

# COVI-Deliri scientificamente scorretti

Paolo Renati, Ph.D.

## Indice

<b>1. Belli i dati, ma come son-dati?</b> .....	1
<b>1.1 Misure di Conte-nimento e d'e(c)cessi</b> .....	2
<b>2. Tamponamenti sulla via dell'abisso</b> .....	7
<b>3. Campagne "vaccinali"... Città sperimentali</b> .....	10
<b>4. Neo-genesi immunitarie</b> .....	12
<b>5. Teoria dei germi...o germi di teoria?</b> .....	13
<b>6. Eziologie</b> .....	14
<b>7. Conclusioni</b> .....	17

Si sappia già che, in questo articolo, la maggior parte delle frasi finirà col punto interrogativo. E questo non perché non verranno fornite spiegazioni o perché non si abbiano risposte alle domande che saranno poste, ma piuttosto perché quando un fatto od una consequenzialità logica sono di per sé evidenti, nulla vi è di più elegante ed efficace del porre la domanda nel merito. La risposta, spesso semplicissima, emerge dal, talvolta quasi imbarazzante, silenzio... come a denuncia del non essersela mai debitamente posta finora.

Infatti, sia ben chiara sin d'ora una realtà: la situazione indecente in cui versa l'intera umanità (ed in particolare quella italiana) è possibile non tanto perché esistano errori (o deliberati atti dolosi) sul piano politico, giuridico o scientifico, ma perché esiste una moltitudine schiacciante di sedicenti "esseri umani" che sottoscrive tali gestualità e che addirittura osteggia, attacca e denigra coloro che hanno almeno dubbi o dissentono con quanto viene raccontato "dal sistema". Ci sarebbe da chiedersi quale significato abbia "vivere" per queste masse inconsapevoli, che, invece di *vedere* cosa si svolge sulle trame delle loro deprivate esistenze, proteggono tra inespugnabili mura di consenso e ben-pensare i loro incompetenti (o infidi) "superiori" e "tecnici". È proprio a queste moltitudini (mascherate) che vogliamo far porre delle adeguate domande.

Qui di seguito si procederà per strati descrittivi, analizzando la congruenza delle premesse concettuali e/o empiriche, fino ad arrivare ad un nocciolo che, da sé, lasci (ri)posare dinnanzi ai nostri occhi quella tanto vilipesa ed insudiciata *realtà dei fatti*.

### 1. Belli i dati, ma come son-dati?

L'occhio ai dati è sì necessario per valutare le scelte prese a livello politico o sanitario o anche per impugnare una posizione di dissenso fornendo "prove oggettive" dell'accaduto. Tuttavia, va ricordato che i dati sono solo 'numeri' o 'definizioni' e spesso ci rendono ciechi in merito a tre aspetti cruciali (ad essi di premessa): (i) le cause dei fenomeni che coi dati vengono descritti, (ii) la bontà e cogenza dei criteri con cui tali dati sono stati costruiti, e... (iii) adunandoli in statistiche e raccolte, i dati non dicono nulla delle innumeri e irripetibili storie di vita (e cliniche) proprie di ciascun singolo ed unico soggetto, le cui vicende sono ridotte a etichette (quali: PCR-positivo, paucisintomatico, infetto, immune, contagioso, grave, stazionario, morto, guarito, ecc.).

La riduzione dei fatti a dati produce un isterilimento della narrazione dei primi che può rivelarsi fatale in frangenti decisionali. E va inoltre ammesso apertamente che la riduzione del reale a narrazione numerica, è uno dei problemi più profondi dei metodi delle scienze dure quando applicate al regno del vivente, specialmente in discipline quali biologia e medicina.

Ma cominciamo pure dai "dati" e procediamo per strati descrittivi, come detto, ognuno dei quali, per essere tenuto in considerazione, necessita di prendere per buone alcune assunzioni, la veridicità di certe affermazioni, così come il nesso causale tra varie componenti del "gioco": dapprima ammettiamo, quindi, che esista un virus

patogeno ad RNA (il Sars-Cov-2, della cui genesi naturale o artificiale al momento non ci curiamo) capace di creare serie compromissioni (anche letali) all'organismo umano, ammettiamo che sia stato isolato, ammettiamo che sia rilevabile per mezzo di vari tipi di test (dai tamponi RT-PCR, ai test rapidi antigenici, fino ai sierologici), ammettiamo che si diffonda nell'aria, che permanga sulle superfici, ed ammettiamo pure, come ci viene detto, che muti in continuazione, implicando sviluppo di molte varianti (anche più "aggressive" dell'originale Sars-Cov-2). E procediamo allora con le prime domande, partendo dalle più semplici.

### **1.1 Misure di Conte-nimento e d'e(c)cessi**

- Se si tratta di virioni dal diametro di 100 nanometri, come può essere sostenibile che delle mascherine possano servire a fermarli quando sono costituite di un tessuto la cui trama ha spaziature da 2 micron (20 volte la taglia dei tipici coronavirus<sup>i</sup>, per le chirurgiche), o quando, necessariamente, implicano lo scambio d'aria ai bordi con l'esterno, pena l'asfissia di chi la indossa (sia per le chirurgiche così come per le FFP2)...? Respiriamo circa 950 volte all'ora, l'essere contagiati sarebbe solo una questione di tempo, specialmente se – come è imprescindibile – vi saranno momenti in cui non è possibile indossarle (come mentre si dorme, mentre ci si lava, mentre si mangia e beve, mentre si fa attività fisica intensa, mentre si fuma, mentre si telefona, ecc.).

- Se ci fosse un virus così letale, come può essere sensato dover indossare la mascherina in piedi in un locale, quando seduti è consentito toglierla e rimanere vivi nel tempo? O stare a un 1.20 m, ma non a 90 cm?

- E se anche si tratta di voler ridurre i rischi per un virus la cui letalità è in media dello 0.5%-0.6%<sup>ii</sup> (poco più di quella stimata per quelli influenzali), può trovare una concreta giustificazione il peggiorare la qualità dell'aria respirata per così tante ore, ogni giorno (come a scuola, al lavoro, sui mezzi, ecc.), da così tanto tempo?

- Ha senso sabotare l'espressività facciale delle persone, specialmente nell'interazione con e tra i bambini (in cui il mancato accoppiamento tra messaggi verbali ed espressività corporea e specialmente del viso, produce scompensi di tipo neuro-biologico nella mentalizzazione delle emozioni, in quanto non si attivano debitamente i circuiti vagali mielinizzati relativi alla risonanza espressiva con l'altro<sup>iii</sup>)...?

- E, vista la abbondante disponibilità di terapie precoci, efficaci, domiciliabili, a basso costo (con cui non servirebbe nemmeno accedere all'ospedale, men che meno finire intubati)<sup>iv</sup>, per quei pochi (il 5% circa in cui tale virus produrrebbe sintomi) che non richiedono l'ospedalizzazione (o la abbreviano di molto e dispensano dall'uso di respiratori), perché non considerare l'opzione semplice e a minimo impatto di lasciare circolare il virus, e insieme le persone, trattando preventivamente o ai primi sintomi con le terapie ormai esistenti da aprile 2020, e permettere una veloce e capillare immunizzazione (dinamica e specifica!) della popolazione?

Qualcuno potrebbe ricordare che i decreti che obbligano al costante utilizzo di mascherine nei luoghi chiusi o anche all'aperto, quando il "distanziamento sociale" (di almeno 1 metro) non sia possibile, sarebbero basate su quanto riportato in letteratura<sup>v</sup> riguardo all'importanza di fermare le droplets di muco e di saliva emesse da naso e bocca. Ma allora non si comprende, con quali ragioni in Italia sia stato imposto un lockdown totale per ben otto settimane quando, se ciò che conta fossero davvero le droplets, indossando mascherine e/o mantenendo le distanze prescritte, sarebbe stato possibile continuare buona parte della vita, mantenere aperta la maggioranza delle attività produttive, commerciali e sociali, senza mettere in ginocchio un paese sotto il profilo economico e libertario.

Ma come se non bastasse, comunque, per giustificare i lockdown, venivano addotte altre ragioni riguardanti la contaminazione delle superfici e dell'aria<sup>vi</sup>, seppur il contagio dall'aria (che avverrebbe entro tempi dell'ordine dell'ora) è un fattore controverso poiché se il virus da solo, o legato a nanoparticelle, restasse sospeso per qualche ora, allora (di nuovo) le mascherine non servirebbero a molto, mentre, se esso è contenuto nelle droplets, precipiterebbe a terra molto più rapidamente (entro tempi intorno al minuto)<sup>vii</sup>.

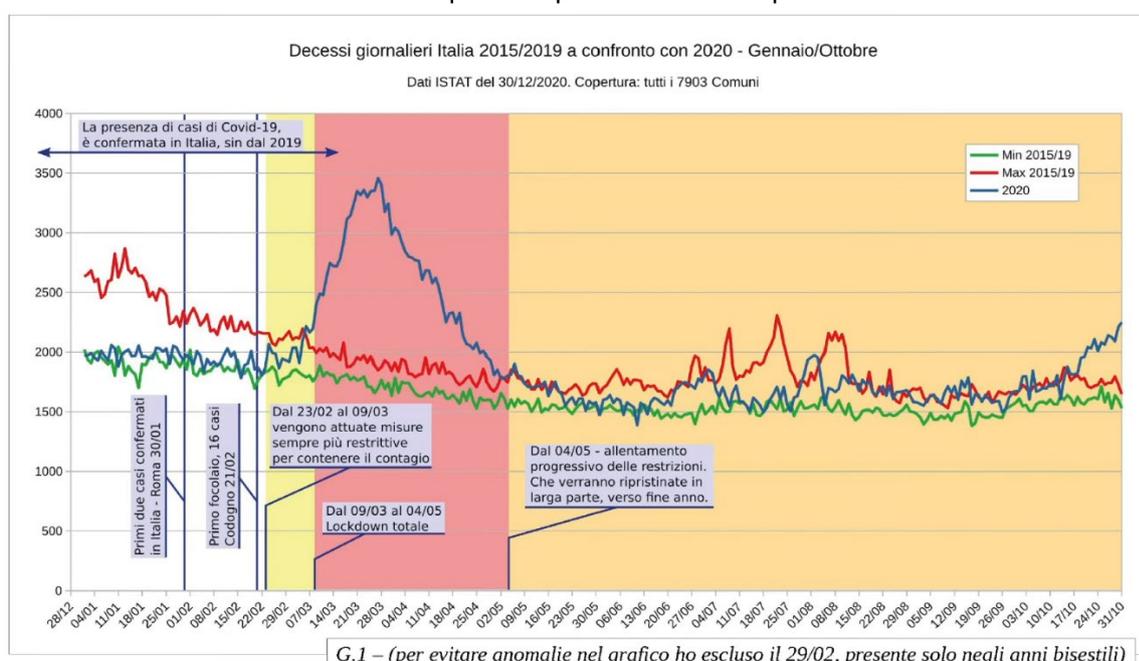
Resta comunque molto arduo credere nella permanenza dei virioni in aria poiché verrebbero degradati rapidamente dall'azione ossidante dell'ossigeno, dall'instabilità raggiunta con la perdita d'acqua d'idratazione e

dalla radiazione UV (se all'esterno) e/o da altre interazioni litiche al contatto con particelle e superfici. Infine, non si comprende come, finché le mascherine sono indossate come dispositivi di protezione individuale (DPI), sarebbero qualcosa che "ci protegge dalle infezioni", mentre, una volta tolte, diventano "rifiuti speciali" (tanto da esser dichiarate pericolose, e nemmeno riciclabili, imponendo così a province e regioni anche l'onere del trasporto agli inceneritori<sup>viii</sup>). E si sappia che, ad oggi, vi sono quantità di mascherine disperse a dir poco inquietanti<sup>ix</sup>.

Altrettanto sconcertante è che, sebbene la campagna di allarme sulle contaminazioni delle superfici sia durata indefessa per settimane, pochi considerano che uno studio tedesco<sup>x</sup> aveva già dimostrato che il materiale virale (rilevabile come positività al tampone RT-PCR di cui si discuterà tra poco), è sì presente sulle superfici per un certo tempo (da poche ore per il rame, a 3 giorni per plastica e acciaio), ma che da tale materiale (posto in coltura) non è stato possibile ricreare alcun virus. Ossia, si tratta di materiale inattivo. Un po' come dire che se spargiamo la terra di semi di zucca fatti a pezzetti, le analisi chimiche confermeranno la presenza della stessa materia di cui sono fatti i semi di zucca. Peccato che non potrà nascere alcuna piantina da tale "semina", poiché i semi (così come i virus, se ammettiamo che siano patogeni) possono "funzionare" solo se integri.

Inoltre, dall'analisi degli andamenti dei decessi nel periodo ottobre 2019 – ottobre 2020, l'innalzamento si è verificato proprio nel momento in cui le misure restrittive sono state imposte (fascia rossa nella figura 1).

Torneremo a fare delle riflessioni su questo aspetto alla fine del presente scritto.



**Figure 1:** l'andamento dei decessi nel periodo ottobre 2019-ottobre 2020 (curva blu) confrontato con la curva dei decessi massimi (curva rossa) e dei minimi (curva verde) nel medesimo periodo dell'anno (da ottobre a ottobre successivo) mediati sugli anni 2015-2019. (fonte: [https://www.matteograxis.it/wp-content/uploads/2021/01/Covid19\\_analisi\\_dei\\_fatti.pdf](https://www.matteograxis.it/wp-content/uploads/2021/01/Covid19_analisi_dei_fatti.pdf), raccomandiamo di visionare anche l'intero lavoro di Mateo Graxis e Mirco Vandelli<sup>xi</sup>).

Da quanto commentato fin qui, si può poi ritenere utile qualunque tipo di lockdown?

Risulta difficile, visti i prezzi che esso comporta: ha creato (e continua a creare) danni immensi (come la chiusura di circa 380'000 aziende, per non parlare degli aspetti umani, sociali, psicopedagogici e molto altro), non giustificabili a fronte di una sola fittizia "impossibilità di fare altrimenti".

E questo vale anche in merito al millantato "collasso" delle terapie intensive: cosa possibilmente credibile solo durante la fase "di panico" dell'inizio primavera 2020, solo in certe città e, soprattutto, per nulla nuova: si vedano gli articoli di giornale usciti durante il periodo influenzale degli anni passati<sup>xii</sup> (specialmente del 2012, 2015, 2017, 2018). Per esempio: «I malati di influenza curati con le macchine salva-polmoni – L'allarme dai reparti di terapia intensiva – picco di casi: 519 mila in 7 giorni» campeggiava su Il Corriere della Sera, 22/01/2015. Oppure: «L'anno nero dell'influenza: morti ventimila anziani in più» recitava La Repubblica Salute, 17/03/2017 (fatto che ha significato il 42% in più di morti a gennaio rispetto alla media calcolata sugli altri anni: un qualcosa, che sulla media nazionale, rappresenta circa 131 mila morti in più in quell'anno, nel periodo 1 marzo – 15

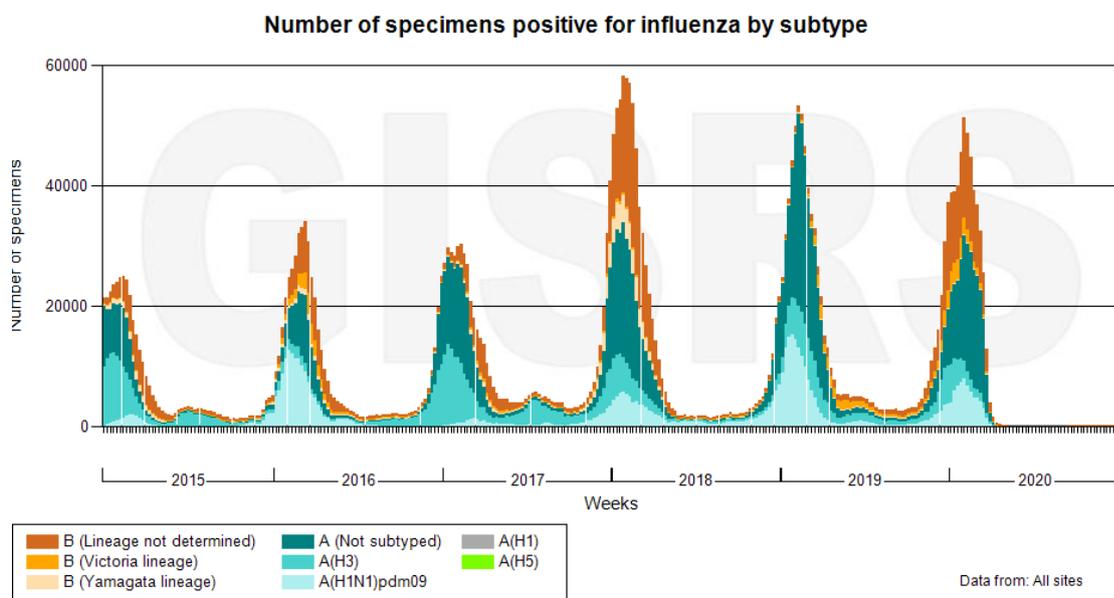
maggio, di cui 33 mila decessi per malattie respiratorie, mentre nel medesimo periodo 2020, i “morti Covid19” sono stati meno, circa 31 mila<sup>xiii</sup>).

Domande: in quegli anni che hanno preceduto il 2020, in cui l’influenza aveva fatto tremare le terapie intensive più volte, ed aveva creato migliaia di morti, era stata messa in ginocchio l’economia di un paese? In Tv si parlava di influenza 24 ore al giorno 7 gironi su 7? Era stato dichiarato lo stato di emergenza? Si era calpestata la Costituzione italiana coi DPCM? Si facevano gli applausi (pur meritati) a medici e infermieri?

Nel considerare quella temporanea saturazione delle terapie intensive, si tiene conto dei tagli fatti alla sanità durante gli ultimi 20 anni, in conseguenza dei quali ciò che prima era gestibile ogni inverno, dopo sia divenuta “un’emergenza” tale da chiudere un paese in casa...?

E si tiene conto che il pur momentaneamente reale collasso delle terapie intensive di un certo periodo è cessato ormai da mesi<sup>xiv</sup> e che tale criticità era pure abbreviabile con l’utilizzo delle terapie citate poco sopra, alcune delle quali erano già disponibili dopo le prime 2 o 3 settimane di possibile spaesamento? Perché e per cosa viene tenuto lo stato di emergenza? Può un coprifuoco, o una chiusura serale dei ristoranti e locali servire al contenimento dei “contagi”? E se anche fosse, a che prezzo?

Nonostante tutto quanto detto dovrebbe costituire un’evidenza già consistente per cambiare rotta nella gestione della “situazione di emergenza”, ancora nella puntata di Porta a Porta del 14 aprile 2021, viene trasmesso un servizio<sup>xv</sup> che, nel fare chiarezza sul perché in Italia si muoia tutt’ora di Covid19 più che in altri paesi dell’UE, rintraccia la ragione di ciò nel fatto che in Italia (ancora con 45 decessi/milione di abitanti alla settimana), dopo il periodo di Natale, sono state adottate misure restrittive sulla mobilità in metà della forza con cui sono state condotte per esempio in Germania (16 decessi/milione alla settimana) e Regno Unito (11 decessi/milione alla settimana). Eppure, lo stesso Bruno Vespa, appena dopo il servizio, riferisce<sup>xvi</sup> di un’inchiesta del giornale Libero, in cui viene riportato che nel periodo gennaio-febbraio 2021 (in quello che ancora viene considerato uno stato di “pandemia”) si sono registrati 2 mila morti in più rispetto alla media sugli anni 2015-2019 del medesimo bimestre (prima della dichiarazione dello stato d’emergenza in Italia), nonostante – prosegue sempre Vespa – si sono registrati nel bimestre gennaio-febbraio 2021 ben 12 mila morti “Covid19”. Quindi? Si aggiunge che, ciò potrebbe spiegarsi col fatto che nel 2021, ci sono stati 2 mila morti in meno per incidenti stradali (data la ridotta mobilità) e 8 mila morti in meno perché «non c’è stata l’influenza» (!).



**Figure 2:** andamento temporale dei casi influenzali (fonte: <https://apps.who.int/flumart/Default?ReportNo=10>)

E come mai dovrebbe essere sparita la cosiddetta “influenza”? E come si spiega che la cadenza dei casi Covid19 avrebbe proprio l’andamento temporale tipico dell’influenza la quale, nella stagione invernale 2020-2021, sarebbe magicamente sparita (si veda la figura 2)?

E come si spiega che tale sindrome Covid19 darebbe proprio dei sintomi quasi totalmente sovrapponibili con quelli influenzali (si veda la figura 3)? Forse che sia stato fatto un gioco di “cambio di etichette”?

Non è forse che in questa occasione la differenza l'ha fatta il fare sui canali media (tv, radio, quotidiani e riviste, social, ecc.) "il primo piano" ed "il bollettino tragico" di un fatto assolutamente normale (cioè: che si muore)?? In Italia muoiono, su media annuale, circa 1750 persone al giorno, con naturale incremento nei mesi di ottobre-aprile e calo in quelli di maggio-settembre.

C'è da chiedersi davvero se, tra marzo e aprile 2020, forse, le morti non siano avvenute così maggiormente negli ospedali e nelle RSA, oltre per la rimozione della medicina di territorio, anche per un altro motivo: gli ospedali sono stati presi d'assalto da gente in panico, nelle seconde vi erano già anziani residenti ed isolati a "imbottirsi" di paura con telegiornali e bollettini di morte. Non considerare il ruolo dei media in questa vicenda è come non tener conto della luna per comprendere le maree.

E quindi – potrebbe chiedersi qualcuno – si sta negando che ci siano stati dei morti per impossibilità respiratorie? L'ecatombe che si è verificata in certe città, in certi reparti ospedalieri, cos'è? Una finzione? Medici ed infermieri nei reparti di terapia intensiva non hanno forse visto la tragedia di persone morirgli tra le braccia con quadri clinici che precipitavano nel giro di poche ore o di pochi giorni? Molte famiglie non hanno fatto forse la tragica esperienza di vedere dei loro cari ai quali è cominciata un po' di febbre, con un po' di dispnea, poi voltasi in fiato corto e seria ipo-ossigenazione, fin quando non restava che il ricovero d'urgenza e l'intubazione?

Nulla di quanto sopra viene negato, ma ci sono due aspetti che se non precisati, permettono il costruirsi del grande equivoco:

- il primo è che il fare esperienza di un fatto (i quadri clinici respiratori e le morti) non significa avere la prova di una reputata causa di quel fatto (un virus, seppur questo sia rilevato);
- il secondo è credere che il fatto in questione sia qualcosa di straordinario e mai avvenuto prima (cosa non vera, per i dati reperibili sugli anni precedenti) e che, se anche lo fosse (infatti in certi reparti – tipicamente del nord Italia – le condizioni sono state veramente, per giorni e settimane, da cardiopalma), non ci si può permettere di non vederne le reali ragioni di contesto (come ad esempio il fatto che è stata rimossa la medicina di territorio, e le terapie domiciliari, da 20 anni sono state ridotte al minimo le risorse della sanità sia in termini di strutture che di personale, e non sono stati sostenuti dei protocolli terapeutici funzionanti e sperimentati già entro le prime 3 settimane anche in altri paesi, senza contare che lo scoraggiare le autopsie è qualcosa che deve farci fare delle domande e che non può essere giustificato ingenuamente con "la pericolosità infettiva delle salme infette", in quanto – anche se fosse – si tratta comunque di operazioni fattibilissime, ed è la prassi l'adottare protocolli per gestire questo tipo di indagini in suddette condizioni).

Esigere questo rigore ragionato è di fondamentale importanza per dirimere l'attuale delirio senza finire nella faciloneria liquidante, per onorare rispetto ai morti e ai famigliari, poiché si comprende cosa e perché è accaduto. Commenteremo questo punto nel paragrafo "Eziologie".

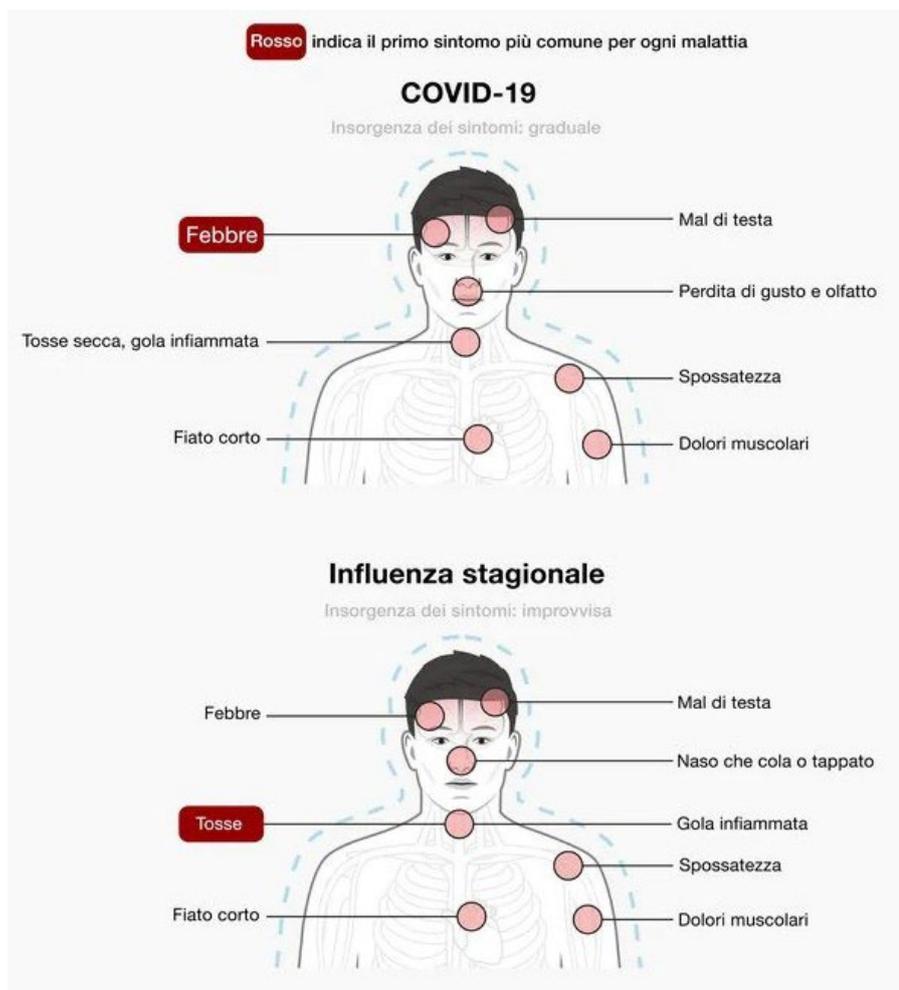


Figure 3: Schema grafico del raffronto tra sintomi influenzali e sintomi da Covid19, come si vede sono praticamente sovrapponibili (fonte: <https://scienze.fanpage.it/questo-schema-mostra-le-differenze-tra-i-sintomi-di-covid-19-influenza-raffreddore-e-allergie/>)

Si consideri in ultimo (in tabella 1) un breve raffronto tra Italia ed altri 3 paesi, dalla densità demografica simile, in cui, oltre alla non compulsiva adozione di tamponi e vaccini (si vedano le sezioni seguenti), forse, la definizione di “casi Covid19” e di “morti Covid19” è più realistica. Si facciano delle riflessioni.

Nazione	Abitanti (milioni)	“Morti Covid”	Tamponi per milione di abitanti	Mesi in Lockdown e/o Coprifuoco	% di Popolazione vaccinata	“Morti Covid” al 17/04/2021
Italia	60	116'000 (1900/mln)	908'000	8	18	310
Giappone	126	9'500 (76/mln)	85'000	0	0.5	34
Corea del Sud	52	1'700 (35/mln)	163'000	0	0.1	3
Taiwan	24	11 (0.5/mln)	21'000	0	0.1	0

Table 1: dati aggiornati al 17 aprile 2021, fonte: [www.worldometers.info](http://www.worldometers.info)

Un punto centrale, infatti è: come vengono dichiarati i “morti Covid19”? E ancor di più: come vengono stimati i “casi” di Covid19? E cosa sta volendo dire “casi”?

E ancora: se si preparassero per esempio 20 tamponi PCR per altre 20 specie/tipologie virali, ognuno di noi risulterebbe senz'altro positivo a qualcuna di esse. E allora la domanda è: come si fa a decidere il responsabile virale dei sintomi in un organismo? Come si potrebbe decidere, inoltre, quale specie virale tra tante reperibili a livello di mucose nasale o laringea, sia la responsabile di sintomi siti a livello polmonare o bronchiale (o in molti altri tessuti, visto che al Covid19 si stanno attribuendo sempre più eventi clinici)?

Possiamo scommettere che, se li cercassimo, saremmo positivi ad almeno decine e decine di virus, se solo si preparassero i tamponi per rilevarli. E allora: chi e come decide quale di questi debba essere il responsabile di

determinati sintomi o meno? Forse che la *teoria dei germi e del contagio*, che ritiene che i virus siano *causa* di malattia abbia qualche falla concettuale? Ne parleremo nella sezione “Eziologie”.

## 2. Tamponamenti sulla via dell'abisso

Per rispondere alle ultime domande appena poste dobbiamo guardare ai metodi diagnostici adottati: i test e i tamponi. Ve ne sono di tre tipi: quelli molecolari (amplificanti una sequenza genomica ritenuta del virus cercato, tramite metodica RT-PCR in liquidi nasali, faringei o di lavaggio bronco-alveolare), i test (rapidi) antigenici (che rilevano la presenza di proteine proprie del nucleo-capside del virus ipoteticamente presente in un campione di liquidi nasali o laringei ed opportunamente frammentato da un reagente), quelli sierologici che rilevano in campioni ematici la presenza di anticorpi (immunoglobuline, Ig, di 2 tipi, M o G, a seconda della fase di risposta immunitaria) sviluppati come risposta immunitaria “all’infezione da virus”. Tutti e tre hanno dei problemi. E non da poco.

Partiamo dall’ultimo, il sierologico: non ha nessuna specificità in quanto la presenza di immunoglobuline nel sangue dipende dall’attivazione del sistema immunitario in conseguenza di svariate cause e tra quelle includenti “infezioni virali”, le IgM o IgG prodotte non sono specifiche per ogni tipo di virus, quanto piuttosto operano su un ampio spettro di componenti estranei all’organismo (riconosciuti come *non-self*). Quindi trovare delle IgM non significa essere potenzialmente infettivi di Sars-Cov-2, trovare delle IgG non significa essersene già immunizzati (sempre tenendo buono il paradigma secondo cui i virus siano *causa* di malattia).

I test antigenici, che sarebbero i più adatti da usare in quanto meno passibili, in teoria, di produrre dei falsi positivi, hanno dimostrato di essere però altamente inaffidabili ed aspecifici<sup>xvii</sup>, tanto da far risultare positive al Sars-Cov-2 molte sostanze in cui la presenza di proteine è scarsa (tanto più lontana da similitudini con quelle virali) quali frutta o verdura (si veda anche video dimostrativo<sup>xviii</sup>) e birra. E che sia ben chiaro, non si creda al falso debunking che pretende di far credere che i test su frutta e verdura sono risultati positivi a causa dei pigmenti che migrerebbero lungo la striscia di demarcazione. Questo è insostenibile in quanto la striscia contiene precisi anticorpi che possono reagire solo con determinate proteine (in teoria solo con quelle del virus) e non con il pigmento. Infatti, non accade che i nostri anticorpi si innalzano dopo che si ingerisce o si tocca un cibo dotato di pigmenti. In secondo luogo, se anche così fosse, il test sarebbe inutilizzabile a priori poiché anche i campioni di muco umano (materiale da testare) possono essere pigmentati (specie se di fumatori).

Passando all’ultima tipologia, i test PCR, attorno ai quali si annoda tutta la questione sensibile tanto per determinare l’esistenza di un nuovo “virus patogeno”, quanto per il mantenimento dello stato d’emergenza, dobbiamo scendere più nel dettaglio. Partiamo dal fondo: come vengono definiti i “casi” in base a cui si decide il famoso indice  $R_t$  o “fattore di contagio” (che indica il rapporto tra “infettanti ed infettati”), e che, se sale sopra certe soglie (piuttosto arbitrarie in quanto da un pezzo sono comunque inferiori a 1), fa scurire “il colore” alle regioni italiane?

Il test RT-PCR (cioè il test PCR a trascrittasi inversa) si effettua introducendo nella sospensione liquida del surnatante (separato dal campione prelevato da mucosa nasale o laringea) due *primers*, cioè due sequenze nucleotidiche create *ad hoc* o già disponibili in banche genetiche, in modo che (durante la detta fase di *annealing*, in quanto implicante riscaldamento) si accoppino ad una precisa sequenza di RNA (virale) nella sospensione, creando così una molecola di DNA artificiale, che è poi moltiplicata con un certo numero di cicli della Polymerase Chain Reaction (PCR, appunto).

Ogni ciclo raddoppia la quantità di DNA (2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, ecc.) quindi, più cicli si effettuano e maggiore è la quantità di DNA prodotta, ma maggiore è anche l'accumulo di errori nella copiatura di tali sequenze (esiste sempre un rumore di fondo, specie laddove si tratta di processi catalizzati dall'innalzamento di temperatura). Quindi maggiore è il numero di cicli e minore è l'affidabilità del test PCR, ovvero la sua capacità di amplificare qualcosa che effettivamente esiste in modo significativo nel campione (e che abbia minimamente a che fare col virus che si cerca): oltre i 25-30 cicli il risultato è essenzialmente privo di significato scientifico (come affermato anche da uno dei massimi esperti mondiali di PCR, il Prof. Stephen Bustin<sup>xix</sup>).

La grande differenza tra il test antigenico ed il molecolare (PCR) è che quest'ultimo, utilizzando un elevato numero di cicli, rileva anche la singola molecola di acido nucleico corrispondente al gene del virus, e quindi dà

come positivi anche casi in cui la carica virale è bassissima e tale da non essere in grado né di generare alcun sintomo (da cui l'elevato numero di positivi asintomatici), né di rendere "infettivo" il soggetto definito positivo.

Il lavoro di Jaafar et. al mostra come, di un campione di pazienti sui quali siano stati fatti dei test PCR ad un dato numero di cicli, la effettiva positività, testata con coltura cellulare (in cui si riproducono virioni [o, forse meglio, esosomi?]) sia inversamente proporzionale al numero di cicli, cioè: con test PCR fatti a 25 cicli il 70% di questi soggetti risultava dare positività reale a coltura cellulare, con test PCR a 30 cicli, solo il 20% di essi era veramente positivo, con test PCR a 35 cicli, solo il 3% delle colture era positivo.

Se consideriamo ad oggi la media attuale dei test PCR (in Italia tutti effettuati con numero di cicli superiore o uguale a 35), si può stimare che la media dei veri positivi si aggiri attorno al 4% dei test PCR effettuati. Contando che di questi positivi, il 95% è asintomatico, avremmo che su 60 milioni di abitanti, il 4% del 5% necessiterebbe di cure (fattibilissime e domiciliabili): se stessimo parlando di tamponi PCR fatti su tutta la popolazione, avremmo circa 120mila persone da curare con terapie domiciliari. Ma se i morti attribuiti al cancro nel solo 2017, per esempio, sono stati circa 180mila<sup>xx</sup>, si può giustificare uno stato di emergenza su tali cifre?

La problematica sui test PCR è seria e verte su due fronti: (i) il numero di cicli utilizzati negli screening (di solito maggiore di 30) e (ii) l'utilizzo dei *primers* che dovrebbero amplificare l'RNA virale a cui far "da specchio" per trasformarlo in DNA ed essere poi raddoppiato ad ogni ciclo (il problema è che al mondo esistono circa 80 tipi di primers amplificanti, quindi 80 tipi di sequenze differenti e quindi 80 tipi di tamponi diversi, la cui convalida pertiene al successivo problema: la necessità di un *gold standard*).

Il *gold standard* è dato dall'isolamento originale della sequenza genica che possa essere attribuita **con certezza** al tipo di virioni che si stanno caratterizzando. Per far ciò è necessario che tali particelle virali siano realmente *isolate* dal "brodo" ottenuto dal surnatante, estrapolate (selezionate) cioè dal mix di altro materiale che ivi è presente, in modo da esser sicuri che ciò che la RT-PCR va ad amplificare sia effettivamente il genoma del virus identificato.

Bene, questo *gold standard* per il Sars-Cov-2 non esiste: il prof. Scoglio ha analizzato<sup>xxi</sup> tutti gli studi che parlano di "isolamento del virus", e ha mostrato come essi, pur verbalmente parlando di "isolamento", si riferiscono di fatto alla medesima procedura con cui si fanno i tamponi (fallacemente) usati per la diagnosi, ossia i cicli di amplificazione con primer arbitrari (e diversificati, si veda di seguito) sono stati performati su una sospensione ottenuta dal campione organico nasale o faringeo che contiene di tutto ed in special modo materiale organico del soggetto a cui è stato fatto il tampone. Infatti, in 150 microlitri di "brodo" da esaminare con test RT-PCR vi sono circa 30 miliardi di acidi nucleici (RNA e DNA) di cui fino a oltre il 90% di origine umana<sup>xxii</sup> (in quanto appartenenti a cellule o a vescicole extracellulari ed esosomi, senza contare che l'8% del DNA umano è di origine virale).

I primer poi sono sequenze di 18-24 nucleotidi ciascuno: il genoma del virus SARS-Cov2 è presumibilmente composto da circa 30.000 basi; così i due primer rappresentano solo lo 0,07% del genoma virale. Allora com'è possibile selezionare il virus specifico che si sta cercando sulla base di una sequenza così esigua, inoltre in un mare di miliardi di particelle simili a virus (per di più di appartenenza all'ospite umano)? E, che affidabilità può avere una sequenza genica usata come standard, se è stata "isolata" in simili condizioni? E, quindi, quanti falsi positivi potrà dare?

Ciò che il Prof. Scoglio ci fa notare<sup>xxiii</sup> è che ad oggi le validazioni esistenti di questi tamponi molecolari sono solo: quella di un test fatto a scopo di ricerca e non circolante in commercio; l'auto-validazione fatta dall'Istituto Pasteur, talmente poco specifico da contenere addirittura una sequenza genica del DNA umano; e uno studio su 7 test-tampone commerciali, che però conclude che almeno uno dei 3 geni normalmente utilizzati (sufficiente, oggi, per dichiarare da solo la positività), il gene E, non è specifico e appartiene anche ad altri corona virus (gli altri geni testati in PCR sono l'N, che codifica per alcune proteine del nucleocapside, e l'S, che codifica per la proteina spike, e/o i geni del tipo Orf).

Inoltre, la presunta specificità dei primer utilizzati, millantata da sedicenti fact-checker<sup>xxiv</sup>, in quanto identici a sequenze del Sars-Cov-2 è prontamente auto-smentita dalle stesse fonti che loro utilizzano<sup>xxv</sup>, che mostrano infatti come, per i geni E ed N del Sars-Cov-2, la sequenza genica è identica a quelli del Sars-Cov-1 che è circolante (ed ormai integrato nella popolazione umana) dal 2004. Infatti, proprio il Sars-Cov-1 (ceppo Frankfurt) viene

utilizzato come *positive control* per validare almeno due dei tre saggi di RT-PCR (per i tre geni), ma allora un tampone che non distingue tra Sars-Cov-1 e Sars-Cov-2 produrrà senz'altro molti falsi positivi per *cross-reattività* (in aggiunta ai falsi positivi che produrrà per eccesso di cicli di amplificazione, anche dando per buono che non ci siano sovrapposizioni con altri virioni).

Inoltre, la omologia per i test sui geni E ed N genererà una elevata cross-reattività con i Coronavirus BtRs-BetaCoV (MK211374- MK211378), SARS coronavirus Urbani (MK062179- MK062184), Bat-Coronavirus (KY770858-KY770859), SARS coronavirus (AH013708-AH013709, e con altri)<sup>xxvi</sup>, tipicamente già parte della "fauna virale" di cui l'essere umano può essere ospite.

L'ulteriore inganno, che tiene in piedi "l'emergenza", sta poi nel fatto che, mentre all'inizio i tamponi PCR erano considerati "positivi" solo se si trovavano tutti e tre i geni (E, N, S), da Aprile, in seguito a un comunicato della OMS<sup>xxvii</sup>, è stato deciso che bastava trovare un solo gene (con tutti i problemi di falsa positività annessi appena descritti).

Questo "trucco", inoltre, è connesso anche alla farsa delle "varianti": al GISAID, la banca dati dei virus, a Febbraio 2021 c'erano oltre 450.000 sequenziamenti diversi del virus, ovvero oltre 450.000 varianti<sup>xxviii</sup>. Alcune di esse sono state definite come più pericolose (come quella inglese o quella sudafricana) in quanto più trasmissibili. Ora, senza qui entrare nel dettaglio in merito a quale inadeguato criterio è stato utilizzato per stimare questa aumentata trasmissibilità (per cui rimandiamo ad una argomentazione precisa<sup>xxix</sup>) bisogna chiedersi:

- *in primis* come può un virione dalle dimensioni di 100 nanometri sopportare quasi mezzo milione di varianti senza che tali varianti si assomiglino o si sovrappongano? E come vengono distinte, dalle semplici mutazioni? Quando inizia una "variante" e quando è una mutazione? Quando un virione è ancora possibilitato di chiamarsi col medesimo nome o quando lo deve cambiare...? Domande di lana caprina, e le risposte, comunque non arricchirebbero nulla dal punto di vista pragmatico sul da farsi.
- *in secundis*, per fare un esempio, la negatività al gene S, con parallela positività ad uno di altri due geni (N ed Orf1ab), ovvero ciò che da aprile fino ad oggi era stata una (seppur scorretta) "positività", è ora diventata la prova dell'esistenza della variante inglese, in quanto essa avrebbe un gene S differente (e non amplificabile dall'attuale test RT-PCR). Comunque, perché ci sia vera positività occorrerebbe almeno che tutti e tre i geni fossero rilevati dal test, così da poter detectare un virus intero e dunque attivo, «*Ma ora – citiamo testualmente il prof. Scoglio – invece di correggere questo errore manipolativo, ci hanno aggiunto un'altra truffa: se questa volta, invece di essere positivo al solo gene S, sei positivo al solo gene N o Orf, cosa che fino a dicembre ti rendeva semplicemente (e ingiustamente) positivo, sei dichiarato affetto dalla variante inglese*»<sup>xxx</sup>.

E così la giostra va avanti a girare. E continuerà a farlo fin quando un numero sufficiente di persone non ne avrà compreso l'immensa falsità ed inconsistenza scientifica. Ecco il perché di questo modesto articolo di revisione. Ci resta in petto una domanda intrattenibile: ma dove sono i medici ed i biologi? È mai possibile che non esista un cluster di almeno 10 mila professionisti italiani (impossibili da radiare tutti, se si muovono insieme) che possa a coro unico e compatto dar voce alla verità?

Ora, tiriamo delle prime somme. Se non fosse ancora abbastanza chiaro: stiamo parlando di "un'emergenza pandemica"

- il cui numero di soggetti infetti (detti "casi") è sovrastimato almeno del 90%,
- è calcolato con tamponi che pretendono di identificare la precisa appartenenza di una sequenza genica di un virione mai isolato davvero
- la cui sequenza (di 30000 nucleotidi) vorrebbe esser identificata in un campione organico ove sono presenti circa 30 miliardi di acidi nucleici ogni 150 microlitri, usando due sequenze-primer di appena 18-24 nucleotidi (lo 0.07% dell'intero genoma cercato);
- inoltre, tali primer possono essere pure diversi, arbitrariamente scelti da chi produce il tampone, tanto che in commercio ne esistono circa 80 tipi,
- nessuno dei quali ha subito una convalida da enti terzi,

- e tali sequenze-primer sono peraltro pure sovrapponibili con quelle di altri componenti (altri virus, o materiale dell'ospite umano, come esosomi o vescicole extracellulari);
- i suddetti tamponi a PCR, infine, sono effettuati compiendo un numero di cicli di amplificazione superiore a 25, tanto che non hanno più un rapporto segnale/rumore attendibile
- e, a differenza di quanto accadeva per le sindromi influenzali, vengono dichiarati come "casi" dei soggetti sani senza sintomi.

Abbiamo reso l'idea?

### 3. Campagne "vaccinali"... Città sperimentali

Proseguiamo nell'analisi della congruenza di ciò che viene narrato dal mainstream.

Bisognerebbe mettere bene a fuoco che tutto quanto sin qui discusso fa riferimento alle direttive ufficiali, alle istituzioni, ai ministeri, agli enti di controllo e regolamentazione, nonché alle approvazioni di comitati scientifici più o meno delegati dai precedenti. Tutto questo è abbastanza preoccupante, viste le prime elefantache incongruenze fin qui esposte che – lo vogliamo ricordare – sono state sin qui discusse entro un certo "strato descrittivo": quello secondo cui esiste un rapporto di causalità tra virus patogeni e malattie.

Si consideri che i suddetti "enti di sistema" ed istituzioni con le loro direttive, *prima* hanno raccontato che bisognava controllare il maggior numero di individui possibile con sistemi di tracciamento quali la App Immuni® che definiva se un soggetto fosse stato a contatto con altri "infettivi", se fosse esso stesso infettivo o no, o non più, quando si diceva che il modo per immunizzarsi era "aver già fatto la malattia COVID-19" (testimoniata da IgG), e si considerava non infettivi quando si risultasse negativi al tampone (che nel caso del PCR, dà falsi positivi almeno nel 90% dei casi).

Ora, lo stesso sistema istituzionale ci dice, invece, che l'unico modo per immunizzarsi sia quello di fare un vaccino che non è un vaccino, che è stato sperimentato in maniera trasversale solo per 2 mesi, e di cui si stanno osservando effetti su larga scala da non più di 3-4 mesi, dai cui effetti collaterali sono man levati tanto i produttori quanto i governi (ed il paziente deve farsi carico delle *reazioni avverse*, firmando un consenso "informato", che non è in grado di rispondere alle domande che presenteremo di seguito). Inoltre, tale vaccino, sempre ci viene detto, è preparato con delle sequenze geniche di laboratorio che sono ovviamente univoche, fisse e create ad un dato tempo, per un qualcosa (il virus) che ad aprile 2021 avrebbe avuto circa 450.000 varianti e che muta in continuazione.

Dopo di che, le medesime istituzioni sostengono che, per tale motivo, il "(non)vaccino sperimentale", in effetti, non può immunizzare se non per un tempo limitato, e che tale "non vaccino" oltre a non liberare dall'onere di indossare mascherine e di mantenere distanziamenti sociali, anzi, rende i "vaccinati" pure "contagiosi" e – viene ammesso – "produttori di altre varianti" che diverrebbero pure endemiche e che si dovrà pertanto vaccinarsi anche più volte all'anno (dati i diversi tipi di varianti ed i vari richiami). E questo accade nonostante qualunque immunologo sappia benissimo che effettuare campagne di vaccinazione di massa durante eventi epidemici equivale a sabotare quasi irrimediabilmente il normale decorso di un'epidemia<sup>xxxix</sup> che vede il proprio spegnersi per adattamento immunitario e/o per integrazione dei virioni tra le componenti note della "fauna organica".

E come se non bastasse – visto che già così sembra una storiella alla *Balle Spaziali* di Mel Brooks – questi "non vaccini" che stanno procurando reazioni avverse anche molto gravi ed irreversibili, nonché molti morti in vari paesi<sup>xxxix</sup>, dovrebbero presto essere pure abbinati a dei microchip sottocutanei<sup>xxxix</sup> (o addirittura potenziali *nano-device*<sup>xxxix</sup>, inoculati insieme allo stesso, detti anche *quantum dots* o *smart dust*) per "monitorare lo stato di salute" e per comprendere (o controllare?) chi sia vaccinato o no. Il tutto, come ben possiamo vedere, congiuntamente al fatto che non dovrà essere più legale viaggiare senza aver subito la (non) vaccinazione sperimentale e non sarà legale nemmeno fruire di normali servizi sociali e commerciali, così come prender parte ad attività professionali come quelle sanitarie o qualunque altra che preveda il contatto fisico con altre persone.

Prima di porre alcune domande e riflessioni su queste terapie geniche sperimentali (dette impropriamente "vaccini"), discutiamo brevemente sui fondamenti dapprima solo scientifici dell'obbligo vaccinale per alcune

categorie, ragionando sull'effettivo rapporto rischi/benefici. Di seguito rifletteremo anche su aspetti etici e ideologici.

Prendendo ad emblema la situazione italiana, ed in particolare la incostituzionale obbligatorietà vaccinale per le categorie professionali operanti nella sanità, si tenga conto che l'Aifa, alla sezione FAQ<sup>xxxv</sup> confonde l'efficacia protettiva del vaccino con la riduzione del *rischio relativo* (che ovviamente non dà un'idea dei numeri reali, come invece fa il *rischio assoluto*). Considerando infatti la sperimentazione condotta sul vaccino Pfizer<sup>®xxxvi</sup>, sui 18.198 pazienti vaccinati solo 8 hanno sviluppato i sintomi del Covid-19, mentre sui 18.325 pazienti trattati con il placebo 162 hanno sviluppato i sintomi della malattia. Pertanto, essendo 8 il 5% di 162, si è concluso impropriamente che l'efficacia del vaccino sia pari al 95%, che in realtà rappresenta semplicemente la riduzione del *rischio relativo* fra i due gruppi.

Ma se su 18.325 pazienti con placebo ci sono stati 162 casi con sintomi da Covid-19 cioè lo 0,88% e sui 18.198 pazienti vaccinati ci sono stati 8 casi sintomatici, cioè lo 0,04%, facendo la differenza tra i due valori otteniamo la riduzione del rischio assoluto:  $0,88\% - 0,04\% = 0,84\%$ . Detto altrimenti: i 18.198 pazienti vaccinati hanno avuto una riduzione dello 0,84% del rischio di sviluppare sintomi rispetto ai 18.325 casi del placebo. Meno dell'1%: statisticamente irrilevante.

E chi sa dire quanto durerebbe la protezione (da cosa poi?) indotta dal vaccino? E quanto è l'incidenza di alterazioni anche gravi a lungo termine del sistema biologico in cui tali preparati sono stati inoculati? L'Aifa nella sua FAQ n° 9 afferma che le conoscenze sugli altri tipi di coronavirus indicano che la protezione dovrebbe essere di almeno 9-12 mesi: a parte il fatto che le conoscenze su di un coronavirus non sono necessariamente trasferibili su un altro coronavirus, va rilevato soprattutto che non esiste alcun vaccino per altri tipi di coronavirus, per cui non vi è alcun dato comparabile.

Infine, l'Aifa, nella FAQ n° 11 afferma che è necessario più tempo per ottenere dati significativi in merito alla possibilità di infettare altri soggetti (anche in modo asintomatico) da parte dei vaccinati (tale per cui i vaccinati e le persone che entrano in contatto con loro dovrebbero continuare ad adottare le misure di protezione anti-Covid). Ma allora: se non è chiaro se la vaccinazione massiva protegga o meno coloro che non si possono vaccinare e se non permette un ritorno alla vita normale, che significato ha la sua perentoria obbligatorietà? Su quali basi scientifiche si fonda? Pura follia, senza contare che nessuno ha effettivamente controllato la corrispondenza dei dati dichiarati dalla Pfizer<sup>®</sup> sulla composizione reale del suo vaccino e sulla veridicità delle sperimentazioni condotte. Come si può giocare così sulla salute delle persone?

Entriamo ora più nel dettaglio. Riferendosi in special modo ai (non) vaccini Astrazeneca<sup>®</sup>, Pfizer<sup>®</sup>, Moderna<sup>®</sup> e Johnson & Johnson<sup>®</sup>, cominciamo con alcune domande.

Se è così vero che hanno isolato il virus Sars-cov-2, allora perché molti vaccini (tranne lo Sputnik e quello cinese) non sono preparati a base di virioni attenuati? Bastava usare quelli, no? Perché poi viene detto che questa pandemia non potrà trovare estinzione se non con questa terapia genica sperimentale (chiamata indebitamente "vaccino")? Come hanno fatto le precedenti pandemie ad esaurirsi in assenza di vaccini? È una follia così grande pensare di scegliere la via dello spegnimento naturale per una tipologia di virus che (prendendo per buono il tampone PCR darebbe il 95% di soggetti senza sintomi e tenendo conto che per il restante 5% sono disponibili terapie<sup>xxxvii</sup> efficaci di facile somministrazione, domiciliabili, economiche)? È bene puntualizzare che credere, per esempio, che l'influenza spagnola abbia visto la propria fine grazie ai vaccini, non solo è un errore, ma è all'antipodo del vero in quanto ci sono studi<sup>xxxviii</sup> che illustrano una stretta correlazione tra l'avvento di tale pandemia (reale in quel caso!) e campagne vaccinali inaccurate con altissima prevalenza dei vaccinati tra le vittime di quella piaga<sup>xxxix</sup>. Perché, quindi, nelle informazioni di mainstream viene continuamente ripetuto che per il Covid-19 non esistono terapie e che dire il contrario significa dare delle "fake news"?

È possibile essere così sicuri, infine, che il vaccino sia qualcosa che aiuti rispetto ad eventuali agenti pandemici? La libera circolazione e la normalità del vivere, oltre a garantire stili di vita più sani (in cui si fa moto, si sta con la pelle al sole, ci si abbraccia, ci si vede in faccia e relaziona) permetterebbe al sistema immunitario di apprendere naturalmente, gradualmente e multiforme-mente le varianti plasmate dall'ambiente.

Ciò eviterebbe inoltre il rischio (nei vaccinati) di una risposta immunitaria iper-espressa<sup>xl</sup> (come sembra essere successo anche a chi ha fatto in dicembre-gennaio 2019-2020 vaccinazioni antinfluenzali o

antimeningococcici che hanno prodotto co-morbilità al 35% con il Sars-Cov-2 e forti *Antibody Dependent Enhancement*, ADE, da cui l'iper-risposta infiammatoria) con tutti i problemi sul microcircolo che ne conseguono per la *tempesta citochinica* e le varie tromboembolie o coagulazioni intravasali.

È proprio la risposta infiammatoria e immunitaria che implica la possibile letalità del Covid-19, non il virus di per sé (che in moltissimi soggetti viene catalogato dal sistema immunitario in maniera totalmente subclinica). L'immunologia parla chiaro: la specificità degli anticorpi è un processo *in fieri* e la vastità del corredo anticorpale è proprio frutto della relazione con il campionario virale ambientale e va di pari passo con l'ampiezza e la varianza di tali interazioni a cui l'organismo è soggetto<sup>xi</sup>.

#### 4. *Neo-genesi immunitarie*

Ora, entrando un po' più in dettaglio sul meccanismo d'azione per esempio del vaccino "BNT162b2", a mRNA, prodotto da Pfizer®-BioNTech®, Fosun Pharma®, vale la pena fare qualche riflessione.

Bisogna prima considerare che il descritto meccanismo d'azione sembra essere piuttosto lineare ed ineccepibile, ma solo perché non vengono contemplati alcuni aspetti. Infatti, viene detto<sup>xiii</sup> che l'mRNA vaccinale dovrebbe entrare in alcune cellule (come cellule dendritiche, fibroblasti, macrofagi, monociti) tramite inclusione delle micelle lipofile in cui esso è contenuto (nel preparato vaccinale), dopodiché verrebbe "letto" dai ribosomi di tali cellule che assemblerebbero così tre subunità della proteina spike virale, di seguito portata in superficie e rilasciata nell'ambiente extracellulare alla morte della medesima cellula "vaccinata".

A questo punto queste proteine spike, e/o loro frammenti, verrebbero intercettati dalle cellule dell'apparato immunitario (appartenenti al *complesso maggiore di istocompatibilità di tipo II*) in grado di presentare l'antigene (prodotto in conseguenza all'inclusione della proteina spike) ai linfociti T-helper e poi, da questi, ai linfociti B, i quali comincerebbero a produrre pertanto anticorpi per inertizzare le proteine spike, così da rendere inefficace l'adesione del virus quando arrivasse sulla membrana cellulare.

Questo significa che il sistema immunitario del soggetto in circa 7-10 giorni avrebbe sviluppato "l'identikit immunitario" della proteina spike che renderebbe riconoscibile chi fosse un estraneo, come un virus, e riconosciuto come *non self*.

Questo ragionamento sembra "filare", ma ci sono dei problemi che vanno sollevati. In primis la solita domanda: perché questo processo con esito (teoricamente) "equipollente" a quello per via naturale, provocato dalla sospensione inoculata, dovrebbe considerarsi migliore? E, girandola al contrario: visto che è stato riconosciuto che le, spesso letali, tromboembolie polmonari e le coagulazioni intravascolari disseminate (CID) sarebbero state provocate da violente reazioni infiammatorie (le dette "tempeste citochiniche") dovute all'attacco da parte dei guardiani immunitari (come le cellule natural killer) verso le cellule infette del medesimo organismo (come pneumociti ed endoteli vasali) riconosciute come *non self*, come si può escludere che le cellule "vaccinate" – in cui l'mRNA virale ha fatto produrre antigeni e proteine spike di membrana – non vengano poi riconosciute anch'esse come *non self*, scatenando quindi la stessa dinamica devastante?

Detto in altri termini: chi assicura che alcune micelle lipidiche contenenti l'mRNA virale non possano mantenersi integre anche dopo morte delle cellule vaccinate e/o essere incluse da un gran numero di altre specie cellulari (di altri tessuti) infine riconosciute come *non self* ed innescare, quindi, potenziali reazioni autoimmuni e/o di rigetto?

E nel caso in cui tali micelle con mRNA virale venissero incluse da dei batteri simbiotici del corpo umano, chi assicura che tali frammenti di mRNA sintetico non possano anche essere inclusi e tramandati alle successive divisioni e generazioni cellulari finendo nel bagaglio genetico del microbiota, aggiornandolo, mutandolo, ad una configurazione i cui effetti nessuno sa quali possano essere e quando possano manifestarsi?

Ad ogni modo, l'ultimo lavoro condotto dal gruppo di scienziati ingaggiati dal governo giapponese, in collaborazione con Pfizer®, ha dimostrato che il materiale genico dei sieri, su cavie di topo, non viene consegnato all'interno delle cellule, e anzi si accumula in vari distretti tissutali creando stati infiammatori ed intossicazione<sup>xliii</sup>.

Inoltre, è bene ricordare che, per esempio, nel bugiardino del vaccino Pfizer® si riscontrano tra gli ingredienti delle componenti che possono produrre reazioni avverse, come il polietilenglicole (PEG) che può agire come potente coagulante. Da qui sarebbe possibile rilevare una possibile correlazione con gli episodi di trombosi che si stanno registrando in non pochi casi più o meno giorni dopo l'inoculazione<sup>xliv</sup>.

Perché il principio di precauzione viene troppo spesso adottato in modo identitario e manipolatorio, cioè solo in certi frangenti (con presupposti più economici e politici che non realmente biologici medici o scientifici) e non si considerano invece questi aspetti estremamente delicati poiché riguardanti i possibili effetti nefasti a lungo termine sulla salute delle persone?

Ritorna la solita domanda: ammettendo vera tutta la narrazione virologica ed epidemiologica, quanto sarebbe realmente problematico, o più svantaggioso, rispetto alla via “(non)vaccinale” di massa, il lasciare incontrare naturalmente il virus e sviluppare un’immunità dinamica e flessibile grazie all’interazione con l’ambiente? Ciò sarebbe gratuito, semplice, efficace e conserverebbe la normalità della vita di tutti, soprattutto non obbligando nessuno a dei trattamenti sanitari, prassi tutt’altro che indiscutibile e tutt’altro che democratica.

## 5. Teoria dei germi...o germi di teoria?

Le riflessioni condotte fin qui sono tutte parte di un ragionamento che accoglie ed accetta i postulati di base della narrazione mainstream, cioè dell’attuale paradigma biologico e medico, che ritiene i virus *causa* di malattia. Ma a questo punto ha senso, ed è necessario, fare qualche osservazione anche su tali questioni più fondamentali, riguardanti le spesso invisibili assunzioni della conoscenza medica che tuttavia non sono affatto indubbe o consolidate.

La prima questione, che abbiamo già iniziato a sollevare, riguarda il come si possano distinguere realmente virus da esosomi o da vescicole extracellulari. Come già spiegato in vari studi<sup>xlv</sup> che suggeriscono che poi forse non vi sia nemmeno differenza, citiamo anche quanto ribadito da Giannesi et al.: «*al giorno d'oggi, è una missione quasi impossibile separare vescicole extracellulari e virus attraverso i metodi canonici di isolamento delle vescicole, come quello della ultra-centrifugazione differenziale, perché sono spesso co-pellettati (raccolti assieme) a causa della loro dimensione simile*»<sup>xlvi</sup>.

È poi interessante tener conto del fatto che il metodo utilizzato per verificare la presenza di virioni tramite la produzione di questi ultimi in coltura cellulare, da cellule reputate “infette”, viene condotta in una modalità che – richiedendo l’assenza di altre specie biologiche come batteri, lieviti e altri microrganismi – implica proprio l’utilizzo di protocolli in cui è contemplata l’aggiunta di antibiotici e/o la anomala condizione di nutrimento nella coltura cellulare con conseguente stress ossidativo delle cellule che di fatto si traduce proprio nella produzione di questi esosomi, come ci ha spiegato bene il dottor Kaufman<sup>xlvii</sup>, i quali tipicamente sono della tipologia omologa a quelli che tali cellule scambiavano durante processo infiammatorio prima di essere prelevate per la messa in coltura. Quindi c’è il rischio di veder moltiplicarsi qualcosa che viene già postulato essere la causa della patologia riscontrata nel tessuto da cui sono state prelevate le cellule poste in coltura, ma che non è la prova di nulla.

Infatti, non c’è nessuna prova incontrovertibile che i virioni (o esosomi), possibilmente presenti nelle colture cellulari e quindi anche nel brodo bronco-alveolare, siano **responsabili** di patologia (respiratoria nella fattispecie). In uno studio cinese<sup>xlviii</sup> in cui è stata testata la patogenicità del virus Sars-Cov-2 tramite inoculazione di liquido bronco-alveolare, prelevato da soggetti malati (“di Covid-19”), nei tessuti polmonari e bronchiali di due gruppi di topi (confrontati con i due rispettivi gruppi di controllo), si è visto che nel gruppo di topi geneticamente modificati – così da avere una iper espressione dei recettori ACE2 di tipo umano (quelli a cui la proteina spike del Sars-Cov-2 si aggancerebbe) – si è riscontrato ispessimento del tessuto interstiziale polmonare e processo infiammatorio (con infiltrazione di cellule del sistema immunitario quali macrofagi e fibroblasti), oltre al pelame più irto ed una diminuzione di peso dell’8% (cosa comunque spiegabile col fatto che la aumentata presenza di recettori ACE2, capaci di degradare l’ormone grelina che è responsabile dello stimolo della fame, ha implicato la riduzione di appetito di questi topi). Ma ciò non si è visto nei topi «naturali» (wild-type). Questo è stato rilevato come la prova che il recettore ACE2 è la chiave d’ingresso del virus.

Ma in realtà la modalità di conduzione della prova non *dimostra* che questi virioni (o esosomi?) siano la *causa* dei processi infiammatori polmonari esaminati nel corso dei 5 giorni post-inoculazione. Perché? Perché ciò che è stato inoculato al gruppo di topi iper-esprimenti recettore ACE2 è un preparato di cellule VERO<sup>xlix</sup> (proprie dell'epitelio renale di cercopitechi) additivato (almeno) di antibiotici, ormoni.

Il primo punto è che al gruppo di controllo di "topi-ACE2" non è stato inoculato lo stesso preparato (con "VERO-cells", ormoni, antibiotici, ma senza il solo liquido bronco-alveolare), bensì una semplice soluzione fisiologica. Quindi non è possibile dire che il componente della preparazione inoculata al gruppo di test siano i virioni contenuti nel liquido bronco-alveolare. Questo è tanto più dubbio quanto più si tiene conto che la modifica genetica dei topi tale da iper produrre recettori ACE2 è già di per sé una condizione che espone all'ipossia e quindi a stress tissutale. In secondo luogo, quegli altri componenti (cellule VERO, antibiotici, ormoni, possibili enzimi, ecc.) presenti nel preparato che è stato (solo a loro) iniettato (e non al gruppo di controllo) sono fortemente infiammanti, e creano la condizione ideale tale per cui le cellule del tessuto manifestino un certo "ritratto" pro-infiammatorio (inclusa la produzione di virioni/esosomi, ecc.), nonché consona all'accorrere entro il tessuto di altre specie cellulari mediante, o stimolate da, la condizione isto-chimica infiammatoria (come macrofagi, fibroblasti e natural killer).

Questo ultimo punto (sul potere irritante del preparato, a prescindere dalla presenza di virioni o meno) è suffragato da quanto riportato poco sopra, citando gli studi del Dr. Kaufman, in merito alla metodica culturale con cui si proverebbe l'infezione virale da parte di cellule che (stressate) di fatto producono esosomi e vescicole extracellulari (possibilmente del medesimo tipo di quelle identificate come virus, anche per fenomeni di risonanza).

Tuttavia si discute spesso della dinamica infettiva virale come se il virus fosse considerato un vivente, ma deve essere ben chiaro che non lo è in quanto è un frammento di materiale organico strutturato come capsidi lipoproteico contenente materiale genetico ed in quanto tale non possiede né intenzioni, né bisogni, né finalità e pertanto il suo ingresso in una cella è qualcosa di agito sempre *dalla cellula*, o è un processo che può essere giustificato anche su base elettrodinamica, come incontro per risonanza tra modi propri di oscillazione comuni tanto al virione quanto alla membrana cellulare<sup>l</sup>, e pertanto previsti dalla sintassi biologica<sup>li</sup>.

Inoltre, nella narrazione martellante, non viene mai sottolineato il fatto che la frazione di soggetti (la stragrande minoranza dei casi) che ha sviluppato sintomi terribili e potenzialmente letali, quasi sempre fino a poche ore prima del ricovero, era stata in stretto contatto o era convissuta con altre persone (con cui sono stati scambiate carezze, baci, fluidi corporei, respiri, magari fino a due giorni prima del ricovero!) e che queste persone non hanno avuto assolutamente nulla (o al più erano paucisintomatiche, o solo "positive" ad un ridicolo tampone). Ma allora la variabile dirimente non può essere tanto il virus di per sé.

Questo è un aspetto importante da evidenziare perché aiuterebbe la sensibilità pubblica e medica a porre l'attenzione, piuttosto che sul virus di per sé, sulle condizioni del *terreno biologico* dell'ospite, che dovrebbero diventare la vera leva per l'arginamento del problema sotto il profilo sia preventivo che di terapia d'aiuto alle prime avvisaglie<sup>lii</sup>.

## 6. *Eziologie*

Come è già stato sottolineato in dettaglio in un nostro precedente lavoro (scaricabile al link<sup>liiii</sup>), in cui è stata condotta anche un'analisi piuttosto approfondita dei meccanismi fisiopatologici con cui l'interazione tra pneumociti e virioni procurerebbe un quadro clinico la cui gravità segue una stadiazione temporale, è chiaro che si deve iniziare a considerare che la visione offerta dalla descrizione molecolare e fisiopatologica, capace di fornire senz'altro chiarimenti sui meccanismi (il possibile *come*) del "durante malattia", non riesce, forse, però a dirci molto sui "perché", sulle premesse allo svolgersi di quegli eventi descrivibili a livello biochimico e citologico.

Quei ben ora noti recettori ACE2 a cui il virus possa agganciarsi li abbiamo tutti, quei meccanismi immunologici con cui si possa attuare una risposta infiammatoria, una tempesta citochinica, una iper-coagulazione, a seguito di riconoscimento di cellule infettate come non self, li potremmo attivare tutti di default.

Cos'è che modula e regola sistemicamente tali percorsi? I fattori sono senz'altro molteplici, ma tra i più salienti sarebbe ingenuo non includere:

- i) le condizioni in cui già versava un organismo prima del “contatto col virus” (fatto che avviene ad ognuno di noi ogni giorno e non solo all'annunciato comparire di un nuovo coronavirus, sempre dando per buono che “i virus causino malattia”);
- ii) ed il contesto ambientale (in senso lato, anche percettivo) in cui il soggetto è immerso.

Chiediamoci seriamente quale differenza possa fare l'aver sintomi tipo-influenzali in un momento storico in cui tali sintomi vengono detti essere “proprio le possibili avvisaglie di una malattia mortale causata da un nuovo virus terribile che si sta propagando per il pianeta e mietendo vittime”. Il tutto ricorda molto il famosissimo film del 1923, di Jules Romains, *Knock, ovvero il trionfo della medicina*<sup>liv</sup>, in cui la medicalizzazione della vita, fa di ogni reperto organico un sintomo, una diagnosi, da cui una terapia ed un continuo monitoraggio, di fatto, cronicizzando tale loop: ne nasce una vera e propria *malattia*. E fa di ogni soggetto un paziente (un *patients*, che “patisce”, che è in sofferenza).

Non si tratta di ridurre processi fisiologici a “banale suggestione”, come viene spesso liquidato, si tratta piuttosto di riconoscere le dimostrate relazioni causali tra *sentito biologico e fisiologia*<sup>lv</sup>, fatto peraltro constatabile quotidianamente<sup>lvi</sup>. Quindi immaginiamoci già cosa potrebbe significare, sotto il profilo del *sentito* profondo (automatico, neurovegetativo), per una persona, magari anche anziana (ma non necessariamente) che viva dei sintomi influenzali – come bronchite, asma, febbre alta, dolori osteo-articolari e affaticamento – che da giorni o settimane vede in televisione servizi che raccontano di una tragedia in corso (magari anche con immagini e video mistificanti<sup>lvii</sup>) ed alla quale venga detto che quelli sono esattamente i sintomi di una malattia terribile, che sta facendo morti in tutto il mondo. Niente di peggio se poi le viene pure fatto un tampone che indica la fantomatica positività! Ecco che l'anatema di morte è quasi certo. Si aggiunga addirittura il fatto che questa persona ricoverata, isolata dai cari, che non vede un volto umano, con intorno a sé solo soggetti scafandrati in guanti, mascherine, visiere tute ermetiche, che hanno quasi schifo di toccarla, sia magari pure in grado di vedere nei letti in reparto accanto a sé altri malati “morire come mosche” (detto a causa “del virus terribile”).

Inoltre, parlando di “terapie”, ogni medico intensivista sa bene che prendendo anche un soggetto perfettamente sano, anestetizzarlo ed intubarlo, implica un grosso trauma all'organismo e procurerebbe danni proporzionali al tempo di intubazione. Detto in altri termini: ad intubare ci vuole poco, estubare è molto più critico, specie se l'intubazione dura da molti giorni. Quindi, i pazienti sono stati male o sono addirittura deceduti, “per un virus letale” o per “prescrivente” gestione sociale e sanitaria, includente approcci “terapeutici” controproducenti?

È tempo che finisca l'epoca della medicina in cui le variabili percettive non sono tenute in considerazione e questo lo si dovrebbe dire in primis a quei medici ed infermieri che addirittura sono finiti nella stessa china (arrivando purtroppo anche al decesso) o che, giustamente, raccontano di aver visto delle cose terribili e forse non si sono accorti di aver preso parte, loro malgrado ed assolutamente in buona fede, in una “scena teatrale” che rappresentava un *gioco di ruoli* tale da produrre ciò che in teoria si voleva evitare!

Questo è il punto: è vero che hanno visto delle tragedie, è vero che hanno visto le persone morire, ma non hanno compreso il perché. È stato molto più facile volgere tutti l'attenzione ad un *nemico invisibile*, senza chiedersi come sia possibile che un marito di 50 anni dopo tre giorni di ricovero muoia, mentre alla moglie coetanea, che con lui ha respirato in un letto la stessa aria fino al quarto giorno prima, non si sia verificato alcun sintomo.

Ammettendo allora che un virus possa pure procurare alterazioni fisiologiche, perché guardare solo il virus e non *il terreno* che si rivela essere la vera variabile dirimente? Perché chiudere tutti in casa e peggiorare lo stile di vita e mascherare adulti e bambini, impedire il contatto fisico ed espressivo, quando basta vivere bene e sereni e sostenere con cure semplici e rapide quella minoranza che lo necessita?

Nel fare quindi un ragguaglio più realistico sull'eziologia delle sindromi, è bene precisare che proprio le disposizioni sanitarie (che hanno anche bloccato la medicina di territorio, bloccato le prescrizioni di clorochine, non promosso quella di eparine, così come di cortisonici, vitamine D e C, latteferine, quercetina, esperidina, colcichina, ivermectina, ecc. e non hanno organizzato una rete capillare di ambulatori locali in cui potesse essere

fatta la ossigeno-ozono terapia in grande auto-emo infusione per tempo, o la terapia al plasma iperimmune, o non avendo promosso interventi domiciliari, precoci, fattibilissimi e che sono – grazie al cielo! – stati condotti da medici “disubbidienti” che hanno salvato migliaia vite, semplicemente) e le disposizioni di chiusura, distanziamento e mascherine, la narrazione mediatica pompata e martellante, hanno alimentato un clima di panico, di isolamento, di minaccia, di privazione.

Tutte queste circostanze percettive, specialmente quando estese su scala collettiva, producono attivazioni biologiche che si configurano come sintomi in una determinata fase fisiologica, e spesso in modi più o meno diretti sulle vie respiratorie. Questo clima, costruito giorno per giorno, ha costituito la “ricetta ideale” per intasare gli ospedali (già sotto-staffati e resi inadeguati da 20 anni di tagli alla sanità) e per dare apparente giustificazione alle “misure anti-Covid”, ai lock down e “all’emergenza”, distruggendo la società, l’economia, la scuola, il lavoro, le libertà fondamentali e, non meno importante, la capacità critica. Il tutto in un circolo vizioso infermale e catastrofico. Invitiamo ancora ad osservare la figura 1, in cui si vede bene come, nonostante il Sars-Cov-2 con buona probabilità girava in Europa già da ottobre 2019<sup>lviii</sup>, solo quando sono partiti il battage mediatico, gli stati di emergenza ed il lockdown si è registrato l’aumento di decessi. Altra prova che il la storia del contagio, non regge.

Tutto ciò si è unito a fatti parecchio “strani” come: la censura dell’informazione a molteplici livelli, l’impossibilità di accedere ai reparti intensivistici ospedalieri, alle circolari in cui si vieta al personale sanitario di dare informazioni sulle condizioni effettive di affollamento e condizione media dei pazienti in terapia intensiva, così pure le sovvenzioni economiche (a partire da 750 mila euro annui) a reti televisive e stazioni radio locali in cambio di trasmissione di almeno 20 annunci istituzionali sulla “pandemia Covid-19” e sulle disposizioni prescritte (quando invece le piccole e medie imprese sono state lasciate naufragare), il fatto che per ogni paziente detto “Covid-19” una struttura ospedaliera percepisca circa 2000 euro al giorno, il fatto che siano state definite *in label* terapie costose (come il Remdesivir), invece di altre economiche e domiciliabili (come l’idrossiclorochina), ecc.

La plausibilità e la evidente efficacia che avrebbero avuto altre strategie fanno molto pensare e rendono questa protrazione dello stato d’emergenza con la conseguente sospensione dell’*umano* (nel contatto, nell’espressione, nella relazione libera e di comune accordo) sempre più ingiustificate e controproducenti, tanto da indurre a chiedersi se il fine di tutta “questa giostra”, viste le insostenibili motivazioni scientifiche, non sia ben un altro.

Sembra che “il sogno” sia quello di estendere la pandemia a tempo indeterminato, perché ciò consentirebbe di rimodellare la società nella direzione di una civiltà politica del controllo totale – ottenuto addirittura con il consenso delle masse, pure di laureati, incoscienti – senza libertà e nella paura costante.

Ma cosa serve ancora per capire che il gioco delle chiusure e delle riaperture continuerà fino a quando tutta la piccola e media impresa non sarà distrutta, così da costringere tutta la popolazione a far riferimento a grandi e poche *corporation* ed oligarchie economiche per il reperimento di qualunque tipo di bene o servizio?

Tutto questo “giochino”, finché non ci svegliamo tutti e diciamo “basta ad esser presi per i fondelli!” sarà sempre giustificato dal “numero di contagi per unità di popolazione” che può essere modulato a piacimento in base a quanti tamponi vengono fatti. E, se ciò funzionerà ancora, è perché permangono maggioranze di individui che si adireranno coi loro simili perché: non portano la mascherina, trasgrediscono il coprifuoco, vanno al mare lo stesso al sabato, hanno partecipato a feste, non si sono vaccinati, non si sono disinfettati le mani, ecc. E non si accorgono che proteggono i loro boia e massacrano quei pochi che potrebbero ancora salvare per tutti ciò che chiamavamo “vivere”.

Non si accorgono che, se quella alienazione profilattica fosse veramente l’unico modo per restare vivi, allora avrebbe dovuto esser sempre così e saremmo stati falcidiati ogni anno, da secoli e, se la Natura e la biologia funzionassero davvero come racconta il “paradigma del contagio”, allora non saremmo nemmeno qui, poiché i virus l’avrebbero “avuta vinta” da sempre, mentre invece sono il *connettoma* genetico del regno vivente, partner di processi fisiologici (anche quelli infiammatori e disintossicativi), ma non la *causa* di malattie!

Inoltre, come se non bastasse, se e quando accadesse su grande scala il manifestarsi di reazioni avverse da “vaccino”, di decessi o di alterazioni gravi (come processi autoimmuni) causati dall’azione nefasta dei preparati inoculati negli organismi umani, succederà che il tutto verrà attribuito alla comparsa (da chissà quale

“pipistrello” stavolta?) di nuove varianti di virus invece che dalle interferenze immunologiche dei farmaci genici chiamati oggi “vaccini”.

## 7. Conclusioni

Quando si pensa che chi fa disobbedienza civile, la stia facendo “sulla pelle degli altri” e che con il proprio “irresponsabile egoismo” stia mettendo “in pericolo” il prossimo, e non ci si accorge che anche l’obbedienza (incivile, in quanto acritica) non può essere fatta “sulla pelle degli altri” (Hannah Arendt ci insegna), si è i primi a tradire un’autentica democrazia, poiché esiste la terza via, rispettosa di ogni punto di vista, quella che consente a chi si sente in pericolo e vuole fare le proprie scelte di mascherarsi, distanziarsi, rinchiudersi nel domicilio, vaccinarsi, ecc. di farlo, così come dispensa dal farlo chi non lo desidera. E lo stesso deve valere per qualunque trattamento sanitario (vaccini in primis). E non si venga a raccontare il mito secondo cui chi non segue certe prescrizioni costituisce un pericolo per gli altri, perché è semplicemente falso ed in palese contraddizione con il principio stesso per cui viene promossa la vaccinazione: se si è vaccinati, per quale motivo si deve temere chi non lo è?

Entra forse in gioco il tema della spesa pubblica e delle cure mediche di cui necessiterebbero tutti quegli “incoscienti” che non si sono “protetti” e che si ammalerebbero molto di più...? Senza contare che sono già state documentate correlazioni di maggiorazione del rischio risposte immunologiche violente per i vaccinati a quando svengano in contatto altri tipi di virus simili a quelli per cui sono stati vaccinati<sup>ix</sup>, e che le meta-analisi sugli studi vaccinali parlano chiaro su quanto ciò sia solo un mito<sup>x</sup>, allora si dovrebbe impedire ai fumatori di fumare, si dovrebbe imporre a tutti di fare due ore di attività fisica al giorno, di mangiare 5 porzioni di frutta e verdura (perché lo motivano le “pubblicazioni scientifiche”), si dovrebbero abolire certi cibi (pur considerati innocui), non si dovrebbero fare passeggiate in sentieri pericolosi ma mozzafiato, sport agonistici o estremi, esplorare, rischiare nulla, perché “non sicuro”. In pratica si dovrebbe impedire di... vivere.

I bambini e i ragazzi che oggi vivono, e si ritrovano a credere in questo distanziamento e repulsione dei corpi, si porteranno negli adulti che saranno domani una profonda paura e schifo dell’altro, una non fiducia nella natura: la quale ci ha dato un efficiente “equipaggiamento biologico” per stare al mondo, ed un ambiente in cui inserirci, a dir poco straordinari ...e persino perfetti se rispettati nei loro criteri di relazione (che certo non seguono quanto dettato dal capitale, dalla produzione, dalla moneta, da una cultura medico-sanitaria che non ha ancora considerato la *percezione* come fattore eziologico di malattia... e chissà quanto ancora vorrà aspettare per farlo sul serio?). I bimbi e ragazzi di oggi, se non saranno aiutati da tutti noi adulti a risvegliarsi da questo dettato ipnotico, che ha assunto proporzioni globali tacciando qualunque contraddittorio onesto, vivranno privandosi di una libera esperienza dell’intimità, dell’altro, della terra, della pelle, del fiato, dell’*umor vitae*. Questa è la vera tragedia a cui si deve rimediare. L’unica azione è provare a destrutturare i postulati di una scienza medica e biologica troppo basata sulle statistiche e totalmente inconscia del ruolo dell’esperienza semantica del vivente.

Le basi per una drammatica *singularità tecnologica*<sup>1</sup> in cui le macchine dell’intelligenza artificiale dovrebbero innervare le più intime connessioni del vivente, fino alla condivisione su una rete globale – cablata e/o via etere – dei cervelli umani (come auspicano molte grandi corporation da Google Inc. a IBM, HP, Calico, Google X, coinvolte in progetti a dir poco orwelliani, investendo miliardi di dollari ed euro), sono proprio gettate su una delusione e distacco dei corpi, come invitano le narrazioni artefatte di eventi come questa pseudo-pandemia (peraltro causata da condizioni non naturali e/o non bio-logiche). Aggiornarci ad uno stato di coscienza profondo, non più assuefatto ad una *addiction* da sicurezza e salute profilattica, ma votato ad una sensibilità *indigena*, rispettosa della natura e della vita tutta e su scala planetaria, sarà l’unico modo per emanciparsi da un sistema tecno-capitalista assoluto che (per intento e/o per sbadataggine, poco importa) ci condurrebbe in vero solo alla negazione della vita.

Ma quand’è che si comprenderà che al tema della “sicurezza” non può mai essere subordinato quello della propria intima libertà, almeno quella di gestire il proprio corpo (tempio sacro ed inviolabile!) e di assumersi le proprie responsabilità per quello di cui si vuole fare esperienza...? Se non c’è questo, non c’è alcuna vita, ma

---

<sup>1</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=iSeeEfOpaEg> ; <https://www.youtube.com/watch?v=sV8MwBXmewU> .

solo un surrogato preconfezionato. E questo punto, dopo anche tutte le battaglie femministe sulla giustissima inviolabilità del corpo (ma non solo della donna!), nel 2020-21 dovrebbe essere ovvio e unanime.

È poi davvero strano che tutta questa “precauzionalità”, però, non venga promossa con la stessa rigorosità con le reti di telecomunicazione (si veda 5G e co.), con i pesticidi in agricoltura industriale, con gli antibiotici e gli ormoni in allevamento intensivo, con le armi nucleari da tenere nelle basi militari, con gli editing genetici e gli OGM, con chemioterapie tossiche...e così via, in una lunga lista. Odore di complottismo o, forse meglio, di “finiamola di prenderci in giro” ...?

Qui è necessario richiamarsi tutti ad un profondo riesame delle nostre credenze e posizioni esistenziali, evidentemente gravemente affette da un “rimosso di fondo” – abitante il sempre meno umano contesto sociale della cultura industriale, capitalista, tecnologica, scienziata, narcisista, perbenista, col tabù della morte e (quindi) trans-umanista – che costituisce proprio quel terreno su cui attecchiscono le *hybris* che, in estrema sintesi, hanno come comune denominatore l’allontanamento dal logos *biologico* entro cui declinare un umano *modus* capace di una relazione pienamente empatica e autenticamente *percettiva* con l’esistente.

---

<sup>i</sup> <https://en.wikipedia.org/wiki/Coronavirus>

<sup>ii</sup> [http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=89098](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=89098)

<sup>iii</sup> Porges, Stephen W. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company, 2011.

<sup>iv</sup> <https://ippocrate.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/>

<sup>v</sup> <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0887-9.pdf>.

<sup>vi</sup> <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.09.20033217v2.full.pdf>, mentre altre fonti danno altre tempistiche

<sup>vii</sup> [https://www.ansa.it/canale\\_scienza\\_tecnica/notizie/biotech/2020/03/17/coronavirus-quanto-resta-sulle-superfici\\_0d92bab6-e520-4dc6-97b1-34f9c5d51583.html](https://www.ansa.it/canale_scienza_tecnica/notizie/biotech/2020/03/17/coronavirus-quanto-resta-sulle-superfici_0d92bab6-e520-4dc6-97b1-34f9c5d51583.html)

<sup>viii</sup> <https://www.utilitalia.it/dms/file/open/?e7cd1b63-8a9f-456d-8f3e-6fa17d9379e2>

<sup>ix</sup> <https://www.ilsole24ore.com/art/allarme-mascherine-in-mare-sono-piu-meduse-ADGO62o>

<sup>x</sup> <https://www.huffingtonpost.it/entry/il-covid-19-non-si-prende-al-supermercato-ne-per-contatto-con-gli-oggetti-it-5e9d7d66c5b63c5b5871a969>, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/31/virologists-to-turn-germany-worst-hit-district-into-coronavirus-laboratory>

<sup>xi</sup> Immagini tratte dal documento prodotto da Matteo Gracis e Mirco Vandelli reperibile al link [https://www.matteograxis.it/wp-content/uploads/2021/01/Covid19\\_analisi\\_dei\\_fatti.pdf](https://www.matteograxis.it/wp-content/uploads/2021/01/Covid19_analisi_dei_fatti.pdf) e di cui è stato fatto l’efficace video <https://www.youtube.com/watch?v=AikpMh9kk1U>

<sup>xii</sup> Una bella rassegna è presente in questo brillante video: <https://www.davvero.tv/videos/trova-il-negazionista>

<sup>xiii</sup> [https://www.istat.it/it/files/2020/03/Nota\\_mortalit%C3%A0-per-causa\\_regionale-1marzo\\_15Maggio-2017\\_e\\_2020.pdf](https://www.istat.it/it/files/2020/03/Nota_mortalit%C3%A0-per-causa_regionale-1marzo_15Maggio-2017_e_2020.pdf)

<sup>xiv</sup> <https://www.torinosud.it/cronaca/covid-cintura-sud-al-santa-croce-terapie-intensive-vuote-carmagnola-pronto-soccorso-ancora-chiuso-a-lungo-20158>, <https://mattinopadova.gelocal.it/regione/2021/02/17/news/terapie-intensive-vuote-a-fine-mese-ma-le-varianti-ci-preoccupano-1.39920630>, <https://www.oggiavevivo.it/terapie-intensive-vuote-conegliano-motta-al-san-camillo-di-treviso-246739>

<sup>xv</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=OgBBcx5I5vY>

<sup>xvi</sup> <https://youtu.be/OgBBcx5I5vY?t=2092>

<sup>xvii</sup> <http://www.iostoconlavvocatopolacca.it/wp-content/uploads/2021/01/test-tamponi-covid-prof-scoglio-.pdf>

<sup>xviii</sup> <https://www.byoblu.com/2020/12/28/lesperimento-che-dimostra-la-farsa-dei-tamponi-amici-scoglio-e-dangelo/>

<sup>xix</sup> <https://www.technologynetworks.com/diagnostics/articles/rt-qpcrfacts-and-fallacies-an-interview-with-professor-stephen-bustin-346520>

<sup>xx</sup> <https://www.corrierenazionale.it/2020/10/08/i-numeri-del-cancro-in-italia-377mila-nuovi-casi-nel-2020/>

<sup>xxi</sup> <https://www.byoblu.com/wp-content/uploads/2020/09/Sintesi-scientifico-epidemiologica-Covid-19.pdf>

<sup>xxii</sup> <https://www.facebook.com/notes/10219452831773652/>; Calistri A, Palù G, Unbiased Next-Generation Sequencing and New Pathogen Discovery: Undeniable Advantages and Still-Existing Drawbacks, *Clinical Infectious Diseases*® 2015;60(6):889–91

<sup>xxiii</sup> <https://www.byoblu.com/wp-content/uploads/2020/09/Sintesi-scientifico-epidemiologica-Covid-19.pdf>

<sup>xxiv</sup> <https://facta.news/storie/2020/11/06/perche-la-teoria-di-stefano-scoglio-sui-tamponi-che-gonfiano-i-positivi-e-sbagliata/>

<sup>xxv</sup> <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>

<sup>xxvi</sup> Kakhki RK et al, *COVID-19 target: A specific target for novel coronavirus detection*, *Gene Reports* 20 (2020) 100740

<sup>xxvii</sup> <https://www.databaseitalia.it/dott-stefano-scoglio-la-ciliegina-truffaldina-sulla-torta-avvelenata-dei-tamponi/>

<sup>xxviii</sup> <https://www.gisaid.org/references/gisaid-in-the-news/uk-reports-new-variant-termed-vui-20201201/>

<sup>xxix</sup> <https://www.databaseitalia.it/le-ridicole-varianti-del-sars-cov2/>

<sup>xxx</sup> ibidem

<sup>xxxi</sup> <https://www.ilfattonisseno.it/2021/03/coronavirus-pietro-luigi-garavelli-mai-vaccinare-durante-una-epidemia-il-covid-reagira-mutando/>

<sup>xxxii</sup> <https://www.comilva.org/informazione/covid-dallitalia-dal-mondo-ricerca-scientifica/persone-che-muoiono-dopo-il-vaccino-0>; <https://tinyurl.com/y49pzavb>; <https://www.youtube.com/watch?v=cX2oKSc9DiA&t=29s>

<sup>xxxiii</sup> <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/microchip-1938259.html>

<sup>xxxiv</sup> <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmolb.2020.616575/full>; <https://directorsblog.nih.gov/2020/11/05/speeding-covid-19-drug-discovery-with-quantum-dots/>; <https://www.nanowerk.com/spotlight/spotid=56577.php>

<sup>xxxv</sup> <https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-farmacovigilanza-vaccini-covid-19>

<sup>xxxvi</sup> <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2034577?articleTools=true>

- 
- <sup>xxxvii</sup> <https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/>
- <sup>xxxviii</sup> <https://salmartingano.com/2020/05/the-1918-spanish-flu-only-the-vaccinated-died/>
- <sup>xxxix</sup> Ma ci sarebbe di più da dire: le vittime principali non erano vecchi o bambini, bensì i giovani nel pieno delle forze, cioè? Coloro che erano andati a combattere sul fronte, i soldati, e che hanno visto cose ignominiose ed hanno provato stati emotivi-neurovegetativi (come il panico della morte, a minaccia nel territorio) implicanti l'attivazione di fisiologie speciali sui tessuti polmonari (e/o bronchiali), che in riparazione (mediata da micobatteri e funghi per i tessuti endodermici degli alveoli, o da virus per i tessuti di derivazione ectodermica come gli epitelii) crea delle profonde caverne e sanguinamenti, con dispnee, potenzialmente troppo onerose da sopportare, ma che di per sé costituiscono un processi biologici sensati di riparazione degli epitelii o di demolizione del tessuto alveolare in eccesso prodotto durante la fase simpaticotonica (quando erano sul fronte) come risposta alla mancanza "del boccone d'aria", prodotta dalla soggettiva rappresentazione percettiva di quella data situazione fatale (si veda una descrizione più dettagliata di codesta lettura dell'evento "di malattia" <http://www.attivazionibiologiche.info/dizionario/tubercolosi.html>);
- <sup>xl</sup> Come nelle province di Bergamo e Brescia e di altri capoluoghi del nord Italia [https://www.affaritaliani.it/cronache/coronavirus-meriti-inattendibili-si-e-vi-dimostriamo-perche-665108.html?refresh\\_ce](https://www.affaritaliani.it/cronache/coronavirus-meriti-inattendibili-si-e-vi-dimostriamo-perche-665108.html?refresh_ce) ; <https://www.disabledveterans.org/2020/03/11/flu-vaccine-increases-coronavirus-risk/> ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31607599>;
- <sup>xli</sup> [https://it.wikipedia.org/wiki/Anticorpo#Funzioni\\_e\\_correlazioni\\_strutturali](https://it.wikipedia.org/wiki/Anticorpo#Funzioni_e_correlazioni_strutturali) ; <https://salvatoreraino.com/vaccini-si-grazie-intelligenza/>
- <sup>xlii</sup> Una descrizione semplice ed efficace di questo meccanismo d'azione è fruibile nel video postato su YouTube dalla Asl di Torino, reperibile al link <https://www.youtube.com/watch?v=HFFym52wWeE&feature=youtu.be>
- <sup>xliiii</sup> [Pfizer-report\\_Japanese-government.pdf \(byoblu.com\)](https://www.pfizer.com/press-releases/20200501-japan)
- <sup>xliiii</sup> <https://www.comilva.org/informazione/covid-dallitalia-dal-mondo-ricerca-scientifica/persone-che-muoiono-dopo-il-vaccino-0>
- <sup>xliiii</sup> <https://www.quantamagazine.org/cells-talk-in-a-language-that-looks-like-viruses-20180502/>
- <sup>xliiii</sup> Giannessi F. et al., The Role of Extracellular Vesicles as Allies of HIV, HCV and SARS Viruses, *Viruses* 2020, 12, 571; doi:10.3390/v12050571, p.4.
- <sup>xliiii</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=tyLq\\_EIMjSI](https://www.youtube.com/watch?v=tyLq_EIMjSI)
- <sup>xliiii</sup> Bao L. Et al. The Pathogenicity of SARS-CoV-2 in hACE2 Transgenic Mice, *Nature* (2020), doi: 10.1038/s41586-020-2312-y; <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2312-y> ;
- <sup>xliiii</sup> [https://it.wikipedia.org/wiki/Cellula\\_Vero](https://it.wikipedia.org/wiki/Cellula_Vero)
- <sup>l</sup> <https://tinyurl.com/ks5hewyp>
- <sup>li</sup> <http://www.enlivenarchive.org/articles/electrodynamic-coherence-as-a-biochemical-and-physical-basis-for-emergence-of-perception-semantics-and-adaptation-in-living-system.pdf>
- <sup>lii</sup> <https://ippocrateorg.org/2020/11/26/come-si-affronta-il-covid-19/>
- <sup>liii</sup> *Ibidem*.
- <sup>liiii</sup> Si veda la pregevolissima versione italiana del 1967, con Alberto Lionello e Carlo Romano, regia di Vittorio Cottafavi: <https://www.youtube.com/watch?v=DVYzBpUf62E>
- <sup>liiii</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781308/>
- <sup>liiii</sup> Uno stato di pericolo, ad esempio attiva determinati percorsi biochimici, determinati processi fisiologici e strutturali (come i mutamenti che consentano all'organismo di essere atto alla fuga o all'attacco, o addirittura che implicano il *freezing* – attivazione intensa del vago dorsale, amielinizzato – se la situazione non consente una risposta efficace tramite i suddetti protocolli dell'ortosimpatico). Si veda per approfondimenti, la grandiosa opera di Stephen W. Porges: *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company, 2011
- <sup>liiii</sup> Si vedano per esempio le sostituzioni di inquadrate fatte in reparti ospedalieri americani con quelli ripresi a Bergamo, o la farsa delle bare accumulate sempre a Bergamo (possibilmente accumulatesi anche perché all'inizio del lockdown le agenzie di pompe funebri erano state impossibilitate a lavorare), che invece erano dei migranti morti in mare, e poste in un capannone a Lampedusa, o peggio, la ridicola "sfilata" delle stesse bare nei camion militari, in cui vi era una sola bara per camion; o ancora le ambulanze che, dopo il periodo di marzo-aprile, girano a vuoto intorno agli isolati con sirene spiegate (benché le tv di mainstream abbiano provato a debunkare il fatto è stato documentato con svariati video fatti da cittadini in molti comuni d'Italia). Purtroppo, non riusciamo a linkare qui nulla, in quanto i video sono stati tutti rimossi. Ma chi li desiderasse scriva all'autore e sarà ben lieto di fornirglieli.
- <sup>liiii</sup> <http://donatorih24.it/2020/05/08/coronavirus-studio-bacco-dati-importanti/>; <https://www.youtube.com/watch?v=c8czMPZdAU8>
- <sup>liiii</sup> [https://www.affaritaliani.it/cronache/coronavirus-meriti-inattendibili-si-e-vi-dimostriamo-perche-665108.html?refresh\\_ce](https://www.affaritaliani.it/cronache/coronavirus-meriti-inattendibili-si-e-vi-dimostriamo-perche-665108.html?refresh_ce) ; <https://www.disabledveterans.org/2020/03/11/flu-vaccine-increases-coronavirus-risk/> ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31607599>
- <sup>liiii</sup> Si veda la metanalisi della Cochrane: <https://community.cochrane.org/news/why-have-three-long-running-cochrane-reviews-influenza-vaccines-been-stabilised>