike S1 persistente nei monociti circolanti di individui vaccinati con COVID lungo, suggerendo un'esposizione prolungata all'antigene e un'attivazione immunologica.³⁶ Trougakos et al. hanno proposto che la proteina spike stessa, indipendentemente dalla fonte, possa compromettere la funzione immunologica e vascolare.³⁷ Peluso et al. e Santopaolo et al. hanno scoperto che gli individui con sequele post-acute di COVID-19 (PASC) hanno mostrato un'attivazione prolungata delle cellule T specifiche per SARS-CoV-2 e citochine infiammatorie elevate, come l'interleuchina-6 (IL-6) e il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF-α), persistenti per mesi dopo la malattia acuta, suggerendo una disregolazione immunologica a lungo termine che potrebbe essere parallela alle sindromi indotte dal vaccino.^{38,39} Choutka et al. hanno inoltre dimostrato che il COVID-19 provoca un'estesa disregolazione delle cellule T caratterizzata da linfopenia, esaurimento e profili citochinici aberranti, che persistono nel PASC e possono anche derivare dall'esposizione ripetuta al virus spike tramite vaccinazione a mRNA.⁴⁰ Nel complesso, questi risultati implicano che la persistenza e la tossicità della proteina spike siano potenziali fattori scatenanti della disfunzione immunologica post-vaccinazione.

Studi preliminari di Villa et al. mostrano che i marcatori autoimmuni sono stati rilevati nel 74,79% dei pazienti, con manifestazioni che vanno dalla positività agli anticorpi antinucleo (ANA) alla produzione di anticorpi antiperoxidasi tiroidea (anti-TPO) e marcatori delle malattie del tessuto connettivo.⁴¹ Contemporaneamente, il 54,71% dei pazienti ha mostrato segni oggettivi di immunodeficienza: il 32,07% presentava deficit di cellule T (mediati da cellule) e il 21,91% presentava disfunzioni umorali, tra cui deficit di sottoclassi di IgG e una sindrome simil-COVID. Risultati simili sono stati osservati in altri studi di Watad et al. e Vojdani et al.^{42,43} In particolare, la riattivazione virale, tra cui il virus di Epstein-Barr (EBV), il virus herpes simplex (HSV), l'herpesvirus umano-6 (HHV-6), il citomegalovirus (CMV) e l'infezione batterica latente con *Borrelia burgdorferi*, è stato documentato in oltre il 90% dei soggetti valutati, in linea con una sorveglianza immunologica compromessa.⁴¹⁻⁴³ Gold et al. hanno scoperto che la riattivazione dell'EBV era fortemente associata alla persistenza di sintomi prolungati di COVID, il che suggerisce che la destabilizzazione immunologica post-infezione o vaccinazione potrebbe consentire la fuoriuscita del virus latente.⁴⁴ Proal e Van Elzakker hanno proposto che la persistenza virale, l'esaurimento immunologico e i cambiamenti del microbioma siano fattori chiave che contribuiscono alle sindromi post-virali croniche come la PASC, sottolineando i parallelismi con le sequele immunologiche indotte dai vaccini.⁴⁵ Pellegrino et al. hanno inoltre dimostrato che gli herpesvirus come EBV e HHV-6 sono collegati all'insorgenza di autoimmunità tramite mimetismo molecolare e stimolazione immunologica cronica, rafforzando la preoccupazione che la disregolazione immunologica indotta dal vaccino possa innescare la riattivazione e l'autoimmunità negli individui predisposti.⁴⁶ Questi risultati non sono isolati; riecheggiano preoccupazioni più ampie documentate in meta-analisi di alto livello che identificano un aumento del rischio di infiammazione specifica di un organo, come la miocardite, a seguito della vaccinazione con mRNA.⁴⁷

Ipersensibilità e tempeste di citochine

Ulteriori prove suggeriscono che i vaccini anti-COVID-19 a base di mRNA possono scatenare reazioni di ipersensibilità mediate dalle IgE in individui predisposti, portando potenzialmente a gravi tempeste citochiniche. L'esposizione ripetuta ad antigeni virali, come la proteina spike del SARS-CoV-2, o a componenti del vaccino come nanoparticelle lipidiche (LNP) e polietilenglicole (PEG), può sensibilizzare il sistema immunitario.⁴⁸ Questa predisposizione aumenta il rischio di gravi reazioni in caso di riesposizione, indotte dagli anticorpi IgE che attivano i mastociti, rilasciando istamina e citochine infiammatorie. Queste risposte iperinfiammatorie, caratterizzate da un eccessivo rilascio di citochine, possono causare danni ai tessuti, anafilassi e, in rari casi, morte.

I farmaci biologici/vaccini a mRNA modificato, compresi quelli di Pfizer e Moderna, possono indurre sensibilizzazione IgE alla proteina spike, al PEG o agli LNP. Le vaccinazioni ripetute aumentano i livelli di IgE, aumentando il rischio di tempeste citochiniche in caso di esposizioni successive. Queste tempeste comportano degranulazione dei mastociti, picchi di istamina e un massiccio rilascio di citochine, con conseguenti manifestazioni cliniche che vanno da lievi reazioni allergiche (ad esempio, eruzioni cutanee, orticaria) a esiti gravi, come anafilassi o eventi cardiovascolari, tra cui la sindrome di Kounis, in cui l'anafilassi scatena la sindrome coronarica acuta.^{49, 50} Una recente revisione di 25 studi di coorte e otto casi clinici o serie ha riportato incidenze di anafilassi da 8 ogni 100.000 a 5 ogni 1.000 dosi per Pfizer (1.151 casi), da 2 ogni 100.000 a 1 ogni 100 dosi per Moderna (544 casi), da 1 ogni 10.000 a 3 ogni 100 dosi per AstraZeneca (875 casi) e 2 ogni 1.000 dosi per Janssen (59 casi).⁴⁹ L'anafilassi è più frequentemente associata ai vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato.

Il concetto di anafilassi, descritto da Charles Richet nella sua conferenza Nobel del 1913, evidenzia come l'esposizione ripetuta all'antigene possa provocare gravi reazioni allergiche.⁵¹ Nei vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato, la proteina spike, in particolare la sua subunità S1, e gli LNP agiscono come potenti fattori immunologici, stimolando citochine infiammatorie come IL-1 β e IL-6. Il rilascio di istamina dai mastociti amplifica la secrezione di IL-6, contribuendo potenzialmente alla miocardite o a eventi coronarici acuti.⁵⁰ Un recente studio italiano ha riportato un rischio di mortalità per tutte le cause più elevato nei soggetti che hanno ricevuto una o due dosi di vaccino rispetto ai non vaccinati, con i richiami che non hanno mostrato alcun effetto protettivo. È stata osservata una maggiore perdita di aspettativa di vita tra coloro che hanno ricevuto dosi multiple.⁵² Gli studi autoptici hanno rilevato un aumento della mortalità per tutte le cause in alcuni individui vaccinati, con decessi avvenuti poco dopo la vaccinazione, suggerendo che reazioni immunologiche acute come tempeste di citochine o anafilassi possano essere potenziali fattori contribuenti.^{52, 53}

La proteina spike, combinata con adiuvanti infiammatori come gli LNP, aumenta il rischio di reazioni mediate dalle IgE. Una revisione sistematica ha indicato che le proteine spike ampiamente distribuite possono scatenare condizioni autoimmuni e infiammatorie, aumentando la morbidità.⁵⁴ Un'altra revisione ha suggerito che la gravità del COVID-19 negli individui vaccinati potrebbe essere iatrogena, determinata dalla sensibilizzazione delle IgE alle proteine omologhe del SARS-CoV-2, presenti nei componenti o negli eccipienti del vaccino. Queste proteine sono legate alla degranulazione dei mastociti, al rilascio di istamina e alle cascate immunologiche, contribuendo alla morbidità e alla mortalità nei pazienti vaccinati con COVID-19.⁵⁵

Eventi avversi cardiovascolari

Dati sostanziali indicano ora che la vaccinazione a mRNA contro il COVID-19 è associata a gravi esiti avversi cardiovascolari. Quattro studi fondamentali, che hanno coinvolto complessivamente 184 milioni di individui, forniscono risultati convincenti e coerenti sul profilo di sicurezza di questi prodotti.

In uno studio di coorte condotto da Faksova et al. (n = 99 milioni), i ricercatori hanno segnalato un aumento del 510% del rischio di miocardite a seguito della vaccinazione con mRNA, un aumento del 278% del rischio di encefalomyelite acuta disseminata (ADEM), un aumento del 223% del rischio di trombosi del seno venoso cerebrale (CVST) a seguito della vaccinazione con vettore virale e un aumento del 149% del rischio di GBS, anch'esso associato alle piattaforme con vettore virale.⁵⁶ Allo stesso modo, Raheleh et al. (n = 85 milioni) hanno identificato un aumento del 286% del rischio di infarto miocardico dopo la seconda dose di vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato, un aumento del 240% del rischio di ictus dopo la prima dose, un aumento del 244% del rischio di malattia coronarica dopo la seconda dose e un aumento del 199% del rischio di aritmia cardiaca dopo la prima dose.⁵⁷ Questi effetti cardiovascolari deleteri sono probabilmente dovuti all'assorbimento del vaccino nel cuore, che provoca la produzione della proteina spike dei cardiomiociti, infiammazione e, infine, cicatrici irreversibili.⁵⁸

Hulscher et al., attraverso l'analisi di 325 casi autoptici, hanno dimostrato un'elevata probabilità di una relazione causale tra la vaccinazione contro il COVID-19 e la morte, mediata da lesioni a più organi. Questa rappresenta una delle più solide conferme patologiche della mortalità indotta dal vaccino fino ad oggi.⁵⁹ Inoltre, Alessandria et al. (n = 290.727) hanno riferito che gli individui che hanno ricevuto due dosi di vaccino COVID-19 hanno sperimentato una riduzione del 37% dell'aspettativa di vita rispetto agli individui non vaccinati durante il periodo di follow-up.⁵²

Questo profondo danno cardiovascolare suscita grave preoccupazione per la patologia acuta e la potenziale morbidità e mortalità, in particolare tra i 9 milioni di bambini americani,⁶⁰ che continuano a ricevere questi prodotti, esclusi i nati.

Rischi riproduttivi e correlati alla gravidanza

La sicurezza dei vaccini contro il COVID-19 nelle donne in gravidanza è stata messa in discussione a causa di eventi avversi segnalati che hanno interessato la salute materna, fetale e neonatale. Il rapporto di sorveglianza post-marketing di Pfizer, completato a febbraio 2021, ha documentato 42.086 eventi avversi, inclusi 1.223 decessi, entro 10 settimane dalla distribuzione del vaccino.⁶¹ Gli esiti correlati alla gravidanza hanno mostrato un tasso di aborto spontaneo dell'81%, con 26 casi su 32 che hanno comportato l'interruzione della gravidanza. Queste informazioni sono limitate dalla mancanza di follow-up da 238 casi su 270, ma richiedono ulteriori indagini. I tassi di natimortalità e mortalità neonatale sono stati di 31 su 1.000, rispetto ai tassi attesi rispettivamente di 5,8 e 3,9 su 1.000. Complicanze dell'allattamento al seno si sono verificate nel 13% dei casi (17/133). Anche questo dato sembra essere sostanzialmente superiore a quanto previsto dalla letteratura. Uno studio di Shimabukuro et al., pubblicato su *Rivista di medicina del New England* nell'aprile 2021, è stato segnalato un tasso di aborto spontaneo del 12,6% tra le donne incinte vaccinate.⁶² Una nuova analisi ha suggerito un tasso dell'82%, paragonabile a quello della pillola abortiva RU-486.⁶³⁻⁶⁵ Lo Shimabukuro

Lo studio è stato criticato per questioni metodologiche e conflitti di interesse, tra cui i finanziamenti farmaceutici.⁶⁶ La maggior parte delle donne nello studio (700/827) è stata vaccinata nel terzo trimestre, creando una falsa diluizione dei tassi di aborto spontaneo, poiché si trova al di fuori della finestra di aborto del primo o dell'inizio del secondo trimestre. Una volta aggiustati per gli aborti spontanei del primo o dell'inizio del secondo trimestre, i valori erano 104/127, ovvero un tasso dell'82%. Questa discrepanza indica gli effetti del vaccino sulle prime fasi della gravidanza, probabilmente attraverso meccanismi immunologici o placentari.

Il Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) ha evidenziato segnali di sicurezza. Una lettera del 2022 all'American Board of Obstetrics and Gynecology citava i dati del VAERS che mostravano un aumento del rischio di aborto spontaneo, malformazioni fetali e perdite di gravidanza, supportati da 1.019 articoli sottoposti a revisione paritaria sui danni da vaccino entro 12 mesi dalla distribuzione, un numero che è salito a 3.580 entro giugno 2024.^{67,68} Uno studio del 2023 di Thorp et al. ha confrontato gli eventi avversi nei 18 mesi successivi alla vaccinazione contro il COVID-19 con quelli nei 282 mesi successivi alla vaccinazione antinfluenzale, riscontrando rapporti di segnalazione proporzionale (PRR) di 177 per aborto spontaneo, 135 per natimortalità e 4.257 per anomalie mestruali, con *P*-valori <0,000001.⁶⁹ A titolo di riferimento, un PRR > 1 suggerisce un potenziale segnale di sicurezza. Un'analisi del 2025 ha valutato 37 eventi avversi in 40 mesi, identificando violazioni nei segnali di sicurezza CDC/FDA per esiti come preeclampsia e asfissia neonatale, con *P*-valori ≤0,001.⁶⁴ Questi dati suggeriscono rischi di gravidanza più elevati con i vaccini contro il COVID-19 rispetto ad altri vaccini, probabilmente a causa degli effetti sulla placenta o sul feto.

La sperimentazione clinica di fase 2/3 di Pfizer, completata nel luglio 2023, ha valutato il vaccino su 324 donne in gravidanza a basso rischio, di cui 161 vaccinate e 163 che hanno ricevuto placebo.⁷⁰ Il gruppo vaccinato ha mostrato un aumento delle complicanze neonatali, tra cui un aumento del 100% dei bassi punteggi di Apgar, un aumento dell'80% dell'ittero neonatale, un aumento del 70% delle malformazioni congenite e un aumento del 310% delle anomalie congenite con ritardi dello sviluppo a sei mesi. L'attenzione dello studio su donne a basso rischio tra la 24a e la 34a settimana di gestazione ne limita l'ampia applicabilità e solleva preoccupazioni sulla selezione dei dati per esiti favorevoli. In ogni caso, questi esiti suggeriscono che il trasferimento transplacentare di componenti del vaccino o l'attivazione immunologica influiscano sulla salute fetale.

Alcuni studi hanno anche identificato l'mRNA del vaccino in grado di attraversare le barriere biologiche. Uno studio del 2024 di Lin et al. ha confermato il trasferimento transplacentare dell'mRNA nel sangue fetale, con mRNA bioattivo che induce l'espressione della proteina spike nella placenta e nella decidua, spiegando potenzialmente le anomalie placentari.^{64,71} Una ricerca condotta da Hanna et al. nel 2022 e nel 2023 ha rilevato mRNA intatto nel latte materno, suggerendo l'esposizione del neonato.^{72,73} Nel 2022, Aldén et al. hanno dimostrato la trascrizione inversa in vitro dell'mRNA del vaccino nelle cellule epatiche umane, sollevando preoccupazioni circa l'integrazione genomica.⁷⁴ Questi risultati indicano effetti sullo sviluppo o immunologici nei feti o nei neonati derivanti dall'esposizione all'mRNA.

Segnali di sicurezza VAERS e preoccupazioni sulla contaminazione dei vaccini

Il sistema VAERS è progettato per la sorveglianza post-marketing di vaccini e prodotti biologici, compensando i limitati studi sulla sicurezza pre-marketing mediante l'identificazione di segnali di sicurezza precoci.⁷⁵ Tuttavia, il rapporto Lazarus indica che solo l'1-10% degli eventi avversi vengono segnalati al VAERS, il che richiede cautela

interpretazione dei dati. All'11 marzo 2022, il VAERS ha registrato 25.641 decessi e 1.183.493 segnalazioni di eventi avversi correlati ai vaccini contro il COVID-19.⁷⁶ Al contrario, il programma di vaccinazione contro l'influenza suina del 1976 fu interrotto dal presidente Gerald Ford a causa di alcuni decessi e di oltre 200 casi di GBS.⁷⁷ Nonostante siano stati segnalati 5.500 casi di GBS e mielite trasversa collegati ai vaccini contro il COVID-19, questi farmaci biologici continuano a essere utilizzati, anche su oltre 9 milioni di bambini, evidenziando una significativa disparità nelle risposte normative agli eventi avversi.⁷⁸

La contaminazione del vaccino ha aggravato i problemi di sicurezza. Laboratori indipendenti hanno identificato DNA plasmidico, inclusa la sequenza del virus delle scimmie 40 (SV40), promotore del cancro, nel vaccino Pfizer.⁷⁹⁻⁸³ Un rapporto del 2024 di McKernan ha confermato la presenza di SV40 e di DNA plasmidico nelle biopsie di un paziente oncologico vaccinato.⁸⁴ Se questo DNA si integrasse nel genoma, potrebbe portare a trasformazioni cellulari o ad anomalie genetiche, in particolare nelle donne incinte e nella loro prole.

Aumento dei tumori aggressivi

Dal 2021, in seguito alla vaccinazione su larga scala contro il COVID-19, gli oncologi e i case report sottoposti a revisione paritaria hanno notato un aumento dei tumori aggressivi che si verificano dopo la vaccinazione.⁸⁵⁻⁹⁶ Questi tumori sono caratterizzati da un'insorgenza rapida, una presentazione in fase avanzata, la comparsa in pazienti più giovani e ricadute in individui precedentemente in remissione. I dati epidemiologici provenienti da Stati Uniti, Regno Unito e Giappone indicano un aumento dell'incidenza del cancro, in particolare nelle persone di età pari o superiore a 75 anni, con un tasso crescente di decessi in eccesso.⁹⁷⁻¹⁰² Il primo passo nella ricerca scientifica è l'osservazione, come dimostrano le osservazioni aneddotiche dell'oncologo Kashyap Patel, che ha notato un aumento di tumori rari come il colangiocarcinoma nei pazienti più giovani e una rapida progressione di tumori come il carcinoma mammario e renale dall'inizio della pandemia di COVID-19.¹⁰⁰

Secondo Valdes e Perea, i vaccini contro il COVID-19 potrebbero generare un ambiente pro-tumorigeno che predispone i pazienti oncologici alla progressione del cancro, alla recidiva e/o alle metastasi.¹⁰³

Sono stati proposti diversi meccanismi biologici per spiegare l'oncogenesi correlata ai vaccini. L'ipotesi multi-hit di Valdes e Perea suggerisce che molteplici vie contribuiscono allo sviluppo del cancro.¹⁰³ La linfopenia, comune dopo una forma grave di COVID-19, è stata segnalata anche dopo la vaccinazione e può compromettere la sorveglianza immunologica.¹⁰⁴⁻¹⁰⁷ Il picco indotto dal vaccino le proteine potrebbero legare i linfociti tramite percorsi indipendenti dall'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), innescando l'apoptosi, mentre l'esposizione ripetuta all'antigene dai richiami potrebbe aumentare la morte programmata-1 (PD-1) sui linfociti T, portando all'esaurimento immunologico.¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ La segnalazione prolungata dell'interferone e gli aumenti dell'IL-6 potrebbero sopprimere ulteriormente la linfopoiesi.¹⁰⁵ La linfopenia riduce le popolazioni di cellule T CD4+/CD8+, indebolendo le risposte antitumorali e consentendo l'evasione immunologica. La linfopenia cronica può innescare la proliferazione compensatoria delle cellule T esaurite, favorendo ambienti pro-infiammatori associati a malattie cardiovascolari e metaboliche. Elevati livelli di proteina C-reattiva (PCR) e di ampiezza di distribuzione dei globuli rossi (RDW) accompagnano spesso la linfopenia, riflettendo un'infiammazione sistemica che sopprime l'immunità adattativa.

La vaccinazione ripetuta con mRNA aumenta gli anticorpi IgG4, bloccando potenzialmente le risposte antitumorali competendo

con IgG1 per i recettori Fcγ sulle cellule immunologiche, inibendo le funzioni effettrici tramite i recettori FcγRIIB e promuovendo la tolleranza immunologica.¹⁰⁹Jordakieva et al. hanno dimostrato che l'IgG4 nel cancro del colon-retto agisce in sinergia con i macrofagi per creare un microambiente immunosoppressivo.¹¹⁰Abue et al. hanno riferito che ripetuti richiami sono correlati a una minore sopravvivenza nel cancro al pancreas, con livelli elevati di IgG4 associati a una prognosi peggiore.¹¹¹La proteina spike del SARS-CoV-2 può anche promuovere l'oncogenesi riducendo l'ACE2, attivando il fattore nucleare kappa B (NF-κB) e la proteina attivatrice-1/c-Fos (AP-1/c-Fos) tramite la proteina chinasi attivata da mitogeni (MAPK) e aumentando l'IL-6, favorendo la proliferazione, la chemioresistenza e la soppressione immunologica.¹¹²La subunità S2 della proteina spike può interrompere l'attività del soppressore tumorale p53 interagendo con p53 e con il doppio minuto 2 del topo (MDM2), riducendo l'attivazione di p21 e del recettore di morte 5 (DR5) e compromettendo la riparazione del DNA.^{113, 114}

Ulteriori meccanismi includono le sequenze del DNA SV40 nei vaccini, storicamente collegate all'oncogenesi, il che solleva preoccupazioni circa la loro presenza nei vaccini contro il COVID-19.¹¹⁵⁻¹¹⁸L'infiammazione cronica e la linfopenia possono creare un ambiente pro-tumorigenico, mentre le nanoparticelle lipidiche nei biologici/vaccini a mRNA modificato potrebbero accumularsi nei tumori attraverso l'effetto di permeabilità e ritenzione migliorato. La proteina spike potrebbe inibire il silenziamento degli elementi retrotrasponibili, contribuendo all'instabilità genomica, e la trascrizione inversa dell'mRNA del vaccino potrebbe portare alla trascrizione persistente di sequenze integrate.¹¹⁹La downregulation dell'ACE2 può alterare i microambienti tumorali e l'ottimizzazione dei codoni dei vaccini/biologici mRNA modificati potrebbe interrompere il legame quadruplex RNA-G con la proteina, alterando la regolazione del microRNA.¹⁰³

Produzione proteica aberrante

L'incorporazione di N1-metilpseudouridina (m1Ψ) in vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato, come quelli sviluppati da Pfizer-BioNTech (BNT162b2) e Moderna, mira a ridurre l'immunogenicità e a migliorare la stabilità dell'mRNA.¹²⁰Tuttavia, m1Ψ ha un impatto significativo sulla dinamica della traduzione, portando potenzialmente a una sintesi proteica indesiderata con profonde conseguenze biologiche. Strutturalmente simile all'uridina, m1Ψ altera la dinamica dell'appaiamento delle basi durante le interazioni mRNA-tRNA, il che può ridurre l'efficienza del riconoscimento dei codoni e aumentare la probabilità di appaiamento errato del tRNA.¹²¹Ciò può causare un'incorporazione errata degli amminoacidi, simile alla sostituzione dell'acido glutammico con la valina nell'anemia falciforme, che altera drasticamente la struttura e la funzione delle proteine.¹²²Inoltre, m1Ψ può interrompere il movimento ribosomiale, causando pause, stalli o slittamenti, in particolare nelle sequenze scivolose, portando a spostamenti di frame di +1 o -1 che spostano il frame di lettura e producono proteine aberranti.^{123, 124} Nel vaccino BNT162b2, 728 uridine vengono sostituite con m1Ψ e una sostituzione simile avviene nel vaccino Moderna.^{125, 126} In teoria, ogni sito m1Ψ potrebbe causare indipendentemente uno spostamento del frame, producendo tre possibili risultati per sito (nessun cambiamento, +1 o -1 spostamento del frame).¹²⁷Ciò si traduce in un potenziale 3728 (circa $2,67 \times 10^{346}$) sequenze proteiche uniche, che superano di gran lunga il numero di atomi nell'universo ($\sim 10^{82}$).¹²⁸ Sebbene meccanismi cellulari come il decadimento mediato da nonsense e il controllo di qualità associato ai ribosomi attenuino questa diversità, persiste il potenziale per una variazione proteica significativa.¹²⁹

Le proteine anomale possono essere riconosciute come estranee, innescando risposte infiammatorie, oppure condividere omologia con proteine umane, mettendo a rischio l'autoimmunità.¹³⁰Le proteine mal ripiegate potrebbero aggregarsi, causando stress cellulare, tossicità o contribuendo a disturbi neurodegenerativi, come le malattie da prioni.¹³¹ Inoltre, un afflusso di proteine aberranti potrebbe sopraffare i percorsi di degradazione come il sistema ubiquitina-proteasoma o l'autofagia, portando a disfunzioni cellulari e stress mitocondriale.¹³² In rari casi potrebbero emergere proteine funzionali ma indesiderate, che potenzialmente interagiscono con la cromatina e causano cambiamenti epigenetici o influenzano il ciclo cellulare favorendo la tumorigenesi.¹³³

Considerazioni biopsicosociali ed etiche

Gli obblighi vaccinali contro il COVID-19 hanno causato danni biopsicosociali significativi, tra cui violazioni etiche, frammentazione sociale, disagio psicologico, devastazione economica e eroso la fiducia nella salute pubblica, senza tuttavia produrre i benefici promessi. Queste politiche hanno compromesso il benessere individuale, la coesione sociale e la credibilità istituzionale, lasciando cicatrici durature.

Dal punto di vista etico, gli obblighi nei confronti degli adulti competenti violavano l'autonomia personale e l'integrità fisica, principi fondamentali dell'etica medica. Vincolando l'occupazione, l'istruzione o l'accesso al pubblico allo stato vaccinale, minavano il consenso informato, sancito dal Codice di Norimberga, dalla Dichiarazione di Helsinki e dal Rapporto Belmont. Bardosh et al. hanno osservato che gli obblighi erosivi le libertà civili senza una solida giustificazione.¹³⁴

A livello sociale e psicologico, i mandati hanno frammentato la fiducia nelle istituzioni sanitarie pubbliche, alimentando la divisione. La ricerca di Bardosh ha evidenziato come la coercizione abbia eroso la fiducia, dando priorità all'osservanza delle norme rispetto alla trasparenza.¹³⁴Uno studio danese del 2022 ha scoperto che i passaporti vaccinali hanno accresciuto la sfiducia tra i non vaccinati, alimentando lo scetticismo nei confronti delle misure di sanità pubblica.¹³⁵Heidi Larson ha sostenuto nel *Lancet* che imporre di ignorare l'immunità naturale ha minato la competenza istituzionale, amplificando la disconnessione sociale.¹³⁶Questa sfiducia ha ridotto la routine vaccinazioni, aumento dello stress psicologico.

Economicamente e socialmente, i mandati hanno esacerbato le disuguaglianze. La Francia *passe sanitaire* popolazioni vulnerabili ed emarginate, aggravando la precarietà economica e le divisioni sociali.¹³⁷Le misure di esclusione hanno messo a confronto i vaccinati con i non vaccinati, fratturando i legami comunitari.

Dal punto di vista psicologico, gli obblighi hanno minato la fiducia nella medicina preventiva. Uno studio del 2024 condotto da JAMA Network Open ha rilevato che gli obblighi statali non hanno aumentato significativamente i tassi di vaccinazione degli operatori sanitari, contribuendo alla sfiducia.¹³⁸Gli obiettivi di salute pubblica sono stati compromessi dalla diminuzione dell'efficacia del vaccino e dal minimo impatto sulla trasmissione. Uno studio del 2024 ha dimostrato che gli obblighi statali negli Stati Uniti non sono riusciti ad aumentare i tassi di vaccinazione contro il COVID-19, riducendo l'adesione ai vaccini di richiamo e antinfluenzali rispetto agli stati con divieti obbligatori.¹³⁹Gli obblighi che ignoravano l'immunità naturale apparivano arbitrari, alimentando il disagio.

Le politiche vaccinali obbligatorie contro il COVID-19 hanno avuto effetti dannosi sulla fiducia del pubblico, sulla fiducia nei vaccini, sulla polarizzazione politica, sui diritti umani, sulle disuguaglianze e sul benessere sociale. È imperativo mettere in discussione l'efficacia e le conseguenze delle politiche vaccinali coercitive nella risposta alla pandemia. In futuro, dobbiamo sollecitare la comunità sanitaria pubblica e i responsabili politici.

per tornare ad approcci di sanità pubblica non discriminatori e basati sulla fiducia.¹⁴⁰ Le politiche prive di esenzioni religiose o mediche venivano considerate discriminatorie, poiché aggravavano la divisione sociale e danneggiavano in modo sproporzionato le comunità svantaggiate.

Il costo psicologico è stato aggravato dagli effetti neuropsichiatrici dei vaccini. Uno studio di psichiatria molecolare condotto a Seul ha collegato la vaccinazione contro il COVID-19 a un aumento del rischio di depressione (HR 1,683, IC 95% 1,520-1,863); disturbi d'ansia, dissociativi, correlati allo stress e somatoformi (HR 1,439, IC 95% 1,322-1,568); e disturbi del sonno (HR 1,934, IC 95% 1,738-2,152), sollevando preoccupazioni sulla sicurezza che giustificano ulteriori indagini.¹⁴¹

Tali politiche, attuate nonostante le conseguenze prevedibili, hanno causato danni profondi, minando la salute pubblica e la coesione sociale.

Il futuro dei farmaci biologici a mRNA: promesse, rischi e imperativi etici

Lo sviluppo di farmaci biologici a mRNA rappresenta una frontiera rivoluzionaria in medicina, sfruttando la rapidità di sviluppo, la codifica proteica personalizzabile e la produzione scalabile. Oltre ai vaccini contro il COVID-19, sono in fase di studio piattaforme avanzate come l'RNA autoamplificante (saRNA) e l'RNA circolare (circRNA), con oltre 1.160 studi clinici condotti dal 2019 su tumori, malattie infettive e malattie genetiche rare. L'uso del saRNA migliora l'espressione proteica post-vaccinazione, mentre il circRNA elude il rilevamento immunologico per estendere la produzione proteica, superando i limiti dell'mRNA convenzionale.¹⁴² Tuttavia, questi "aggiornamenti software per l'organismo" comportano rischi significativi. L'assenza di meccanismi per regolare la dose, la durata o la cessazione della somministrazione di proteine solleva gravi problemi di sicurezza, poiché la produzione incontrollata di proteine estranee nelle cellule umane può innescare conseguenze fisiologiche impreviste.

La pipeline di Moderna, che comprende 48 programmi di cui 36 in fase di sperimentazione clinica, è un esempio di questa ambizione, concentrandosi su malattie infettive, oncologia e patologie rare.¹⁴³ Un esempio importante è AZD7970 (mRNA della relaxina), sviluppato con AstraZeneca dal 2017, che codifica la relaxina per promuovere la rigenerazione del tessuto cardiaco e ridurre l'infiammazione nei pazienti con insufficienza cardiaca.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶ Tuttavia, il profilo di sicurezza dei farmaci biologici a mRNA rimane preoccupante. Come discusso in precedenza, i farmaci biologici/vaccini a mRNA modificato per il COVID-19, la prima applicazione su larga scala, sono associati a miocardite, in particolare nelle popolazioni giovani, con dati epidemiologici che indicano rischi elevati. Il danno miocardico causato da questi vaccini può portare a cicatrici cardiache, riduzione dell'efficienza cardiaca e aumento del rischio di insufficienza cardiaca a lungo termine, in particolare nei bambini. Ironicamente, terapie come l'mRNA della relaxina sono proposte per affrontare tale danno, ma la loro dipendenza da mRNA estraneo rischia di causare ulteriori eventi avversi immunologicamente mediati.

Al 2025, 150-200 terapie e vaccini a base di mRNA sono in fase di sviluppo clinico e preclinico a livello globale, di cui il 70% è mirato a malattie infettive e cancro, con aziende leader come Moderna, BioNTech, CureVac, Arcturus Therapeutics e attori emergenti come Orna Therapeutics e Replicate Bioscience. Tuttavia, i biologici/vaccini a mRNA modificato per il COVID-19, fiore all'occhiello di questa tecnologia, non sono riusciti a prevenire la trasmissione, hanno mostrato un'efficacia negativa e hanno causato eventi avversi significativi.^{147,148} Queste carenze compromettono le affermazioni sulla sicurezza

ed efficacia, che richiedono un esame rigoroso delle piattaforme di nuova generazione.

La rapida proliferazione di farmaci biologici a base di mRNA, saRNA e circRNA amplifica le preoccupazioni etiche e di sicurezza. L'espressione proteica prolungata, esemplificata dal rilevamento della proteina spike S1 oltre 700 giorni dopo la vaccinazione contro il COVID, sottolinea il potenziale di danni irreversibili.¹⁴⁹ L'autoreplicazione dei saRNA e la stabilità dei circRNA aggravano questi rischi, in assenza di un affidabile "interruttore di spegnimento". Questa traiettoria evoca eccessi medici storici, come l'uso diffuso delle lobotomie a metà del XX secolo, quando l'entusiasmo per un nuovo intervento superò la comprensione delle sue conseguenze devastanti. Proprio come le lobotomie furono abbandonate quando il loro danno divenne innegabile, l'espansione incontrollata dei farmaci biologici a mRNA rischia di subire un simile esito.

La nostra limitata comprensione dei risultati a lungo termine richiede cautela. La ricerca di tecnologie genetiche sintetiche, guidata da minacce percepite, non deve prevalere sul potenziale di conseguenze catastrofiche indesiderate. L'espressione proteica prolungata e le strategie di evasione immunologica possono favorire la dipendenza sintetica, mettendo da parte la naturale resilienza dell'organismo. Ciò solleva una domanda cruciale: modificare l'intricata struttura dell'organismo riflette arroganza piuttosto che progresso? La società deve bilanciare la promessa dei biologici a mRNA con i gravi rischi di danni irreversibili, assicurandosi che la capacità di innovare non superi l'imperativo di non arrecare danno.

Violazioni

Le prove presentate in questo articolo rivelano una crisi multiforme, guidata dalla deliberata manipolazione genetica del SARS-CoV-2 attraverso la ricerca GOF e dagli impatti catastrofici sulla salute dei biologici/vaccini a mRNA modificato, che hanno scatenato una tossicità sistemica in molteplici organi e sistemi. Vaccinare durante una pandemia attiva senza valutare l'immunità naturale, che è 27 volte più protettiva dell'immunità indotta dal vaccino,¹⁴⁹ ha rischiato un pericoloso effetto immunologico risposte. La promozione dei vaccini antinfluenzali ha aumentato la suscettibilità al coronavirus attraverso l'interferenza respiratoria.¹⁵⁰ Misure sanitarie di base, come garantire livelli di vitamina D superiori a 50 ng/mL per prevenire malattie gravi,¹⁵¹ sono stati ignorati. Trattamenti sicuri e off-label come l'ivermectina e l'idrossiclorochina/zinco, la cui sicurezza è stata dimostrata per decenni, sono stati soppressi.^{152, 153} La coercizione, la soppressione delle limitazioni dei vaccini (mancanza di sicurezza, efficacia e prevenzione della trasmissione) e le violazioni del consenso informato hanno violato il Codice di Norimberga, la Dichiarazione di Helsinki e le tutele costituzionali degli Stati Uniti (Primo, Decimo e Quattordicesimo Emendamento). Le tutele di responsabilità (Childhood Vaccine Injury Act, PREP Act) e le carenze legislative (Bioshield Act, Bayh-Dole Act) hanno consentito la distribuzione affrettata e non sicura dei vaccini e la collusione tra le autorità di regolamentazione del settore, erodendo la responsabilità.

Conclusione

La risposta alla pandemia di COVID-19 ha violato i principi fondamentali della salute pubblica, della libertà medica e dell'autonomia corporea, amplificando gli effetti devastanti del SARS-CoV-2 e dei suoi vaccini/farmaci biologici a mRNA modificato.

Le prove schiaccianti dell'aumento del SARS-CoV-2

Le origini "of-function", unite agli impatti catastrofici sulla salute dei vaccini/biologici a mRNA modificato contro il COVID-19 e all'espansione incontrollata dei biologici a mRNA di nuova generazione, dipingono un quadro agghiacciante di progettazione deliberata e danno sistemico. Le caratteristiche virali e i vaccini ingegnerizzati che devastano i sistemi immunologico, cardiovascolare, riproduttivo e neurologico hanno causato un'enorme morbilità e mortalità, con effetti che difficilmente potrebbero essere accidentali. Gli sforzi coordinati per oscurare queste verità, resi possibili da scudi di responsabilità e fallimenti legislativi, hanno aggravato un disastro sanitario globale. L'aumento delle malattie autoimmuni, dei tumori aggressivi, delle interruzioni di gravidanza, dei decessi cardiovascolari, della frammentazione sociale e dei rischi incombenti delle piattaforme avanzate a mRNA richiedono un'immediata sospensione dell'uso di vaccini e biologici a mRNA, indagini approfondite sulle motivazioni alla base di questa violazione senza precedenti della fiducia pubblica e misure robuste per ripristinare terapie sicure e pratiche etiche di salute pubblica. L'umanità merita responsabilità, trasparenza e un impegno risoluto per prevenire tali calamità ingegnerizzate in futuro.

Riconoscimento: Gli autori ringraziano Matt Tune per il suo indispensabile supporto.

Dott. Andrew Zywiec, è direttore e cofondatore dell'Ekklesia Research Group e medico principale presso Zywiec e Porter. Contatto: Andrewzywiecmd@gmail.com. **Dott.ssa Irene Mavrakakis**, è professore associato presso il Dipartimento di Chirurgia del Philadelphia College of Osteopathic Medicine. Contatti: drnavresearch@gmail.com. **Dott. Peter McCullough**, è presidente della Fondazione McCullough e direttore scientifico di The Wellness Company. Esercita la professione di medicina interna e cardiologia a Dallas, in Texas. **Nicolas Hulscher, MPH**, è un epidemiologo presso la Fondazione McCullough. Contatto: nichulscher@gmail.com. **Dott. Aaron Kheriaty**, è direttore del programma Bioetica, Tecnologia e Sviluppo Umano presso l'Ethics & Public Policy Center. Contatto: akheriaty@epcc.org. **Dott. Paul Marik**, è il direttore scientifico dell'Independent Medical Alliance. Contatti: pmarik@imahealth.org. **Dott. James Thorp**, è responsabile della salute materna e prenatale presso The Wellness Company. **Marivic Villa, MD**, è il direttore medico e CEO del Villa Health Center. Contatto: mvilla@villahealth.org. **Charles Rixey, MA**, è un ricercatore indipendente in Virginia. Contatti: chrixey@protonmail.com. **Tenente Edward Macie** è il Corpo di servizio medico in pensione della Marina degli Stati Uniti. **Abraxas Hudson** è il presidente della Delaware Medical Freedom Alliance. Contatto: Abraxas.DEMFA@proton.me.

REFERIMENTI

1. Amministrazione per la preparazione e la risposta strategica. Azienda per le contromisure mediche di emergenza sanitaria pubblica. HHS. Disponibile all'indirizzo: <https://aspr.hhs.gov/PHEMCE/Pages/default.aspx>. Consultato il 24 maggio 2025.
2. Pasternak CA. *Valutare una pandemia*. World Scientific; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1142/13039>. Ultimo accesso: 24 maggio 2024.
3. Harrison NL, Sachs JD. Richiesta di un'indagine indipendente sull'origine del virus SARS-CoV-2. *Proc Natl Acad Sci USA* 2022;119(21):e2202769119. doi:10.1073/pnas.2202769119.
4. Commissione per la vigilanza e la riforma del governo della Camera dei rappresentanti degli Stati Uniti. RAPPORTO FINALE: COVID select conclude un'indagine biennale e pubblica un rapporto finale di oltre 500 pagine sulle lezioni apprese e sul percorso da seguire. Comunicato stampa; 2 dicembre 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://oversight.house.gov/release/final-report-covid-select-concludes-2-year-investigation-issues-500-page-final-report-on-lessons-learned-and-the-path-forward/>. Consultato il 24 maggio 2025.
5. Zhang D, Demaneuf G, Bostickson B, et al. DRASTIC: un'analisi del progetto DEFUSE. ResearchGate; Settembre 2021. doi:10.13140/RG.2.2.12961.89442.
6. Coutard B, Valle C, de Lamballerie X, et al. La glicoproteina spike del nuovo coronavirus 2019-nCoV contiene un sito di scissione simile alla furina assente nel CoV dello stesso clade. *Antivirale Res* 2020;176:104742. doi:10.1016/j.antiviral.2020.104742.

7. He B, Qiao X, Klasse PJ e altri. L'involucro dell'HIV-1 innesca la ricombinazione della classe Ig policlonale attraverso un meccanismo indipendente da CD40 che coinvolge i recettori BAFF e della lectina di tipo C. *J Immunol* 2006;176(7):3931-3941. doi:10.4049/jimmunol.176.7.3931.
8. Anand P, Puranik A, Aravamudan M, et al. SARS-CoV-2 imita strategicamente l'attivazione proteolitica dell'ENaC umano. *eLife* 2020;9:e58603. doi:10.7554/eLife.58603.
9. Brufsky A, Lotze MT. DC/L-SEGNI di speranza nella pandemia di COVID-19. *J Med Virol* 2020;92(9):1396-1398. doi:10.1002/jmv.25980.
10. Hatfill S. Significato della sequenza del "superantigene" della proteina spike del SARS-CoV-2 nei vaccini a mRNA. *J Am Phys Surg* 2022;27(2):48-53.
11. Kiss B, Kis Z, Pályi B et al. Topografia, dinamica degli spike e nanomeccanica dei singoli virioni nativi di SARS-CoV-2. *Nano Lett* 2021;21(6):2675-2680. doi:10.1021/acs.nanolett.0c04465.
12. Fears AC, Klimstra WB, Duprex P, et al. Persistenza della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 nelle sospensioni di aerosol. *Emerg Infect Dis* 2020;26(9):2168-2171. doi:10.3201/eid2609.201806.
13. Cieslak TJ, Kortepeter MG, Wojtyk RJ et al. Oltre la sporca dozzina: una metodologia proposta per valutare le future minacce delle armi biologiche. *Mil Med* 2018;183(1-2):e59-e65. doi:10.1093/milmed/usx004.
14. Farkas CB, Dudás G, Babinszky GC, et al. Analisi del virus SARS-CoV-2 come potenziale arma biologica alla luce della letteratura internazionale. *Mil Med* 2023;188(3-4):e387-e393. doi:10.1093/milmed/usac123.
15. Health and Human Services Administration for Strategic Preparedness and Response. Politica del governo degli Stati Uniti per la supervisione della ricerca a duplice uso nelle scienze della vita di interesse. Disponibile all'indirizzo: <https://aspr.hhs.gov/S3/Documents/uspolicy-durc-032812.pdf>. Ultimo accesso: 24 maggio 2025.
16. Banca dati dei trattati dell'Ufficio delle Nazioni Unite per gli Affari del Disarmo. Convenzione sulla proibizione dello sviluppo, della produzione e dello stoccaggio di armi batteriologiche (biologiche) e tossiche e sulla loro distruzione; aprile 1972. Disponibile all'indirizzo: <https://treaties.unoda.org/t/bwc>. Consultato il 24 maggio 2025.
17. Corbett KS, Edwards D, Leist SR et al. Sviluppo del vaccino mRNA contro SARS-CoV-2 reso possibile dalla preparazione del prototipo del patogeno. *bioRxiv*; 11 giugno 2020. doi:10.1101/2020.06.11.145920.
18. Commissione di Vigilanza e Responsabilità della Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti. Indagine sull'origine prossimale di un insabbiamento. Udenza alla Camera dei Rappresentanti; 11 luglio 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.congress.gov/event/118th-congress/house-event/116185/text>. Consultato il 24 maggio 2025.
19. Rixey C. Testimonianza video per l'inchiesta slovacca sull'origine della pandemia. Disponibile all'indirizzo: <https://www.youtube.com/watch?v=BLm658gmULY>. Consultato il 29 aprile 2025.
20. Rixey C. Il mito dell'orologio cieco. ResearchGate; aprile 2022. doi:10.13140/RG.2.2.33964.13449/1.
21. Vincent MJ, Bergeron E, Benjannet S, et al. La cloroquina è un potente inibitore dell'infezione e della diffusione del coronavirus SARS. *Virol J* 2005;2:69. doi:10.1186/1743-422X-2-69.
22. Xia S, Lan Q, Zhu Y, et al. Basi strutturali e funzionali per gli inibitori della fusione pan-CoV contro SARS-CoV-2 e le sue varianti con valutazione preclinica. *Segnale Trasdatore Target Ther* 2021;6(1):288. doi:10.1038/s41392-021-00712-2.
23. Braun E, Sauter D. Elaborazione proteica mediata dalla furina nelle malattie infettive e nel cancro. *Immunologia clinica transnazionale* 2019;8(8):e1073. doi:10.1002/cti2.1073.
24. Bhattacharjee B, Lu P, Monteiro VS, et al. Segni immunologici e antigenici associati a malattie croniche dopo la vaccinazione contro il COVID-19. *medRxiv*; 18 febbraio 2025. doi:10.1101/2025.02.18.25322379.
25. Ahanotu E, Alvelo-Ceron D, Ravita T, et al. L'enterotossina stafilococcica B come arma biologica: riconoscimento, gestione e sorveglianza dell'enterotossina stafilococcica. *Appl Biosaf* 2006;11(3):120-126. doi:10.1177/1535 67600601100303.
26. Murphy J. L'oligarchia della biodifesa e le sue sconfitte demografiche. *Brownstone J*; 29 gennaio 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://brownstone.org/articles/the-biodefenseoligarchy-and-its-demographic-defeats/>. Consultato il 3 maggio 2025.
27. Bruttel V, Washburne A, VanDongen A. L'impronta digitale dell'endonucleasi indica un'origine sintetica del SARS-CoV-2. *bioRxiv*; 20 ottobre 2022. doi:10.1101/2022.10.18.512756.
28. Campo M. Cosa dice il rapporto dell'intelligence statunitense sulle origini del COVID-19. *Scienziati atomici di Bull*; 24 giugno 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://thebulletin.org/2023/06/what-theus-intelligence-report-on-covid-19s-origins-says/>. Consultato il 30 aprile 2025.
29. Cercone J. I numeri si basano su dati errati, afferma un portavoce militare. PolitiFact.com; 28 gennaio 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.politifact.com/factchecks/2022/jan/31/instagram-posts/numbers-were-based-faulty-datamilitary-spokespers/>. Consultato il 7 maggio 2025.

30. Lettera di Johnson R. al Pentagono (include lettera di risposta). Senato degli Stati Uniti; 19 luglio 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.documentcloud.org/documents/23882933-sen-johnson-letter-to-pentagon/>. Consultato il 7 maggio 2025.
31. Macie E. Defense Medical Epidemiology DataBase, Defense Medical Surveillance System. Military Health System; aprile 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://health.mil/Military-Health-Topics/Health-Readiness/AFHSD/Functional-Information-Technology-Support/Defense-Medical-Surveillance-System>. Ultimo accesso: 27 maggio 2025.
32. Dipartimento della Difesa, Defense Manpower Data Center. Richiesta di manodopera dal sito web del DMDC. Disponibile all'indirizzo: <https://dwp.dmdc.osd.mil/dwp/app/main>. Ultimo accesso: 27 febbraio 2025.
33. Chen Y, Xu Z, Wang P, et al. Fenomeni autoimmuni di nuova insorgenza dopo la vaccinazione contro il COVID-19. *Immunologia* 2022;165(4):386-401. doi:10.1111/imm.13443.
34. Rodríguez Y, Rojas M, Beltrán S, et al. Condizioni autoimmuni e autoinfiammatorie dopo la vaccinazione contro il COVID-19: un'analisi basata su registri del gruppo di studio COVAD. *J Autoimmun* 2023;135:103001. doi:10.1016/j.jaut.2023.103001.
35. Villa M, Trozzi M, Zywiec A, Speicher D. Dati preliminari osservazionali ambulatoriali non pubblicati; alterazione del sistema immunitario nei pazienti vaccinati. Villa Health Center, Villages, Florida 2021-2025.
36. Patterson BK, Francisco EB, Yogendra R, et al. Persistenza della proteina SARS CoV-2 S1 nei monociti CD16+ nelle sequele post-acute di COVID-19 (PASC) fino a 15 mesi dopo l'infezione. *Front Immunol* 2022;13:746021. doi:10.3389/fimmu.2022.746021.
37. Trougakos IP, Terpos E, ZirouC, et al. Effetti avversi dei vaccini COVID-19mRNA: l'ipotesi del picco. *Tendenze Mol Med* 2022;28(7):542-554. doi:10.1016/j.molmed.2022.04.007.
38. Santopao M, Gregorova M, Hamilton F, et al. L'attivazione prolungata delle cellule T e i sintomi prolungati del COVID sono indipendentemente associati alla forma grave del COVID-19 a 3 mesi. *Elife* 2023;12:e85009. doi:10.7554/eLife.85009.
39. Peluso MJ, Deitchman AN, Torres L, et al. Risposte immunitarie e infiammatorie specifiche del SARS-CoV-2 a lungo termine in individui in via di guarigione dal COVID-19 con e senza sintomi post-acute. *Rappresentante cellulare* 2021;36(6):109518. doi:10.1016/j.celrep.2021.109518.
40. Choutka J, Jansari V, Hornig M, et al. Sindromi infettive post-acute inspiegabili. *Nat Med* 2022;28(5):911-923. doi:10.1038/s41591-022-01810-6.
41. Villa M, Trozzi M, Zywiec A, Speicher D. Dati preliminari osservazionali ambulatoriali non pubblicati; pazienti vaccinati con marcatori autoimmuni. Villa Health Center, Villages, Florida, 2021-2025.
42. Watada A, DeMarcoG, MahajnaH, et al. Riacutizzazioni della malattia immunomediata o nuova insorgenza della malattia in 27 soggetti in seguito alla vaccinazione con mRNA/DNA SARS-CoV-2. *Vaccini (Basilea)* 2021;9(5):435. doi:10.3390/vaccines9050435.
43. Vojdani A, Kharrazian D. Potenziale reattività crociata antigenica tra SARS-CoV-2 e tessuto umano con possibile collegamento a un aumento delle malattie autoimmuni. *Clin Immunol* 2020;217:108480. doi:10.1016/j.clim.2020.108480.
44. Gold JE, Okayay RA, Licht WE, et al. Indagine sulla prevalenza prolungata del COVID e sulla sua relazione con la riattivazione del virus di Epstein-Barr. *Patogeni* 2021;10(6):763. doi:10.3390/pathogens10060763.
45. Proal AD, Van Elzakker MB. COVID lungo o sequele post-acute del COVID-19 (PASC): una panoramica dei fattori biologici che possono contribuire alla persistenza dei sintomi. *Microbiologia anteriore* 2021;12:698169. doi:10.3389/fmicb.2021.698169.
46. Pellegrino P, Carnovale C, Perrone V, et al. Sull'associazione tra herpesvirus umani e malattie autoimmuni: una revisione sistematica. *Clin Exp Immunol* 2015;182(1):8-22. doi:10.1111/cei.12668.
47. Gao J, Feng L, LiY, et al. Una revisione sistematica e meta-analisi dell'associazione tra vaccinazione contro SARS-CoV-2 e miocardite o pericardite. *Am J Prev Med* 2023;64(2):275-284. doi:10.1016/j.amepre.2022.09.
48. Mavrakakis I. Tempesta di citochine mediata da IgE nelle popolazioni vaccinate: richiesta di ulteriori indagini. *J Am Phys Surg* 2025;30 :55-57.
49. Li JT, Cai PK, Shau KL, et al. Una revisione sistemica e la raccomandazione di un approccio autoptico alla morte in seguito alla vaccinazione contro il COVID-19. *Scienze forensi Int* 2022;340:111469. doi:10.1016/j.forsciint.2022.111469.
50. Awaya T, Moroi M, Enomoto Y, et al. Tempeste di citochine e anafilassi in seguito alla vaccinazione mRNA-LNP contro il COVID-19: meccanismi e approcci terapeutici. *Malattie* 2024;12(10):231. doi:10.3390/diseases12100231.
51. Richet C. Anaphylaxis: discorso per il Nobel; 11 dicembre 1913. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1913/richet/lecture/>. Consultato il 24 febbraio 2025.
52. Alessandria M, Malatesta GM, Berrino F, et al. Un'analisi critica dei decessi per tutte le cause durante la vaccinazione contro il COVID-19 in una provincia italiana. *Microorganismi* 2024;12(7):1343. doi:10.3390/microorganisms12071343.
53. Hulscher N, Hodkinson R, Makis W, et al. Risultati dell'autopsia nei casi di miocardite fatale indotta dal vaccino COVID-19. *Insufficienza cardiaca ESC* 2024;11(4):2370-2380. doi:10.1002/ehf2.14680.
54. Parry PI, Lefringhausen A, Turni C, et al. 'Spikeopathy': la proteina spike del COVID-19 è patogena, sia dal virus che dall'mRNA del vaccino. *Biomedicina* 2023;11(8):2287. doi:10.3390/biomedicines11082287.
55. Arumugham V. Meccanismi immunologici che spiegano il ruolo di vaccini, IgE, mastociti, istamina, aumento dei livelli di ferritina, IL-6, D-dimero, VEGF nel COVID-19 e nella dengue, potenziali trattamenti come stabilizzatori dei mastociti, antistaminici: previsioni e conferme. SSRN 17 ottobre 2020. doi:10.2139/ssrn.3722710. Disponibile all'indirizzo: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3722710. Consultato il 24 maggio 2025.
56. Faksova K, Walsh D, Jiang Y et al. Vaccini COVID-19 ed eventi avversi di particolare interesse: uno studio di coorte multinazionale del Global Vaccine Data Network (GVDN) su 99 milioni di individui vaccinati. *Vaccino* 2024;42(9):2200-2111. doi:10.1016/j.vaccine.2024.01.100.
57. Karimi R, NoroziradM, Esmaeili F, et al. Vaccinazione COVID-19 ed eventi cardiovascolari: una revisione sistematica e una meta-analisi bayesiana multivariata dei benefici e dei rischi preventivi. *Int J Prev Med* 2025;16:14. doi:10.4103/ijpvm.ijpvm_260_24.
58. McCullough PA, Hulscher N. Stratificazione del rischio per un futuro arresto cardiaco dopo la vaccinazione contro il COVID-19. *World J Cardiol* 2025;17(2):103909. doi:10.4330/wjc.v17.i2.103909.
59. Hulscher N, Alexander PE, Amerling R, et al. Una revisione sistematica dei risultati dell'autopsia nei decessi dopo la vaccinazione contro il COVID-19. *Diritto della politica sanitaria pubblica scientifica* 2024;5:2019-2024. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthpolicyjournal.com/asystematic-review-of-autopsy-findings-in-deaths-after-covid-19-vaccination/>. Ultimo accesso: 25 maggio 2025.
60. CDC. Copertura vaccinale settimanale contro il COVID-19 e intenzione dei genitori per i bambini dai 6 mesi ai 17 anni. COVIDVaxView; 7 maggio 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.cdc.gov/covidvaxview/weekly-dashboards/child-coverage-vaccination.html>. Consultato il 25 maggio 2025.
61. Sicurezza mondiale Pfizer. BNT162b2 5.3.6 analisi cumulativa delle segnalazioni di eventi avversi post-autorizzazione di PF-07302048 (BNT162B2) ricevute fino al 28 febbraio 2021. Pfizer; 30 aprile 2021. Disponibile all'indirizzo: https://phmp.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf. Consultato il 3 maggio 2025.
62. Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR, et al. Risultati preliminari sulla sicurezza del vaccino mRNA contro il COVID-19 nelle donne in gravidanza. *N Engl J Med* 2021;384(24):2273-2282. doi:10.1056/NEJMoa2104983.
63. Thorp JA, Benavides A, Thorp MM, et al. I vaccini contro il COVID-19 in gravidanza sono sicuri ed efficaci come affermano il governo statunitense, le organizzazioni mediche non-profit e l'industria farmaceutica? Parte II. Preprint; 1 luglio 2024. doi:10.20944/preprints202407.0069.v1.
64. Thorp JA, Benavides A, Thorp MM, et al. I vaccini contro il COVID-19 in gravidanza sono sicuri ed efficaci come afferma il complesso medico-industriale? Parte I. *Diritto della politica sanitaria pubblica scientifica* 2025;5:1-24. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthpolicyjournal.com/are-covid-19-vaccines-in-pregnancy-as-safe-and-effective-as-the-medical-industrial-complex-claim-part-II/>. Consultato il 25 maggio 2025.
65. Thorp KE, Thorp MM, Thorp EM, et al. COVID-19 e capitalismo dei disastri – Parte I. *Gazette Med Sci* 2022;3(1):159-178. doi:10.46766/thegms.medethics.22071901.
66. Baletti B. Pharma ha pagato 1,06 miliardi di dollari ai revisori delle principali riviste mediche. *Diritto della politica sanitaria pubblica scientifica* 2024;5:2025-2035. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthpolicyjournal.com/pharma-paid-1-06-billion-to-reviewers-at-top-medical-journals/>. Ultimo accesso: 25 maggio 2025.
67. Thorp JA. Lettera aperta all'American Board of Obstetrics and Gynecology (ABOG) sull'analisi VAERS e i rischi del vaccino COVID-19 in gravidanza. Rodef Shalom 613.org; 12 gennaio 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.rodefshalom613.org/2022/01/dr-james-thorp-letter-to-american-board-obstetrics-gynecology-risk-covid19-vaccine-pregnancy/>. Consultato il 3 maggio 2025.
68. React 19. Supporto scientifico per le persone che soffrono degli effetti a lungo termine del vaccino COVID-19. Disponibile all'indirizzo: <https://react19.org/>. Ultimo accesso: 3 maggio 2025.
69. Thorp JA, Rogers C, Deskevich M, et al. Vaccini COVID-19: l'impatto sugli esiti della gravidanza e sulla funzione mestruale. *J Am Phys Surg* 2023;28:28-34.
70. BioNTech SE. Valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'immunogenicità di BNT162b2 contro il COVID-19 in donne in gravidanza sane di età pari o superiore a 18 anni. ID studio NCT04754594. Clinical trials.gov; 6 dicembre 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT04754594>. Ultimo accesso: 3 maggio 2025.
71. Lin X, Botros B, Hanna M, et al. Trasmissione transplacentare dell'RNA messaggero del vaccino COVID-19: evidenze da analisi del sangue placentare, materno e del cordone ombelicale dopo la vaccinazione. *Am J Obstet Gynecol* 2024;231(1):e1-e7. doi:10.1016/j.ajog.2024.01.022.
72. Hanna N, Heffes-Doon A, Lin X, et al. Rilevamento dei vaccini COVID-19 a RNA messaggero nel latte materno umano. *JAMA Pediatr* 2022;176(12):1268-1270. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.3581.

73. Hanna N, De Mejia CM, Heffes-Doon A, et al. Biodistribuzione dei vaccini mRNA COVID-19 nel latte materno umano. *EBioMedicine*2023;96:104800. doi:10.1016/j.ebiom.2023.104800.
74. Aldén M, Olofsson Falla F, Yang D, et al. Trascrizione inversa intracellulare del vaccino mRNA BNT162b2 di Pfizer BioNTech contro il COVID-19 in vitro nella linea cellulare epatica umana. *Curr pubblica Mol Bio*2022;44(3):1115-1126. doi:10.3390/cimb44030073.
75. Lazarus R, Klompas M, Harvard Pilgrim Health Care. Supporto elettronico per la salute pubblica: sistema di segnalazione degli eventi avversi da vaccino (ESP:VAERS). Rapporto finale della sovvenzione. ID sovvenzione: R18 HS 017045. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti; 2011. Disponibile all'indirizzo: <https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf>. Consultato il 25 maggio 2025.
76. Says S, Says JD, Says WTDDBA et al. Riepilogo VAERS per i vaccini COVID-19 fino al 29/10/2021. Analisi VAERS; 5 novembre 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://vaersanalysis.info/2021/11/05/vaers-summary-for-covid-19-vaccinesthrough-10-29-2021/>. Consultato il 5 febbraio 2022.
77. Sencer DJ, Millar J. Riflessioni sul programma di vaccinazione contro l'influenza suina del 1976. *Emerg Infect Dis*2006;12(1):29-33. doi:10.3201/eid1201.051007.
78. Open Vaers. Rapporti VAERS sul vaccino COVID per la sindrome di Guillain-Barré/mielite trasversa. Disponibile all'indirizzo: <https://openvaers.com/covid-data/paralysis>. Ultimo accesso: 3 maggio 2025.
79. McKernan K, HelbertY, Kane LT, McLaughlin S. Il sequenziamento dei vaccini bivalenti Moderna e Pfizer a mRNA rivela quantità di dsDNA del vettore di espressione da nanogrammi a microgrammi per dose. Preprint. ResearchGate; aprile 2023. doi:10.31219/osf.io/b9t7m.
80. Speicher DJ, Rose J, Gutschi LM, Wiseman DM, McKernan K. Frammenti di DNA rilevati nei vaccini monovalenti e bivalenti Pfizer/BioNTech e Moderna modRNA COVID-19 provenienti dall'Ontario, Canada: relazione esplorativa dose-risposta con eventi avversi gravi. OSFpreprints; 18 ottobre 2023. doi:10.31219/osf.io/mjc97. Disponibile all'indirizzo: <https://osf.io/mjc97/>. Consultato il 25 maggio 2025.
81. König B, Kirchner JO. Considerazioni metodologiche sulla quantificazione delle impurità del DNA nel vaccino mRNA COVID-19 Comirnaty®. *Metodi Protoc*2024;7(3):41. doi:10.3390/mps7030041.
82. Speicher D. D Speicher Report 240909. Università di Guelph; 9 settembre 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.dropbox.com/scl/fi/sb20elb520v6a1saxg9lj/240909-D-Speicher-Report.pdf?rlkey=dutcvd85gh80ebfs2ucdmorba&e=3&st=0jpsw84f&dl=0>. Consultato il 25 maggio 2025.
83. Aldred M. Kevin McKernan sulla contaminazione del DNA del vaccino. Substack; 24 febbraio 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://mathewaldred.substack.com/p/kevin-mckernan-onvaccine-dna-contamination>. Consultato il 25 maggio 2025.
84. Ritorno alle origini. Summit su famiglia, alimentazione e assistenza sanitaria. Conferenza "Ritorno alle origini"; 19 ottobre 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.backtobasicsconference.com/>. Ultimo accesso: 3 maggio 2025.
85. Panou E, Nikolaou V, Marinos L, et al. Recidiva del linfoma cutaneo a cellule T dopo vaccinazione con vettore virale contro il COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(2):e91-e93. doi:10.1111/jdv.17732.
86. Cavanna L, Grassi SO, Ruffini L, et al. Linfoma non-Hodgkin sviluppato poco dopo la vaccinazione mRNA contro il COVID-19: segnalazione di un caso e revisione della letteratura. *Medicina (Kaunas)*2023;59(1):50. doi:10.3390/medicina59010050.
87. Sekizawa A, Hashimoto K, Kobayashi S, et al. Rapida progressione del linfoma a cellule B della zona marginale dopo la vaccinazione contro il COVID-19 (BNT162b2): un caso clinico. *Front Med (Losanna)*2022;9:963393. doi:10.3389/fmed.2022.963393.
88. Bae E, Bae S, Vaysblat M, et al. Sviluppo di sarcoma di alto grado dopo la seconda dose del vaccino Moderna. *Cureus*2023;15(4):e37612. doi:10.7759/cureus.37612.
89. Goldman S, Bron D, Tousseyn T, et al. Rapida progressione del linfoma angioimmunoblastico a cellule T dopo la dose di richiamo del vaccino mRNA BNT162b2: un caso clinico. *Front Med (Losanna)*2021;8:798095. doi:10.3389/fmed.2021.798095.
90. BarnettC, MehtaN, TowneWS, et al. Metastaticmelanomainthebreastandaeascella: un caso clinico. *Imaging clinico*2022;85:78-82. doi:10.1016/j.clinimag.2022.02.013.
91. Bharathidasan K, TranV, Ghafouri SR, et al. Adenocarcinoma prostatico metastatico che si presenta come linfadenopatia generalizzata mascherata da un vaccino di richiamo COVID. *Rappresentante del caso clinico*2023;11(12):e8278. doi:10.1002/ccr3.8278.
92. Gentilini P, Lindsay JC, Konishi N, Fukushima M, Polykretis P. Un caso clinico di leucemia linfoblastica acuta (ALL)/linfoma linfoblastico (LBL) dopo la seconda dose di Comirnaty®: un'analisi del potenziale meccanismo patogeno basato sulla letteratura esistente. Preprints.org; 2024. doi:10.20944/preprints202403.0078.v1.
93. Mizutani M, Mitsui H, Amano T, et al. Due casi di linfadenopatia ascellare diagnosticati come linfoma diffuso a grandi cellule B si sono sviluppati poco dopo la vaccinazione BNT162b2 contro il COVID-19. *J Eur Acad Dermatol Venereo*2022;36(8):e613-e615. doi:10.1111/jdv.18133.
94. Tachita T, Takahata T, Yamashita S, et al. Linfoma extranodale a cellule NK/T di nuova diagnosi, di tipo nasale, al braccio sinistro iniettato dopo la vaccinazione COVID-19 con mRNA BNT162b2. *Int J Hemato*2023;118(4):503-507. doi:10.1007/s12185-023-03595-7.
95. White E, Fazio N, Tourmouzis K, et al. Sarcoma di Kaposi classico congiuntivale unilaterale a seguito di un richiamo di COVID-19. *Rappresentante del caso Am J Ophthalmol* 2024;34:101986.96. doi:10.1016/j.ajoc.2024.101986.
96. Zamfir MA, Moraru L, Dobrea C, et al. Neoplasie ematologiche diagnosticate nel contesto della campagna di vaccinazione mRNA contro il COVID-19: segnalazione di due casi. *Medicina (Kaunas)*2022;58(7):874. doi:10.3390/medicina58070874.
97. Alegria C, Nunes Y. Tendenze nei tassi di mortalità per neoplasie negli Stati Uniti per tutte le età e analisi dettagliata per la fascia d'età 75-84. ResearchGate; 2024. doi:10.13140/RG.2.2.14785.40808.
98. Alegria C, Wiseman DM, Nunes YUS—andamenti di mortalità per neoplasie codici ICD: C00-D48, età 15-44. ResearchGate; 2024. doi:10.13140/RG.2.2.18268.21122.
99. Alegria C, Nunes Y. Regno Unito: tendenze di mortalità e disabilità per neoplasie maligne, età 15-44. ResearchGate; 2024. Disponibile all'indirizzo: https://ratical.org/PandemicParallaxView/PT-MalignantCancersPaper_preprint.pdf. Consultato il 3 maggio 2025.
100. Klein HE. Il dott. Kashyap Patel individua un legame tra COVID-19 e progressione del cancro e chiede più test sui biomarcatori. *Am J Manag Care* 2023;29(4):SP334. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ajmc.com/view/kashyap-patelmd-sees-link-between-covid-19-and-cancer-progression-calls-for-morebiomarker-testing>. Consultato il 28 luglio 2025.
101. Akkus E, Karaoglan B, Akyol C, et al. Tipi e tassi di vaccinazione contro il COVID-19 nei pazienti con carcinoma del colon non metastatico microsatellite stabile e instabile di nuova diagnosi. *Cureus*2024;16(6):e61780. doi:10.7759/cureus.61780.
102. Fujisawa A. Aumento della mortalità per cancro aggiustata per età dopo la terza dose di vaccino con nanoparticelle mRNA lipidiche durante la pandemia di COVID-19 in Giappone. Science Open.com; 2023. doi: 10.5281/zenodo.835245.
103. Valdes AR, Perea BY. Vaccinazione contro SARS-CoV-2 e ipotesi multi-hit dell'oncogenesi. *Cureus*2023;15(12):e50703. doi:10.7759/cureus.50703.
104. Berger L, Wolf J, Kalbitz S, et al. Analisi comparativa delle popolazioni di linfociti in condizioni post-COVID-19 e in individui convalescenti da COVID-19. *Diagnostica*2024;14(12):1286. <https://doi.org/10.3390/diagnostica1412128>.
105. Hastak P, Cromer D, Malycha J, et al. Definizione dei correlati della linfopenia e dei fattori predittivi indipendenti di scarso esito clinico negli adulti ricoverati in ospedale con COVID-19 in Australia. *Rappresentante scientifico*2024;14(1):11102. doi:10.1038/s41598-024-61554-9.
106. Okada K, Tagami T, Ottaguro T, et al. La linfopenia precoce come predittore degli esiti del COVID-19: uno studio di coorte multicentrico. *Chirurgia medica acuta* 2025;12(1):e70044. doi:10.1002/ams2.70044.
107. Kuklina EM. Linfociti T come bersagli per SARS-CoV-2. *Biochimica (Mosc)* 2022;87(6):566-576. doi:10.1134/S0006297922060088.
108. Fuentes JDB, Kauzar MM, de Luna Aguilar A, et al. Evidenza di linfociti esauriti dopo la terza dose di vaccino anti-SARS-CoV-2 nei pazienti oncologici. *Oncologia frontale*2022;12:975980. doi:10.3389/fonc.2022.975980.
109. UverskyVN, Redwan EM, MakisW, et al. Gli anticorpi IgG4 indotti da vaccinazioni ripetute possono generare tolleranza immunitaria alla proteina spike del SARS-CoV-2. *Vaccini (Basilea)*2023;11(5):991. doi:10.3390/vaccines11050991.
110. Jordakieva G, Bianchini R, Reichhold D, et al. L'IgG4 induce macrofagi tollerogenici simili a M2 e si correla con la progressione della malattia nel cancro del colon. *Oncoimmunologia*2021;10(1):1880687. doi:10.1080/2162402X.2021.1880687.
111. Abue M, Mochizuki M, Shibuya-Takashi R, et al. La vaccinazione ripetuta contro il COVID-19 come fattore prognostico sfavorevole nel cancro al pancreas: uno studio di coorte retrospettivo, monocentrico. Preprints.org; 2025. doi:10.20944/preprints202501.0087.v1.
112. Taniguchi K, Karin M. NF-κB, infiammazione, immunità e cancro: il raggiungimento della maggiore età. *Nat Rev Immuno*2018;18(5):309-324. doi:10.1038/nri.2017.142.
113. Singh N, Singh AB. La subunità S2 del SARS-nCoV-2 interagisce con la proteina soppressore del tumore p53 e BRCA: uno studio in silico. *Traduzione Oncologica* 2020;13(10):100814. doi:10.1016/j.tranon.2020.100814.
114. Zhang S, El-DeiryWS. La subunità spike S2 del SARS-CoV-2 inibisce l'attivazione di p53 delle proteine p21(WAF1), TRAIL Death Receptor DR5 e MDM2 nelle cellule tumorali. *bioRxiv*; 2024. doi:10.1101/2024.04.29.591664.
115. Chakraborty S. Il flusso sanguigno di individui vaccinati con mRNA (sia Pfizer che Moderna) mostra contaminazione da vettori di espressione del DNA, comprese sequenze geniche resistenti a SV40 e kanamicina. OSF PrePrints; 2024. Disponibile all'indirizzo: https://osf.io/preprints/osf/hzyn3_v1. Consultato il 26 maggio 2025.

116. Kammerer U, Schulz V, Steger K. Le iniezioni COVID-19 a base di RNA di BioNTech contengono grandi quantità di DNA residuo, tra cui una sequenza promotore/potenziatore SV40. *Diritto della politica sanitaria pubblica scientifica*2024;5:2019-2024. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthpolicyjournal.com/biontech-rna-based-covid-19-iniezioni-contengono-grandi-quantità-di-dna-residuo-inclusa-una-sequenza-di-potenziamento-del-promotore-sv40/>. Consultato il 26 maggio 2025.
117. Šenigl F, Soikkeli A, Prost S, et al. L'enhancer del virus SV40 funziona come un elemento mirato all'ipermutazione somatica con potenziale attività oncogenica. *bioRxiv*; 2024. doi:10.1101/2024.02.07.579209.
118. Speicher DJ, Rose J, Gutsch LM, et al. Frammenti di DNA rilevati nei vaccini monovalenti e bivalenti Pfizer/BioNTech e Moderna modRNA COVID-19 provenienti dall'Ontario, Canada: relazione esplorativa dose-risposta con eventi avversi gravi. *OSFHome*; 18 ottobre 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://osf.io/xv3nz/>. Consultato il 26 maggio 2025.
119. Okoro EO, Ikoba NA, Okoro BE, et al. Aumento paradossale dei decessi globali per COVID-19 con copertura vaccinale: stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020-2023). *Int J Risk Saf Med*2025;36(1):1-12. doi:10.3233/JRS-240013.
120. Karikó K, Muramatsu H, Welsh FA, et al. L'incorporazione di pseudouridina nell'mRNA produce un vettore non immunogenico superiore con maggiore capacità traslazionale e stabilità biologica. *Mol Ther*2008;16(11):1833-1840. doi:10.1038/mt.2008.200.
121. Rodnina MV, Wintermeyer W. Fedeltà della selezione dell'amminoacil-tRNA sul ribosoma: meccanismi cinetici e strutturali. *Annu Rev Biochem*2001;70:415-435. doi:10.1146/annurev.biochem.70.1.415.
122. Grosjean H, de Crécy-Lagard V, Marck C. Decifrare il complesso mondo delle modifiche del tRNA: il ruolo delle modifiche nella decodifica e nella fedeltà traduzionale. *FEBS Lett*2010;584(2):252-264. doi:10.1016/j.febslet.2009.11.062.
123. Drummond DA, Wilke CO. Le conseguenze evolutive della sintesi proteica errata. *Rev. Genet*2009;10(10):715-724. doi:10.1038/nrg2662.
124. Atkins JF, Björk GR. Un'avvincente storia di frameshifting ribosomiale: i soppressori extragenici delle mutazioni frameshift mettono in luce l'oscillazione del sito P. *Cold Spring Harb Perspect Biol*2009;1(4):a001859. doi:10.1101/cshperspect.a001859.
125. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Sicurezza ed efficacia del vaccino Covid-19 a mRNA BNT162b2. *N Engl J Med*2020;383(27):2603-2615. doi:10.1056/NEJMoa2034577.
126. Anderson EJ, Rouphael NG, Widge AT, et al. Sicurezza e immunogenicità del vaccino SARS-CoV-2 mRNA-1273 negli anziani. *N Engl J Med* 2020;383(25):2427-2438. doi:10.1056/NEJMoa2028436.
127. Zywiec A, Baig AM. Complessità che circondano la N-1-metilpseudouridina (M1ψ) nelle terapie geniche sintetiche per il COVID-19. *J Indep Med*2025;1(2). doi:10.71189/JIM/2025/V01N02.
128. Tegmark M. Cosmologia di precisione. *Fisica oggi*2006;59(4):36-41. doi:10.1063/1.2207037.
129. Gallucci S, Matzinger P. Segnali di pericolo: SOS al sistema immunitario. *Curr Opin Immunol*2001;13(1):114-119. doi:10.1016/S0952-7915(00)00191-6.
130. Oldstone MBA. Mimetismo molecolare e malattie immunomediate. *FASEB J* 1998;12(13):1255-1265. doi:10.1096/fasebj.12.13.1255.
131. Soto C, Pritzkow S. Ripiegamento errato delle proteine, aggregazione e deformazioni conformazionali nelle malattie neurodegenerative. *Nat Rev Neurosci* 2018;19(10):652-665. doi:10.1038/s41583-018-0059-3.
132. Hipp MS, Park SH, Hartl FU. Compromissione della proteostasi nelle malattie da ripiegamento e aggregazione proteica. *Tendenze Cell Biol*2014;24(9):506-514. doi:10.1016/j.tcb.2014.05.003.
133. Hanahan D, Weinberg RA. Segni distintivi del cancro: la prossima generazione. *Cella* 2011;144(5):646-674. doi:10.1016/j.cell.2011.02.013.
134. Bardosh K, de Figueiredo A, Gur-Arie R, et al. Le conseguenze indesiderate della politica vaccinale contro il COVID-19: perché obblighi, passaporti e restrizioni possono causare più danni che benefici. *BMJ Glob Health*2022;7(5):e008684. doi:10.1136/bmjgh-2022-008684.
135. Jorgensen F, Bor A, Petersen MB. L'aumento della pressione ha ridotto la fiducia tra i non vaccinati durante la pandemia di COVID-19: effetti dell'annuncio della reintroduzione dei passaporti vaccinali in Danimarca. *Eur J Political Res* 2024;63:4:1686-1698. Disponibile all'indirizzo: <https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6765.12656>. Consultato il 26 maggio 2025.
136. Larson HJ. Una chiamata alle armi: aiutare familiari, amici e comunità a gestire l'infodemia del COVID-19. *Nat Rev Immunol*2020;20:449-450. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0380-8>.
137. Ward JK, Gauna F, Gagneux-Brunon A, et al. Il passaporto sanitario francese contiene lezioni sulla vaccinazione obbligatoria contro il COVID-19. *Nat Med*2022; 28, 232-235. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01661-7>. Consultato il 26 maggio 2026.
138. Wang Y, Stoecker C, Callison K et al. Obblighi vaccinali contro il COVID-19 e assunzione da parte degli operatori sanitari negli Stati Uniti. *JAMA Netw Open* 2024;7(8):e2426847. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.26847.
139. Rains SA, Richards AS. Gli obblighi vaccinali statali degli Stati Uniti non hanno influenzato i tassi di vaccinazione contro il COVID-19, ma hanno ridotto l'assunzione di richiami contro il COVID-19 e di vaccini antinfluenzali rispetto ai divieti sulle restrizioni vaccinali. *Proc Natl Acad Sci Stati Uniti* 2024;121(8):e2313610121. doi:10.1073/pnas.2313610121.
140. Bardosh K, de Figueiredo A, Gur-Arie R, et al. Le conseguenze indesiderate della politica vaccinale contro il COVID-19: perché obblighi, passaporti e restrizioni possono causare più danni che benefici. *BMJ Salute Globale*2022;7:e008684. Disponibile all'indirizzo: <https://gh.bmj.com/content/7/5/e008684>. Consultato il 26 maggio 2025.
141. Kim HJ, Kim MH, Choi MG e altri. Eventi avversi psichiatrici a seguito della vaccinazione contro il COVID-19: uno studio di coorte basato sulla popolazione a Seul, Corea del Sud. *Mol Psychiatry*2024;29:3635-3643. doi:10.1038/s41380-024-02627-0.
142. Liu X, Zhang Y, Zhou S, et al. RNA circolare: una frontiera emergente nei bersagli terapeutici dell'RNA, nelle terapie dell'RNA e nei vaccini a mRNA. *J Controllo Rilascio* 2022;348:84-94. doi:10.1016/j.jconrel.2022.05.043.
143. Moderna. Ricerca: pipeline di prodotti. [modernatx.com](https://www.modernatx.com/en-US/research/product-pipeline); 1 maggio 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.modernatx.com/en-US/research/product-pipeline>. Consultato il 11 maggio 2025.
144. Scoperta e sviluppo di farmaci. Moderna e AstraZeneca collaboreranno allo sviluppo di un mRNA terapeutico per l'insufficienza cardiaca basato sulla relaxina. *Drugdiscoverytrends.com*; 3 novembre 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.drugdiscoverytrends.com/moderna-astrazeneca-to-collaborate-on-developing-relaxin-mrna-therapeutic-for-heart-failure/>. Ultimo accesso: 11 maggio 2025.
145. Moderna. Moderna annuncia una nuova collaborazione con AstraZeneca per lo sviluppo congiunto e la co-commercializzazione dell'mRNA della relaxina, un farmaco terapeutico per l'insufficienza cardiaca. *Investors.modernatx.com*; 1 novembre 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://investors.modernatx.com/news/news-details/2017/Moderna-Announces-New-Collaboration-with-AstraZeneca-to-Co-Develop-and-Co-Commercialize-Relaxin-mRNA-Therapeutic-for-Heart-Failure/default.aspx>. Ultimo accesso: 11 maggio 2025.
146. Moderna. Aggiornamento del programma Relaxin (mRNA-0184). Moderna; 13 settembre 2023. Disponibile all'indirizzo: https://s29.q4cdn.com/435878511/files/doc_downloads/program_detail/2023/09/Relaxin-09-13-23.pdf. Ultimo accesso: 11 maggio 2025.
147. Shrestha NK, Burke PC, Nowacki AS, et al. Efficacia del vaccino bivalente contro la malattia da coronavirus 2019. *Forum aperto Infetta Dis*2023;10(6):ofad209. doi:10.1093/ofid/ofad209.
148. Okoro EO, Ikoba NA, Okoro BE, et al. Aumento paradossale dei decessi globali per COVID-19 con copertura vaccinale: stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2020-2023). *Int J Risk Saf Med*2025;36(1):1-12. doi:10.3233/JRS-240013.
149. Gazit S, Shlezinger R, Perez G, et al. Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2): immunità acquisita naturalmente rispetto all'immunità indotta dal vaccino, reinfezioni rispetto a infezioni improvvisate: uno studio di coorte retrospettivo. *Clin Infect Dis*2022;75(1):e545-e551. doi:10.1093/cid/ciac262.
150. Wolff GG. Vaccinazione antinfluenzale e interferenza con virus respiratori tra il personale del Dipartimento della Difesa durante la stagione influenzale 2017-2018. *Vaccino*2020;38(2):350-354. doi:10.1016/j.vaccine.2019.10.005.
151. C19.org. Vitamina D per COVID-19: analisi in tempo reale di tutti i 214 studi. Disponibile all'indirizzo: <https://c19hcq.org/d>. Consultato il 26 maggio 2025.
152. Prodromos C, Rumschlag T. L'idrossiclorochina è efficace, e lo è costantemente se somministrata precocemente, per il COVID-19: una revisione sistematica. *Nuovo microbo, nuova infezione* 2020;38:100776. doi:10.1016/j.nmni.2020.100776.
153. Bryant A, Lawrie TA, Dowswell T, et al. Ivermectina per la prevenzione e il trattamento dell'infezione da COVID-19: una revisione sistematica, una meta-analisi e un'analisi sequenziale degli studi per informare le linee guida cliniche. *Sono J Ther* 2021;28(4):e434-e460. doi:10.1097/MJT.0000000000001402.