


“IL 100 % DEI VACCINATI HA PROBLEMI DI CUORE”. II Medico Americano J. Mercola svela Studio Svizzero e Metodi per Curare Long Covid

 gospa.news/2022/11/15/il-100-dei-vaccinati-ha-problemi-di-cuore-il-medico-americano-j-mercola-svela-studio-svizzero-e-metodi-per-curare-long-covid/

15 Novembre 2022



di Dr. **Joseph Mercola**

Il Dr. Joseph Mercola è il fondatore di Mercola.com. Medico osteopatico, autore di best seller e vincitore di numerosi premi nel campo della salute naturale, la sua visione principale è quella di cambiare il moderno paradigma sanitario fornendo alle persone una risorsa preziosa per aiutarle a prendere il controllo della propria salute.

Tutti i link agli articoli di Gospa News sono stati aggiunti a posteriori per l'attinenza coi temi trattati. I numeri nel testo corrispondono alle note pubblicate nella versione originale in inglese.

Riluttanza ad affrontare pubblicamente il Long COVID post-iniezione

Nel gennaio 2021, i ricercatori del National Institutes of Health hanno avviato i test e tentato il trattamento di pazienti sospettati di avere da tempo il COVID dopo il loro tiro, ma per ragioni sconosciute l'indagine si è esaurita entro la fine dell'anno, lasciando i pazienti a bocca aperta, senza risposte.⁵

Secondo Science, i ricercatori del NIH hanno continuato il loro lavoro “dietro le quinte” e anche altri ricercatori, in tutto il mondo, hanno iniziato a studiare il fenomeno. Tuttavia, sembra esserci un’estrema riluttanza ad affrontare pubblicamente i sintomi del Long COVID post-jab. Come mai?

La dottoressa Avindra Nath, direttrice clinica del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) e quella che guida l’indagine del NIH sul lungo COVID, ci fornisce un indizio.

“L’indagine sui possibili effetti collaterali presenta un dilemma per i ricercatori: rischiano di fomentare il rigetto dei vaccini che sono generalmente sicuri, efficaci e cruciali per salvare vite umane”, scrive Science.⁶ “Devi stare molto attento’ prima di legare i vaccini COVID-19 alle complicazioni, avverte Nath. ‘Puoi trarre la conclusione sbagliata... Le implicazioni sono enormi.”

In altre parole, si tratta di proteggere l’industria dei vaccini, che ora si è fusa con l’industria della terapia genica sperimentale.

Nel frattempo, i soggetti del test umano sono lasciati a soffrire, molti dei quali non si rendono nemmeno conto di SONO soggetti del test. Hanno comprato le bugie “sicure ed efficaci” e “rigorosamente testate”. In difesa di Nath, ha cercato di pubblicare una serie di casi su circa 30 di questi pazienti, ma le riviste mediche si sono rifiutate di pubblicarla.⁷

Cosa sta causando il lungo COVID?

Per quanto riguarda i meccanismi alla base del Long COVID, le opinioni variano. La ricerca^{8,9} presentata¹⁰ dal Dr. Bruce Patterson all’International COVID Summit di Roma, nel settembre 2021, suggerisce che i monociti, che hanno dimostrato di causare danni ai polmoni nei pazienti con COVID acuto, sono coinvolti anche nel Long COVID.

In sintesi, le citochine infiammatorie che dovrebbero innescare l’attivazione dei linfociti T non riescono a farlo in alcune persone, risultando in una risposta antivirale inadeguata. Invece dei linfociti T, necessari per sedare l’infezione, i linfociti B e un particolare sottoinsieme di monociti sono elevati. Come descritto da HealthRising.org:¹¹

“Quando hanno usato gli anticorpi per cercare prove delle proteine del coronavirus nei monociti ... li hanno trovati – a picche. Il 73% dei monociti “non classici” nei pazienti con COVID lungo trasportava le proteine del coronavirus ...

Si è spesso pensato che questi tipi di monociti fossero antinfiammatori, ma studi recenti dimostrano che possono, in alcune situazioni, produrre citochine pro-infiammatorie. Sono principalmente coinvolti nella “pulizia dei rifiuti” e nella risposta antivirale ...

Gli autori ritengono che questi monociti siano stati attratti dalle cellule infettate dal coronavirus nei vasi sanguigni, dove li hanno ingeriti, e quindi hanno messo una proteina del coronavirus sulla loro superficie per allertare il sistema immunitario.

Il problema nel lungo COVID si verifica quando vengono attratti dai vasi sanguigni e li feriscono o causano una dilatazione inappropriata dei vasi sanguigni.

Questi monociti non classici sono gli unici monociti a trasportare il recettore CX3CR1, che quando si lega alla frattalchina, attiva una proteina anti-apoptotica che consente ai monociti di sopravvivere più a lungo del normale. Inoltre, fa sì che i monociti tornino dal loro stato antinfiammatorio e inizino a pompare citochine pro-infiammatorie.

Questi sono passaggi importanti poiché la maggior parte dei monociti muore entro pochi giorni e avere monociti portatori di proteine del coronavirus di lunga durata (fino ad almeno 16 mesi) è un aspetto cruciale dell'ipotesi di Patterson ...

Il legame dei monociti innesca anche la produzione di VEGF, che secondo Patterson è elevato in quasi tutti i trasporti a lungo raggio. Il VEGF quindi dilata i vasi sanguigni causando, pensa Patterson, sensazioni di pienezza alla testa, emicrania e forse problemi cognitivi.

La teoria degli autoanticorpi

Un'altra teoria, avanzata da Harald Prüss, neurologo presso il Centro tedesco per le malattie neurodegenerative e l'ospedale universitario Charité di Berlino, è che gli anticorpi che prendono di mira la proteina spike SARS-CoV-2 potrebbero causare "danni collaterali". Come riportato da Science:12

"Nel 2020, mentre cercavano terapie anticorpali per COVID-19, [Prüss] e i suoi colleghi hanno scoperto che di 18 anticorpi che hanno identificato con potenti effetti contro SARS-CoV-2, quattro hanno anche preso di mira i tessuti sani nei topi, un segno che potrebbero innescare problemi autoimmuni...

Nell'ultimo anno, gruppi di ricerca hanno rilevato livelli insolitamente elevati di autoanticorpi, che possono attaccare le cellule e i tessuti del corpo, nelle persone dopo un'infezione da SARS-CoV-2.

In Nature nel maggio 2021, gli immunologi Aaron Ring e Akiko Iwasaki della Yale School of Medicine e i loro colleghi hanno riferito¹³ di aver trovato autoanticorpi in pazienti acuti con COVID-19 che prendono di mira il sistema immunitario e il cervello; ora stanno studiando per quanto tempo persistono gli autoanticorpi e se possono danneggiare i tessuti...

In un articolo che Prüss e i suoi colleghi stanno per presentare, descrivono la scoperta di autoanticorpi che attaccano i neuroni del topo e altre cellule cerebrali in almeno un terzo di quei pazienti".

I ricercatori stanno anche studiando se il COVID lungo post-jab potrebbe essere dovuto ad autoanticorpi contro il recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2),¹⁴ che è l'obiettivo della proteina spike.

Altre teorie di lavoro

Altre teorie di lavoro includono una risposta immunitaria aberrante causata dall'attivazione persistente di un particolare sottoinsieme di cellule T, 15, 16 in particolare in quelle i cui lunghi sintomi di COVID includono complicazioni neurologiche.

I coaguli di sangue microscopici persistenti sono un'altra teoria su cui sta lavorando Resia Pretorius, una fisiologa della Stellenbosch University in Sud Africa.

Lei e i suoi colleghi hanno pubblicato^{17,18} prove preliminari che mostrano che i coaguli di sangue microscopici possono persistere a lungo dopo che l'infezione da SARS-CoV-2 è scomparsa. Questi coaguli interferiscono quindi con l'erogazione di ossigeno, il che può aiutare a spiegare sintomi come la nebbia cerebrale.

Ancora un'altra teoria è che i sintomi siano causati da una proteina spike residua depositata nei tessuti e negli organi, incluso l'intestino, che può richiedere ben più di un anno per risolversi dopo una grave infezione.¹⁹ Come riportato da Medical News Today:²⁰

“I ricercatori hanno studiato gli antigeni di SARS-CoV-2 – il virus che causa il COVID-19 – presenti nei campioni di plasma sanguigno raccolti da individui con Long COVID e tipica infezione da COVID-19.

Hanno scoperto che un particolare antigene SARS-CoV-2 – la proteina spike – era presente nel sangue della maggior parte dei pazienti con COVID-19 lungo, fino a un anno dopo la prima diagnosi di COVID-19. Nei pazienti con infezione tipica da COVID-19, tuttavia, la proteina spike non è stata rilevata.

Questa scoperta fornisce la prova per l'ipotesi che SARS-CoV-2 possa persistere nel corpo attraverso i serbatoi virali, dove continua a rilasciare la proteina della punta e innescare l'infiammazione..”

Nel tentativo di identificare i biomarcatori COVID lunghi, i ricercatori hanno misurato i livelli di tre antigeni SARS-CoV-2: la proteina spike, la subunità S1 della proteina spike e il nucleocapside (rivestimento proteico esterno) del virus.

Tutti e tre gli antigeni sono stati trovati nel sangue del 65% dei pazienti con Long COVID testati, ma la proteina spike era la più comune ed è rimasta elevata più a lungo. Quindi, in breve, un segno distintivo del lungo COVID è la presenza a lungo termine della proteina spike e la proteina spike è esattamente ciò che i jab COVID stanno insegnando alle tue cellule a creare.

Certo, la proteina spike prodotta dalle tue cellule in risposta al colpo è geneticamente alterata, quindi non è perfettamente identica alla proteina spike trovata su SARS-CoV-2 (che tra l'altro sembra anche essere artificiale), ma indipendentemente dal loro fonte, la proteina spike sembra essere un fattore patogeno chiave.²¹ In quanto tale, ha senso che molti destinatari di jab COVID stiano segnalando lunghi sintomi simili a COVID, poiché i loro corpi li producono continuamente.

Le dosi di mRNA feriscono il cuore di TUTTI i destinatari

Contrariamente alle affermazioni iniziali, sappiamo che l'mRNA nei colpi di COVID viaggia in tutto il corpo e si accumula in vari organi. Le cellule in quegli organi finiscono quindi per esprimere la proteina spike a lungo termine.

La ricerca svizzera ha rilevato che TUTTI i riceventi di mRNA jab hanno subito un certo livello di danno cardiaco, anche se erano asintomatici.

A parte gli organi riproduttivi, il tuo cuore è un obiettivo primario e **una recente ricerca svizzera²² ha scoperto che il tasso di miocardite subclinica è centinaia di volte più comune della miocardite clinica.** È interessante notare che, mentre altri studi hanno riscontrato tassi di miocardite post-jab più elevati negli uomini, qui era molto più alto nelle donne.

Si stima che 1 donna su 27 che ha ricevuto un colpo di mRNA COVID avesse prove di danno miocardico. Inoltre, hanno concluso che TUTTI i riceventi hanno subito un certo livello di danno cardiaco, anche se erano asintomatici. Nel video sopra, il dottor Vinay Prasad esamina questo studio e cosa significa avere una miocardite subclinica. Come riportato da The Daily Skeptic:²³

“Fondamentalmente, lo studio ha rilevato livelli elevati di troponina – che indicano un danno cardiaco – in tutte le persone vaccinate ... Ciò indica che il vaccino sta ferendo regolarmente il cuore (un organo che non guarisce bene) e che le lesioni note sono solo i casi più gravi di un numero molto più grande che si verifica su tutta la linea ... Non si tratta di eventi rari, come spesso affermato dalle autorità mediche e dai media. Sono spaventosamente comuni”.

I decessi di COVID Jab vengono seppelliti

Tutto sommato, le prove mostrano che i colpi di COVID sono un assoluto disastro sanitario, eppure le nostre agenzie sanitarie non stanno facendo nulla per prevenirlo. Al contrario, hanno raddoppiato e triplicato le loro raccomandazioni sui colpi di COVID mentre allo stesso tempo seppelliscono prove incriminanti.

In “Come la FDA e il CDC stanno nascondendo i pericoli di COVID Jab” descrivo in dettaglio come la Food and Drug Administration e i Centers for Disease Control and Prevention si rifiutano di rilasciare dati rilevanti, hanno mentito sui risultati degli studi e, ancora più eclatante, stanno ora manipolando database per eliminare artificialmente i segnali di sicurezza e nascondere le morti in eccesso legate all'iniezione.

Come trattare il lungo COVID

Mentre il trattamento per le lesioni post-jab, che includono lunghi sintomi simili a COVID, è ancora nelle sue fasi iniziali, c'è speranza. Un certo numero di medici, scienziati e gruppi di specialità COVID stanno studiando rimedi e lavorando con i pazienti colpiti. Questi includono:

• Il protocollo di trattamento FLCCC — The Frontline COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC) ha sviluppato protocolli sia per coloro che lottano con il COVID lungo, sia per coloro che sono stati feriti dai colpi di COVID. Puoi scaricare entrambi da covid19criticalcare.com.

• Disintossicazione dalla proteina spike — Il Consiglio Mondiale della Sanità ha individuato rimedi che possono aiutare a inibire, neutralizzare ed eliminare la proteina spike. Gli inibitori che impediscono alla proteina spike di legarsi alle cellule includono Prunella vulgaris, tè agli aghi di pino, emodin, neem, estratto di tarassaco e il farmaco ivermectina. Il dottor Pierre Kory, di FLCCC, ritiene che l'ivermectina possa essere l'approccio migliore per legare la proteina spike circolante.

I neutralizzatori delle proteine spike, che impediscono alla spike di danneggiare le cellule, includono N-acetilcisteina (NAC), glutatione, tè di finocchio, tè di anice stellato, tè di aghi di pino, erba di San Giovanni, tè di consolida maggiore e vitamina C.

Mangiare a tempo limitato (TRE) può aiutare a eliminare le proteine tossiche stimolando l'autofagia e la nattochinasasi, una forma di soia fermentata, è utile per ridurre i coaguli di sangue. Diversi rimedi disintossicanti aggiuntivi possono essere trovati in [“Il Consiglio mondiale per la salute rivela Spike Protein Detox .”](#)

• Supporto nutrizionale — [“Trattare la sindrome del lungo raggio”](#) elenca gli integratori alimentari consigliati dal Dr. Al Johnson per il lungo periodo di COVID, come la vitamina C (per calmare l'infiammazione), la vitamina D (per l'ottimizzazione generale della funzione immunitaria), il glutatione (per sedare l'infiammazione) e NAC (come precursore del glutatione).

Il dottor Peter McCullough riferisce di aver avuto un certo successo nel trattamento dei sintomi neurologici con fluvoxamina, un antidepressivo SSRI, e un documento di revisione del marzo 202224 suggerisce di combattere gli effetti neurotossici della proteina spike usando i flavonoidi luteolina e quercetina.

Una collaborazione internazionale che ha coinvolto ricercatori in Israele e negli Stati Uniti ha anche sviluppato quella che affermano essere una formula nutrizionale proprietaria “rivoluzionaria” per il lungo COVID chiamata “Restore”. I risultati dello Studio25 suggeriscono che ciascuno dei sintomi riportati è stato alleviato nel 72%-84% dei partecipanti allo studio dopo quattro settimane di uso autonomo. Come riportato da The Jerusalem Post:26

“L'integratore contiene nutrienti e bioestratti vegetali per il ripristino immunitario critico dopo essere sopravvissuti a un'infezione virale, con ingredienti tra cui zinco, vitamina D, quercetina, bromelina, erba di San Giovanni, incenso indiano e beta cariofillene, un agonista CB2 dei cannabinoidi (gli agonisti si trasformano in recettori delle molecole proteiche attivati; gli antagonisti li disattivano).”

Originariamente pubblicato dal **Dr. Joseph Mercola**

MAIN SOURCES

GOSA NEWS – COVID-19 DOSSIER

Esclusivo! VACCINI COVID: “BOOSTER BIVALENTI ASSAI PIU’ PERICOLOSI DEI MONOVALENTI”. Allarmante Studio di Università Tedesca: “Reazioni Avverse più Numerose e Gravi in 76 Sanitari”

COVID, MATTARELLA RINGRAZIA LE BIG PHARMA SOTTO INCHIESTA E LODA I VACCINI. “Finta” Commissione Parlamentare “Legittimata” a Ignorare Morti e Danni da Reazioni Avverse

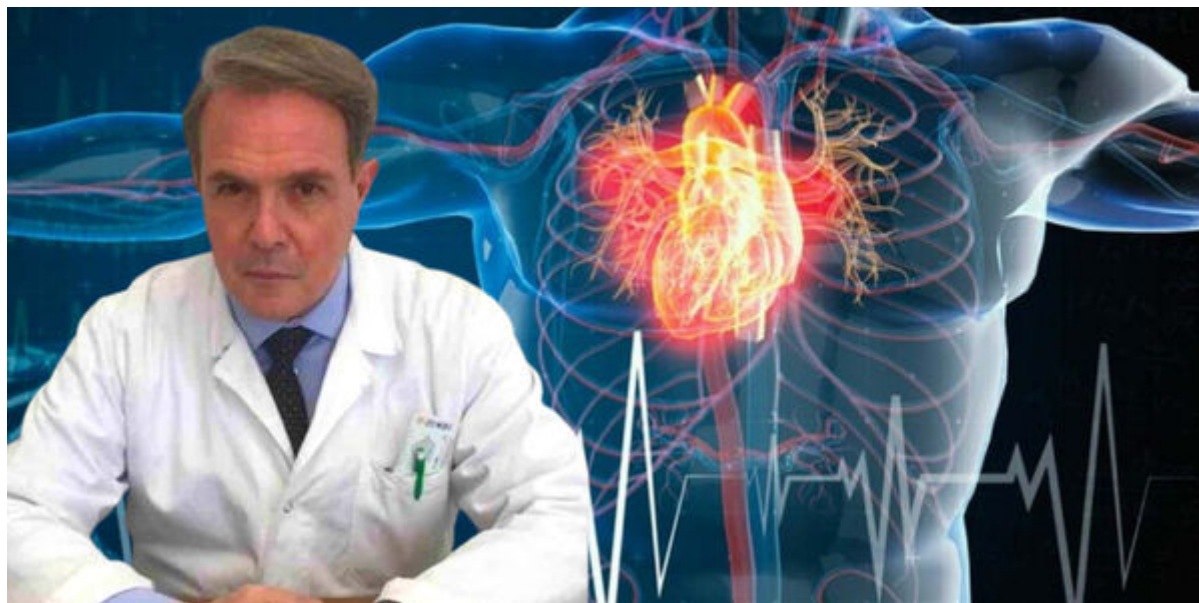
“TRIVACCINATI PIU’ A RISCHIO DI CONTRARRE COVID SINTOMATICO”. Nuovo Studio guidato da Medico CDC USA. Mentre il Piemonte parte con la Quinta Dose

Forse il 100% dei vaccinati è esagerato, ma anche Il Cardiologo Giuseppe Barbaro, afferma che il cuore dei giovani vaccinati e’ a rischio - vedi sotto

Il Cardiologo Giuseppe Barbaro: il cuore dei giovani vaccinati e' a rischio

 comedonchisciotte.org/il-cardiologo-giuseppe-barbaro-il-cuore-dei-giovani-vaccinati-e-a-rischio/

21 ottobre 2022



di Valentina Bennati
comedonchisciotte.org

Ripensando a determinate dichiarazioni che siamo stati chiamati ad ascoltare come una sorta di mantra in questi lunghi mesi – dichiarazioni che ben poco hanno di scientifico, a maggior ragione adesso che anche in Parlamento Europeo la verità sta cominciando a emergere chiaramente (ma in realtà una serie di informazioni chiave erano ufficialmente già note dal dicembre 2020, bastava leggere la scheda tecnica dei prodotti) – **si apprezzano ancora di più le persone che**, aperti gli occhi su ciò che stava accadendo, **non si sono volute piegare a una narrazione menzognera, preferendo servire la propria coscienza**, piuttosto che diventare servitori di interessi personali o altrui. **Persone comuni, ma anche** esponenti delle forze armate e dell'ordine, magistrati, avvocati, insegnanti, medici, **che hanno avuto il coraggio di fare delle scelte**, nella consapevolezza che tali scelte avrebbero avuto un prezzo ingiustamente e sproporzionatamente alto, che avrebbero comportato anche grandi difficoltà sul lavoro fino ad arrivare, in certi casi, alla perdita stessa della possibilità di esercitare la propria professione.

Tra queste persone c'è il dottor Giuseppe Barbaro, Dirigente Medico Ospedaliero, specialista in Medicina Interna e in Cardiologia che è entrato nell'occhio del ciclone per aver prescritto ai propri pazienti degli esami prevaccinali. Motivo per cui è stato denunciato dai medici vaccinatori all'Ordine dei Medici di Roma e poi sottoposto a procedimento disciplinare in barba all'articolo 13 del codice deontologico che sottolinea che *"il medico è tenuto ad una **adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle***

reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato efficace e sicuro dei mezzi diagnostico- terapeutici". Tra l'altro sempre lo stesso articolo afferma che "il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente. Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete".

Dunque, in pratica, il dottor Barbaro è stato deferito all'Ordine di appartenenza per essersi attenuto al Codice di Deontologia Medica dal momento che, di fatto – come ha sottolineato l'Avvocato Fulvio Di Blasi durante il Convegno Scientifico 'Pandemia invito al confronto' che si è svolto a Roma lo scorso gennaio – **la comunità scientifica non ha una scienza sui vaccini. *"Cerca di ottenere dati che in realtà sono segreto industriale delle aziende. Le Agenzie Autorizzative sono le uniche che hanno accesso a questi dati. Se ci vogliamo fidare, ci dicono quello che ci possono dire proprio perché sono enti di natura giuridica".* Le Agenzie Autorizzative (FDA ed EMA sono tra le più grandi) infatti, *"non sono enti di ricerca, sono enti governativi che assolvono la funzione amministrativa, i loro documenti sono basati su dati scientifici, ma sono documenti giuridici".***

La domanda che sorge spontanea, allora, è questa: **si può considerare a tutti gli effetti 'Scienza' quella prodotta unicamente dalle case farmaceutiche in conflitto di interessi?**

La risposta dovrebbe essere ovvia, **eppure fin dall'inizio della campagna vaccinale abbiamo avuto, da parte di media e istituzioni, un'informazione quasi totalmente unidirezionale**, chiusa a qualsiasi contraddittorio e dibattito scientifico vero, chiusa persino alle evidenze che via via stavano emergendo grazie alle segnalazioni (spontanee) di numerose reazioni, anche serie, successive all'inoculazione di questi trattamenti farmacologici impropriamente chiamati vaccini. **"Rispetto alle altre vaccinazioni, infatti, l'incidenza di eventi avversi gravi, tra cui la morte, è stata di mille volte superiore"**, ha dichiarato recentemente, ospite da Mario Giordano a 'Fuori dal Coro', il Prof. Mariano Bizzarri, ordinario di Patologia Clinica all'Università La Sapienza.

Chi pagherà per le tante vite rovinare, alcune spezzate nel fiore degli anni?

Si auspica che non si ricorra, come al solito, ai soldi pubblici, quelli versati dai cittadini, ma che siano coloro che si sono resi effettivamente responsabili di questa grave situazione a provvedere.

Per quanto **MAI NESSUN DENARO** potrà risarcire adeguatamente, se la salute non c'è più.

Men che meno, se si è dovuto dire addio a una persona cara.

* * *

Dottor Barbaro, grazie per aver accettato di essere intervistato. Pochi giorni fa una ragazza di 14 anni è morta a Brindisi stroncata da una miocardite fulminante, era stata ricoverata per febbre e vomito ed era risultata positiva al covid, pur vaccinata con tre dosi. Il primario di Pediatria dell'Ospedale Perrino, dove è avvenuto il

decesso, ha escluso che sia colpa del vaccino poiché la bambina, perfettamente sana e senza altre patologie, “era stata sottoposta a questa vaccinazione a novembre dello scorso anno”. È possibile, invece, il contrario?

“Non si può escludere un fenomeno ADE, ossia l’intensificazione dell’infezione virale anticorpo-mediata. Questo è possibile proprio per la capacità non neutralizzante degli anticorpi generati dal vaccino nei confronti della variante virale naturale mutata vaccino-resistente.”

A tal proposito qual è la sua opinione in merito alla Società Italiana di Pediatria che, definendo la copertura vaccinale nei bambini tra i 5 e gli 11 anni “*molto bassa*”, ha chiesto di “*intensificare la campagna vaccinale per la fascia pediatrica e i bambini in età scolare*”? La presidente Annamaria Staiano, rilevando che attualmente sono autorizzati i booster, ovvero i richiami di terza dose, solo per i bambini dai 12 anni in su, qualche giorno si augurava la rapida approvazione, da parte dell’Agenzia Europea dei medicinali Ema, dei vaccini per la fascia 6 mesi 5 anni. Approvazione che, puntuale, è arrivata. Non tutti i genitori hanno le idee chiare sull’argomento, cosa si sentirebbe di dire ai dubbiosi?

“Sono contrario alla vaccinazione in età pediatrica sia per la bassa letalità dell’infezione sia perché, come riportato dall’EMA in un documento del settembre 2022, mancano studi clinici adeguati che permettano di definire correttamente, per quella fascia d’età, il rapporto rischio/beneficio. Lo stesso vale anche per le donne in gravidanza e in allattamento. L’approvazione da parte dell’EMA è in contraddizione con quanto riportato nel citato documento e testimonia ulteriormente come le decisioni siano prese in funzione degli interessi finanziari che prevalgono rispetto alle evidenze clinico-scientifiche ancora limitate. Questo dovrebbe essere detto, con onestà, ai genitori ai fini di una decisione finale. Ma dubito che verrà fatto. Immagino infatti, che ci saranno limitazioni della capacità di decidere da parte dei genitori con minacce di togliere l’affido per darlo a un tutore del sistema che garantirà per la vaccinazione.”

Nell’ultimo anno c’è stato in tutto il mondo un boom di malori e di infarti anche tra i giovani. In provincia di Piacenza, ad esempio, nei primi sette mesi – da gennaio a luglio – di quest’anno sono stati segnalati 870 accessi per infarto miocardico acuto nei reparti. Quali sono le complicanze cardiovascolari successive alla vaccinazione di suo più frequente riscontro e con che tipo di conseguenze? Che differenza c’è tra una pericardite che, a volte, può insorgere dopo aver intercettato naturalmente il virus SARS-CoV-2 e una pericardite che, invece, può essere indotta dall’inoculazione di questi farmaci?

“Le principali complicanze cardiovascolari associate alla vaccinazione anti SARS-COV-2 sono:

1. Incremento della pressione arteriosa (incremento medio del 15-20% nel 25-30% dei soggetti vaccinati) per blocco del recettore ACE-2 e ridotta inattivazione dell’angiotensina II e del rapporto angiotensione II/angiotensina 1,7;

2. Incremento dell'attività adrenergica legato allo stato infiammatorio cronico con aumentato rischio di manifestazioni tachiaritmiche specialmente in soggetti con vie di rientro anomale o sindrome da pre-eccitazione ventricolare (WPW);
3. Attivazione diretta, da parte della proteina spike della proteina S anticoagulante e delle piastrine che inducono, anche con meccanismi diversi in relazione al tipo di vaccino somministrato, a trombosi trombotocitopenica e relative complicanze cardiovascolari (manifestazioni emorragiche, ictus cerebri, ischemia miocardica) con prevalente interessamento del microcircolo. Nell'ultimo anno si è riscontrato una significativa riduzione dell'età media di accesso in unità coronarica, specialmente di giovani vaccinati senza specifiche comorbidità.
4. La specifica azione della proteina spike sull'endotelio vasale e lo sviluppo di anticorpi antiendotelio (Gundry, Circulation 2021), è responsabile di eventi coronarici acuti dall'11% al 25% e di miopericardite (effetto diretto e/o immunomediato sul tessuto miocardico) con incremento dell'accesso al Dipartimento di Emergenza, per problemi cardiaci, del 25% nei soggetti vaccinati con età inferiore ai 40 anni, come riportato in Israele;
5. L'infiammazione sistemica indotta dalla proteina spike può essere causa di cardiomiopatia da stress (takotsubo syndrome) per attivazione del sistema adrenergico (ed iperattività dei piccoli vasi subepicardici) e del sistema emocoagulativo;
6. Neuropatia delle piccole fibre nervose (sia immunomediata che per ischemia dei vasa nervorum) per interessamento del sistema nervoso autonomo con relative alterazioni della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa (assenza della variabilità fasica respiratoria della frequenza cardiaca, tachiaritmia e/o bradiaritmia fino ad asistolia).

Pertanto, un adeguato screening prevaccinale (accurata anamnesi clinica e cardiologica ed esami di laboratorio, inclusi i tests genetici) è essenziale per la valutazione individuale, anche in relazione all'età del paziente, del rapporto rischio/beneficio secondo la scala modificata di Goldman et al.

Per quanto riguarda l'altra domanda, non esiste una specifica differenza clinica ed ecocardiografica tra pericardite post-vaccinica e post-infettiva. Si tratta di pericarditi sierofibrinose. Sulla base della mia esperienza clinica, posso affermare che l'insorgenza della pericardite, come anche quella della miocardite, è più frequente nei soggetti vaccinati rispetto ai non vaccinati che hanno avuto l'infezione naturale. Questa osservazione è in accordo con quanto riportato da due studi in Israele (Scientific Communication 2022 e J.Clin. Med. 2022).”

Quelle cardiovascolari sono le uniche possibili complicanze successive alla vaccinazione anti covid? Che informazioni ha raccolto dalla sua esperienza, dagli studi scientifici finora pubblicati e dal confronto con i colleghi?

“Le complicanze successive alla vaccinazione sono molteplici. Una complicanza molto frequente è, come detto, la neuropatia delle piccole fibre nervose che, potendo interessare il sistema autonomo, determina significative alterazioni della frequenza

cardiaca e della pressione arteriosa. Altre complicanze sono legate all'alterazione del sistema immunitario, specialmente dopo somministrazioni successive, con manifestazioni o riacutizzazioni di malattie autoimmuni (anche in ambito neurologico), immunodepressione indotta dal vaccino (VAIDS) con riattivazione di infezioni endogene (es, herpesvirus) e perdita della sorveglianza immunologica con insorgenza di tumori o riattivazione e progressione degli stessi in fase di remissione.”

Perché alcune persone sviluppano effetti avversi gravi dopo la vaccinazione anti-Covid e altre persone no? È questione di tempo? È questione di terreno costituzionale? Che spiegazione si è dato?

“Ogni persona ha una sua specifica storia clinica e una sua genetica. Ritengo che molti eventi avversi potevano essere evitati dopo un'accurata anamnesi anche familiare e analisi specifiche sia prima che dopo il vaccino. Indubbiamente la genetica individuale e la storia clinica (che dovrebbe sempre essere accuratamente analizzata) condiziona anche il tempo di insorgenza di tali eventi.”

Centinaia di milioni di dosi di vaccino SARS-CoV-2 basato su mRNA-LNP sono già state somministrate all'uomo, manca tuttavia una comprensione completa degli effetti immunitari. Un recente studio preliminare guidato dai ricercatori della Thomas Jefferson University ha scoperto che le nanoparticelle lipidiche LNP utilizzate per trasportare mRNA nei vaccini covid-19 possono inibire e alterare le risposte immunitarie dei topi. I topi sono da lungo tempo utilizzati per testare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci per uso umano: l'infiammazione e le risposte immunitarie riscontrate nei topolini sono quindi un'indicazione di possibili rischi, anche molto seri, per la salute dell'uomo? Questi rischi sono eventualmente trasmissibili anche alla prole?

“I dati sperimentali sono molto limitati e, del resto, anche lo studio pre-autorizzazione del vaccino manca di dati riguardanti i rischi in specifiche categorie (immunodepressi, malattie autoimmuni, soggetti con malattie cardiovascolari). La vaccinazione di massa, effettuata senza una cauta selezione dei pazienti, ha dimostrato che le alterazioni dimostrate nei topi si realizzano anche nell'uomo.”

Seppur non segnalati sistematicamente, ci sono ormai a livello mondiale moltissimi casi di eventi avversi dopo la vaccinazione anticovid-19 e, sempre più frequentemente, vengono pubblicati lavori scientifici che riportano casistiche di gravi reazioni riscontrate successivamente all'inoculazione di questi farmaci. Ciononostante, si continua a spingere per la quarta dose *“sarebbe opportuno che tutti la facessero, però per i soggetti fragili per età o patologia è veramente una questione di sopravvivenza”*, ha dichiarato, ospite di Rai radio 1, Walter Ricciardi, docente d'igiene all'Università cattolica di Roma e fino a questo momento consigliere scientifico del ministro della Salute, Roberto Speranza, ed è appena uscita una nuova circolare del Ministero della Salute che raccomanda la quinta dose a over 80, ospiti Rsa e fragili ultrasessantenni. Anche Lei, dottore, è

dell'avviso che per i soggetti fragili per età o patologia vaccinarsi sia una questione di sopravvivenza o, proprio perché più vulnerabili, tali individui dovrebbero a maggior ragione evitare?

“Poiché come riportato nell'ultimo report dell'EMA mancano dati relativi all'efficacia ed al rapporto rischio/beneficio nei soggetti affetti da immunodepressione e da malattia autoimmune, sono del parere che somministrazioni successive del vaccino possano peggiorare il loro stato clinico. Inoltre, si tratta di un vaccino preparato verso una variante virale (alpha) che non esiste più in circolazione ed è stato anche dimostrato che richiami successivi del vaccino causano una significativa immunodepressione (VAIDS) che, in alcune categorie (es. HIV-positivi) ha provocato la riacutizzazione di infezioni virali endogene (herpes zoster, EBV, CMV). Lo stesso vale anche per i soggetti anziani, nei quali è stata riscontrata un'aumentata incidenza di eventi cardiovascolari in seguito a somministrazioni ripetute del vaccino e una maggiore suscettibilità ad acquisire l'infezione naturale con sviluppo di malattia grave. Una analisi dei dati pubblicati dal Ministero della Salute israeliano tramite il Dr. Hervé Seligmann, membro della Facoltà di Medicina per le Malattie Infettive e Tropicali Emergenti presso l'Università di Aix-Marseille, e l'ingegnere Haim Yativ mostrano che durante un periodo di vaccinazione di cinque settimane, il vaccino sperimentale mRNA di Pfizer ha ucciso circa 40 volte di più (tra gli anziani) rispetto alla malattia stessa.”

Una volta si sentiva dire che non si dovessero mischiare vaccini diversi per non rischiare reazioni avverse, oggi invece molti media stanno veicolando un messaggio completamente diverso: fare in contemporanea l'anti-Covid, l'antinfluenzale e quello pneumococcico, “tutti e tre lo stesso giorno, due sul braccio e uno sulla gamba” più di una testata l'ha evidenziato. Si sbagliava prima o si sta dicendo qualcosa di non corretto adesso?

“La logica clinica non è cambiata. Vaccini diversi non devono essere somministrati insieme per evitare alterazioni, talora significative, del sistema immunitario.”

Altre dichiarazioni più volte enfatizzate in questo periodo riguardano la nuova incidenza dei contagi e l'aumento dei ricoveri: è davvero così? Dottor Barbaro che riscontri ha, sia personalmente, che dai suoi colleghi medici ospedalieri? Ci sono effettivamente tanti casi di vere polmoniti interstiziali che stanno richiedendo la terapia intensiva?

“Ritengo che il numero dei contagi non sia attendibile per l'alta percentuale di falsi positivi sia per reazione crociata con altri virus sia per la taratura dei tamponi. Bisognerebbe distinguere tra positivi e malati, ma non viene fatto, lanciando allarmi, a mio giudizio non giustificati. Bisogna anche definire il concetto di vaccinato. Ormai, che ha ricevuto solo due sole dosi di vaccino (scheda vaccinale iniziale) è considerato non vaccinato e, secondo la mia esperienza, più del 70% dei ricoverati anche in terapia intensiva hanno ricevuto almeno una dose di vaccino e sono classificati come non vaccinati. In ogni caso bi-trivaccinati sono ricoverati anche in terapia intensiva ed incidono sulla mortalità globale per Covid. I dati riportati anche dall'ISS non sono chiari perché diversi fattori interferenti,

come quelli che ho riportato, non permettono di definire con certezza la situazione, poiché, a mio giudizio, la propaganda politica prevale sulla correttezza dei dati clinici e scientifici.”

A proposito di ospedali, lo screening del tampone oro-rino faringeo diagnostico per SARS-CoV-2 per l'accettazione al pronto soccorso è tuttora obbligatorio. Non si rischia, in certe situazioni, di perdere tempo prezioso per salvare vite umane? In passato siete stati mai obbligati ad eseguire test sull'HIV o altre malattie infettive potenzialmente contagiose prima di soccorrere pazienti che richiedevano un intervento urgente?

“In emergenza si dice *'time is life'*. L'esecuzione del tampone in un paziente in condizioni critiche determina perdita di tempo prezioso per il trattamento che deve essere eseguito in urgenza. In passato non è stata mai fatta una selezione del paziente in relazione ad una malattia infettiva (es, positività per HIV-1). Quello che contava, e dovrebbe essere così anche adesso, era il codice di triage sulla base del quale il paziente veniva gestito e trattato.”

Recentemente c'è stata un'audizione di Pfizer al Parlamento Europeo di fronte la Commissione Covid (creata appositamente per indagare sulla gestione della pandemia) e una rappresentante della casa farmaceutica ha ammesso che i vaccini non sono stati testati per la protezione dal contagio prima di essere messi in commercio. Al di là dell'enorme responsabilità della politica (il green pass si è basato sulla prevenzione del contagio e anche l'obbligo vaccinale), non crede ci sia anche una responsabilità degli addetti ai lavori, quindi in primis del mondo medico-scientifico, dal momento che questo aspetto, a chi è del settore, doveva già essere chiaro fin dal dicembre 2020 visto tra l'altro che anche l'Agenzia Europea dei Medicinali EMA scrisse che non c'erano evidenze sulla protezione sterilizzante del vaccino?

“Le dichiarazioni fatte da Jasmine Small a nome della Pfizer sono scandalose. Su tale base, a mio giudizio dovrebbe essere retratto anche l'articolo del NEJM in un cui è stato pubblicato lo studio pre-autorizzazione. La politica poi, si è accanita imponendo limitazioni e discriminazioni, con ampie violazioni dei diritti costituzionali, sulla base di una frode scientifica e di una truffa criminale a livello internazionale. L'obbligo vaccinale (a partire dalla legge 76/21) e il green-pass non avevano un valore sanitario, ma solo politico. Spero che si costituisca una commissione di inchiesta che definisca le responsabilità di queste azioni.”

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri già dal 2016 si è proposta di *“dare il massimo impulso alla vaccinazione fin dai primi mesi di vita”*, *“intensificare le campagne per valorizzare il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni”* e *“intensificare la campagna per l'adesione del personale sanitario alla vaccinazione.”* Nel documento, inoltre, si legge che *“il consiglio di non vaccinarsi da parte del medico costituisce infrazione deontologica”*. Dunque, già da qualche anno c'è stata una presa di posizione chiara

da parte della principale istituzione del mondo medico del nostro Paese per limitare la libertà e l'indipendenza della professione che, invece, sono garantite dall'articolo 4 del codice deontologico. Abbiamo infatti cominciato ad assistere sempre più spesso a provvedimenti punitivi nei confronti dei medici che, legittimamente, hanno ritenuto opportuno continuare ad agire secondo scienza e coscienza. Anche lei, dottore, è stato sottoposto a procedimento disciplinare per aver prescritto ai suoi assistiti degli esami prevaccinali. In che situazione si trova adesso (se posso chiederlo) e perché, secondo lei, non c'è stata una ferma levata di scudi da parte della maggioranza dei suoi colleghi neppure nel momento in cui è subentrato l'obbligo di vaccinazione per l'intera categoria? Lei crede che saremmo arrivati a questo punto, se tutti i medici fin dall'inizio si fossero opposti fermamente?

“I medici avevano il dovere di vigilare sull'andamento della campagna vaccinale, dato che si trattava di un siero sperimentale per il quale mancavano molti dati (alcuni dei quali anche sotto segreto militare). Io, come sempre ho fatto nella mia vita professionale, ho applicato il principio di precauzione, sia in funzione della libertà e non condizionabilità del medico (art. 4 del codice deontologico), ma anche per il continuo aggiornamento scientifico (art. 6 e 19) e per l'obbligo che il medico ha di informare il paziente dei rischi legati alla somministrazione di un farmaco sperimentale (art. 48). Tutto ciò è stato considerato violazione deontologica. L'ordine, purtroppo, si è trasformato in un esecutore di ordini politici modificando la natura della professione che, a loro giudizio, e in violazione dell'art. 4, dovrebbe essere condizionata dalla politica e dalle direttive governative nelle decisioni riguardanti la tutela della salute, della vita e della qualità di vita delle persone. Non dovrebbe essere così, perché se la medicina, per definizione libera ed empirica, deve essere condizionata dalla politica, con imposizioni dogmatiche che sono l'antitesi della scienza, è finita, e con essa anche l'umanità del rapporto tra medico e paziente. Questo ultimo aspetto ha riguardato, ad esempio, i danneggiati dal vaccino che, nella maggioranza dei casi, non hanno trovato ascolto e comprensione. Invisibili senza voce.”

Secondo la nota di aggiornamento (Nadef) al documento di programmazione economica e finanziaria (Def) che il Ministero dell'Economia del Governo Draghi ha rilasciato nei giorni scorsi, la spesa sanitaria è in forte declino nel prossimo triennio, il che significa che la salute dei cittadini sarà ancora meno tutelata dallo Stato e sempre più persone si vedranno costrette a ricorrere ad assicurazioni private oppure a pagare di tasca propria, nel momento in cui dovessero aver bisogno di cure. Sulla base di questo, e sulla base di tutto ciò che è emerso nel corso di questa intervista, vorrei porLe una domanda: la Medicina è deceduta o c'è ancora una speranza?

“Non mi sembra che ci siano segnali di speranza. Vedo un incremento inutile delle spese militari per una guerra che non ci riguarda rispetto ad investimenti concreti che riguardano la sanità per la quale, negli ultimi due anni, si è investito esclusivamente per il Covid a scapito di servizi di screening e follow-up di patologie di maggiore impatto sociale (malattie cardiovascolari e tumori). In relazione alla riconversione dei reparti ed alla

chiusura di molti servizi (anche per mancanza di personale), sono mancati molti controlli programmati e questo ha determinato un incremento della spesa individuale a favore delle strutture private.”

Siamo al countdown per il Governo Meloni. Dopo le elezioni dei presidenti di Senato e Camera, continuano i passaggi parlamentari che portano verso il nuovo esecutivo che, se non ci saranno intoppi politici, potrebbe giurare già negli ultimi giorni di ottobre. Quali dovrebbero essere, secondo lei, le priorità del nuovo Ministro della Salute?

“L’istituzione di una commissione di inchiesta sia sulla gestione della pandemia che della campagna vaccinale, quest’ultima a partire dalle testimonianze delle vittime del vaccino o dei parenti dei pazienti deceduti in seguito alla vaccinazione. L’istituzione di queste commissioni farebbe luce sulle menzogne imposte a livello governativo con l’identificazione dei responsabili che dovrebbero essere processati per palese violazione dei codici etici internazionali. Mi auguro che l’annuncio dell’istituzione di queste commissioni inizi con *‘Scusate per gli errori fatti’*. Queste scuse dovrebbero essere fatte anche dagli Ordini dei Medici che si sono mostrati complici di tali violazioni dei codici etici come servili esecutori dei diktat politici degenerando la natura e l’umanità della professione medica diventando, per la loro natura inquisitoria, l’antitesi della medicina onesta al servizio della tutela della salute, della vita e della qualità di vita dei pazienti.”

Valentina Bennati

ComeDonChisciotte.Org