

Unitelematica Leonardo da Vinci

***c/o accoma GmbH Baarerstrasse 113a
6300 Zug, Switzerland (Svizzera)***

Facoltà classe: DOTTORATO DI RICERCA Ph D

GESTIONE E NORMATIVA DELLO STATO D'ERGENZA PADEMICO IN ITALIA

Indirizzo: CRIMINOLOGIA E SCIENZE FORENSI

Titolo della Tesi:

STATUS CRIMINALE

Candidato: Umberto Mendola **Matricola:** 7416515229/UNITOSCANA/IT

Relatori: Prof. Dott. Alessandro Bonora

Anno accademico 2023 – 2024

Sessione del 17 maggio 2024

INDICE

Presentazione di «“Status” criminale» di Umberto Mendola con contributi scientifici di Gabriele Segalla e Giovanni Trambusti	4
Un evento senza precedenti?.....	7
Cosa è successo a Bergamo?	10
Cosa è successo all'estero?	12
Il lockdown ha salvato o ha ucciso?	16
Ha funzionato il lockdown negli USA?	19
.....	19
I morti di lockdown in Italia.....	20
Il green Pass ha creato un ambiente sicuro?.....	22
Il vaccino uccide più di quanto salva?	25
Sono aumentate le morti improvvise?	28
L'enigma dell'eccesso di mortalità persistente.....	30
Si potevano prevedere morti ed effetti avversi?	32
Esistono i lotti di vaccino “killer”?.....	33



GIOVANNI TRAMBUSTI

Ingegnere elettronico, ha pubblicato più di 20 libri sulla Computer Graphics e oltre 300 articoli didattici su riviste di informatica nazionali. Si occupa professionalmente dell'elaborazione di archivi informatici e della loro analisi statistica.

Nella primavera del 2020 ha sviluppato un software per la rappresentazione grafica dei dati ISTAT e poi dei dati europei e internazionali. Negli ultimi tre anni ha partecipato a numerosi eventi informativi in tutto il territorio nazionale mostrando la "pandemia" da una diversa prospettiva, basata sulla fonte primaria dei numeri ufficiali e che contrasta con quella narrata dai media *mainstream*. Fa parte del gruppo di attivisti fiorentini "Libero Fuoco".

Collabora con la CMSI (Commissione Medico Scientifica Indipendente) di Alberto Donzelli. È stato intervistato in trasmissioni televisive nazionali e locali dove ha presentato alcune delle sue ricerche, ed è uno dei protagonisti (insieme a Joseph Tritto e ad altri professionisti) del docufilm *Pandemonium*, dove presenta una sintesi di tutte le sue ricerche statistiche più significative sui tre anni di "pandemia".

Autore - Criminologo forense



UMBERTO MENDOLA

Laureato presso l'Università "Leonardo da Vinci" di Firenze in Criminologia e Scienze Forensi, master in Scienze investigative, Scienze forensi, ricostruzione tecnica della scena del crimine. Ausiliario di polizia giudiziaria per le attività tecniche. Criminalista dal 2014. Esperto in perizie balistiche di armi e munizioni. Consulente dell'Autorità Giudiziaria in procedimenti con armi. Oggi criminologo forense investigativo.



ANTONIETTA VENEZIANO

Avvocato del foro di Lamezia Terme, esperto in diritto penale e normativa emergenziale emanata nel periodo pandemico. Membro del consiglio di amministrazione di "Avvocati Liberi".



GABRIELE SEGALLA

Ricercatore biochimico indipendente, specialista in chimica delle microemulsioni e dei sistemi colloidali, è autore di pubblicazioni scientifiche e detentore di vari brevetti internazionali.

Grazie alla sua lunga esperienza nel campo, ha potuto esaminare la composizione del vaccino a mRNA Pfizer BioNTech. La sua ricerca è stata pubblicata in Italia nell'ottobre 2022 su un numero monografico della rivista specializzata *Disinfection*, dal titolo "Criticità chimico-fisiche e potenziale tossicologico dei nanomateriali lipidici contenuti in un vaccino a mRNA". Ma la ricerca ha varcato i confini nazionali ed è stata pubblicata in "peer review" sulla rivista americana *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research* il 26 gennaio 2023.

"Peer review" significa revisione paritaria, cioè una valutazione critica che una pubblicazione riceve da parte di specialisti aventi competenze analoghe a quelle di chi ha prodotto l'opera. È una pratica indispensabile nel mondo della ricerca scientifica e dell'università, che permette di discriminare un articolo con fondamenti scientifici da uno che non ne ha.

www.mendolainvestigazioni.it

"STATUS" CRIMINALE

UMBERTO MENDOLA

UMBERTO MENDOLA
Criminologo Forense

"STATUS" CRIMINALE

ANALISI CRIMINALE DELLA GESTIONE COVID-19



LIBRERIA



SALVEMINI



SECONDA EDIZIONE AMPLIATA

Presentazione di «"Status" criminale» di Umberto Mendola con contributi scientifici di Gabriele Segalla e Giovanni Trambusti

Nella vita quotidiana di ogni abitante del pianeta, ma più che mai in una Italia "predestinata" si offrivano alla generale visione strani improvvisi cartelli di richiamo con scritte del tipo "hub vaccinale" e "l'Italia rinasce con un fiore" per misteriose inoculazioni, secretate militarmente nella composizione del liquido come nel contenuto del contratto tra Europa e Pfizer e affidate ad "alto" alpino.

Come non pensare – da parte del passante – a una vicenda "sanitaria"?! Bastava però provare a leggere il foglio del cosiddetto "consenso informato" per notare che, come si era posto un intero popolo agli arresti domiciliari con paradossali incitazioni quali "IORESTOACASA" o "ANDRÀ TUTTO BENE", opposte a ogni elementare regola igienica per analoghe circostanze infettive del tipo "areare i locali, sventolare i lenzuoli, tutti fuori casa, meglio al sole...", per accorgersi che si era minato il principio fondamentale della liceità dell'atto medico sussistente solo in costanza di "consenso informato" (salvo il TSO...).

Si ammetteva (e si metteva sotto scudo penale) l'ignominia organizzato dalle ASL di "reclutare" a ogni costo cittadini d'ogni età, anche in stato gravidico o della prima infanzia, non semplicemente invitati ma convinti, costretti, coartati, comprati (cono gelato per adescare i bimbi torinesi), in genere terrorizzati da chi era consapevole di "rifilare" inutili, insicuri, inefficaci "sieri" ... Come definire l'evento milioni di volte ripetutosi di un essere umano attirato in un "hub", convinto grazie al mix malefico somministrato dai "media" e imposto con mille ricatti (lavoro) e dispetti (multa) ad un "cittadino" ignaro di tutto (virus? dpcm? maschere? tamponi? vaccini?), impaurito e confuso, sottoposto quotidianamente ad una "terapia" di preparazione a base di una ossessiva disinformazione televisiva scandita dai numeri serali dei morti e degli infetti nel bieco ribaltamento del vero/falso e nell'etichettamento dei rari spiriti critici e dei coraggiosi esperti indipendenti, come fu il Nobel Luc Montagnier?! "Un mondo alla rovescia" in cui ogni iniziativa, anche solo di inquadramento della fenomenologia, pareva impresa impossibile per il fatto che la fase informativa e comunicativa – essenziale per ogni rapporto umano, organizzazione sociale, regolamentazione giuridica, respiro etico e civico, comune buonsenso – era atrofizzata e relegata al brutto uso di vietati termini spinti fino alla invettiva trivialmente espressa dalla riedizione di medievali untori e hitleriani perseguitati ("novax", "negazionisti", "complottilisti", "terraplattisti") ... A onore del vero nulla di nuovo splende sotto un sole che da millenni illumina analoghi grandi inganni perpetrati da ideologie politiche e confessioni religiose costruite tra grandi paure e infondate speranze fino alle indulgenze vendute in cambio di un costoso "green-pass" verso la beatitudine ultraterrena. Tempi i nostri di falsi filantropi che chiamano "bene comune" l'altrui rovina! Tutto questo fino a quando un siciliano decide di "mettere nero su bianco"! Come si dice nella città (Siena) di chi qui scrive, "non glielie manda a dire"! E allora chi "non" è Umberto Mendola e cosa "non" è «"Status" criminale»? E quale "non" è il "difetto" di un'opera eccezionale (unica) nel suo genere? L'autore non parte da solo ma si trova la compagnia migliore di fronte ad un fenomeno che investe ogni settore scientifico-disciplinare e qualsiasi aspetto della vita umana, in maniera radicale e disastrosamente rivoluzionaria. Ciò che implica effetti e richiede esperti di scienze mediche e giuridiche, ma che all'autore appare subito questione – a ben guardare – di ben altra natura e, in ultima analisi, di pertinenza e di competenza "criminologica" ..., viene affidato alla attenta analisi e rigorosa revisione di un chimico e di un ingegnere non comuni anzi di rara qualità come emerge da biografie attestanti nel primo caso una produzione scientifica di primissimo livello con lavori riconosciuti da revisori (peer review), incentrati anche sulla vexata quaestio "virus e vaccini", con particolare riferimento alle particelle lipidiche veicolanti la proteina alla base del preparato genico in una simbiosi la cui capacità immunizzante non era tra gli obiettivi della ditta, a quanto dichiarato in maniera sconcertante dalla responsabile della Azienda Pfizer al Parlamento Europeo! Nel secondo caso spicca a livello di fama internazionale la produzione scientifica in ambito ingegneristico, in specie informatico e statistico, culminata nell'anno 2020 in un software per la rappresentazione grafica dei dati statistici. Cosa fanno il chimico Gabriele Segalla e l'ingegnere Giovanni Trambusti? Dimostrano che basta analizzare il fenomeno con la metodologia dei loro rispettivi specifici settori scientifici per "scoprire" il grande imbroglio, la globale truffa, avviando il loro "committente" Mendola al vero movente dei responsabili: che i prepotenti stavolta si sono inventati la mitica coppia di un virus mortale e di un siero vitale era stato subito chiarissimo a qualsiasi forese e forense" ... Come l'eroico magistrato Falcone insegna, si tratta di ciò che muove il mondo, denaro e potere, che a tali livelli li realizzano "menti raffinatissime" (ingegneria sociale), certo con un "medicrime", ma all'interno di un "maxicrime": che doveva fare allora uno come Mendola che di mestiere fa il "criminologo"?!

Per questo il libro è unico ed anche perché l'opera ha il pregio fin dal titolo di non incorrere nei furbeschi o fantozziani, talora timidi o truffaldini, modi di esprimersi di chi, rinchiuso nel proprio angusto ambito accademico o nella tipica tecnica televisiva, chiama questo tragico momento storico "epoca della pandemia" e atti non afferenti ad un ambito definibile sanità li definisce

"errori". La "tachipirina" imposta per abbattere il glutazione indispensabile alle reazioni di difesa dall'infezione virale e l'infame omissione della "vigile attesa" volta a far scatenare le tempeste citochiniche e a far precipitare le condizioni cliniche dei più deboli non sono errori ma "orrori" e la "follia" chiamata in causa a giustificazione di chi ha così agito non hanno spiegazione o scusante

alcuna. Davanti alla strage, alla sofferenza, alla solitudine prodotte da coscienti cinici esecutori, promotori, delatori di un gigantesco "sistema criminale" si alza un criminologo (con un chimico e un ingegnere), esperto di investigazioni difensive, e parla al sistema e ai lettori in un estremo anelito di amore per la verità e in coerenza con la sua professione, resa immortale da "James Bond". Chi, quindi, non è Umberto Mendola? Non è certamente uno dei tanti (troppi) traditori della Scienza e dell'Etica, della Costituzione della Repubblica, della Patria, della Verità, della Dignità dell'uomo, del Decoro delle professioni. Cosa non è questo «"Status" criminale»? Non è l'ennesimo libro magari autobiografico o fantastico per lettori in fuga da sé stessi e dalla realtà ed è una "novità" assoluta per ogni persona dotata di un senso critico e di curiosità. **Perciò l'opera è stata inserita nel settore VOLUMI del prestigioso gruppo senese di studio, ricerca e indagine "Scienze Forensi" [v. «scienze-forensi.it»].** Anche perché un filo rosso lega questo lavoro ad altri dell'antica gloriosa Scuola senese su analoghe delicate drammatiche tematiche fra cui piace ricordare l'antesignana ricerca del grande studioso Domenico Mastrangelo "Il tradimento di Ippocrate. La medicina degli affari" (Salus Infirmorum) da noi promossa e presentata nel 2010 nella storica "Accademia dei Rozzi" di Siena.

Parole profetiche: "...unificare i saperi e le conoscenze trasformando assistenza e cura in operazioni veramente utili e benefiche, liberando medici e malati dai vincoli delle multinazionali dedite al proprio profitto e non certo al benessere dell'uomo e far questo contribuendo all'opera di informazione e formazione che comprenda tutti, medici, pazienti, cittadini..."; così non è stato! Se si comprende la drammaticità dell'incubo che grava soprattutto sugli italiani, cui sfugge la finalità del proprio esistere ("virtute e conoscenza") essenziale per la salvezza e il riscatto della "serva Italia" di dantesca memoria, si iscrive questa opera nella Storia con la esse grande come è grande il merito di chi come l'autore criminologo esperto di investigazioni difensive rientrano a pieno titolo nell'albo degli Italiani che vivono "

Prof. Cosimo Loré

direttore di scienze forensi

criminologo legale medico

professore universitario

senatore accademico

scrittore autore editore

«scienze-forensi.it»



Un evento senza precedenti?

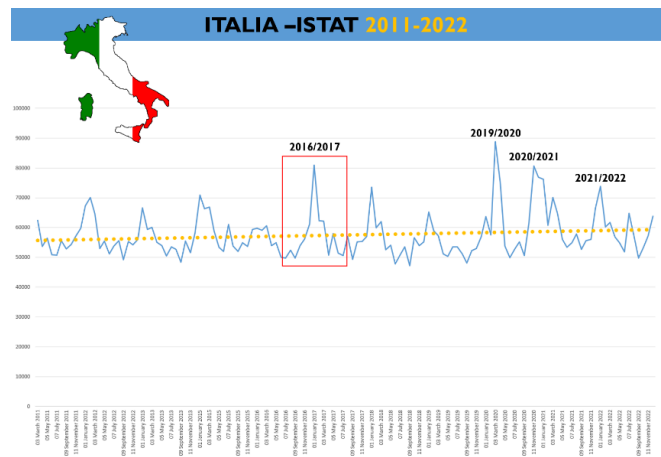
Cosa è successo veramente negli ultimi 3 anni? Il principale problema che un qualunque cittadino italiano ha sperimentato in questo periodo è il bombardamento continuo di una quantità soverchiante di informazioni, una vera e propria “infodemia”. Quali sono le informazioni importanti? Come distinguere i dati veramente rilevanti? Siamo stati sommersi da numeri, numeri, numeri... spesso del tutto fuori contesto. Oggi sono morte X persone di COVID. Ok, ma quante ne muoiono di solito ogni giorno in Italia per altre cause? Sono persone che non sarebbero morte senza il COVID, o che sarebbero decedute ugualmente di lì a poco? Queste e altre domande non trovavano una risposta precisa e immediata, così è iniziata la mia ricerca e non si è certo trattato di una passeggiata.

Oltre a una selezione dei dati rilevanti, mancavano anche confronti sistematici con il passato. La prima domanda che mi sono posto è stata: si tratta di un evento senza precedenti?

La risposta non l'ha fornita la TV, l'ha fornita ISTAT. L'istituto nazionale di statistica nel secondo trimestre 2020 ha iniziato a fornire non solo i dati sulla mortalità recente, ma anche quelli sulla mortalità degli ultimi dieci anni. ISTAT mette a disposizione un enorme tabellone di 4 milioni di righe che riportano i morti dal 2011 al 2022 giorno per giorno, comune per comune, per sesso e classi di età... una quantità di dati non elaborabile con i software usuali come ad esempio Microsoft Excel. Ho allora sviluppato un mio software originale che è stato in grado di analizzare e rappresentare in modo comprensibile i dati ISTAT.

Mi rendo conto che il giornalista medio non possiede questo tipo di professionalità, io lo faccio di mestiere, ma qualche sforzo in più poteva essere fatto data la rilevanza del tema.

Ecco uno dei primi grafici a cui mi sono trovato di fronte: la mortalità per tutte le cause in Italia dal 2011 fino a ottobre 2022.



Si notano i picchi di mortalità invernale, da sempre attribuibili alle malattie respiratorie. Sono evidenti i picchi degli ultimi 3 anni, ma cosa è successo nell'inverno 2016/2017? Il picco è un po' inferiore a quelli attuali, ma non di molto.

Andando ancora un po' indietro (grazie i dati ONU, perché ISTAT non fornisce dati antecedenti al 2011...), si nota che in passato ci sono stati altri picchi simili a quelli attuali.



Andando a cercare le notizie del 2017 viene fuori, la fonte è “Quotidiano Sanità”, che a causa di un'epidemia influenzale morirono in una settimana 3400 over 65 oltre le attese, si tratta quindi di quasi 500 morti al giorno. Un aumento del 42% rispetto alla media degli anni precedenti.

Quindi, abbiamo sbagliato nel 2020 ad applicare misure restrittive, o abbiamo sbagliato nel 2017 a non applicarle? Questa domanda attende una risposta di tipo medico scientifico che non mi compete, ma la domanda me la pongo.

Tramite il mio software è possibile visualizzare la mortalità di ogni singolo comune, regione o provincia. Questa è un'analisi che incuriosisce tutte le persone a cui la mostro, e che non ho mai visto in giro. Eppure, i dati ci sono, li mette a disposizione ISTAT.

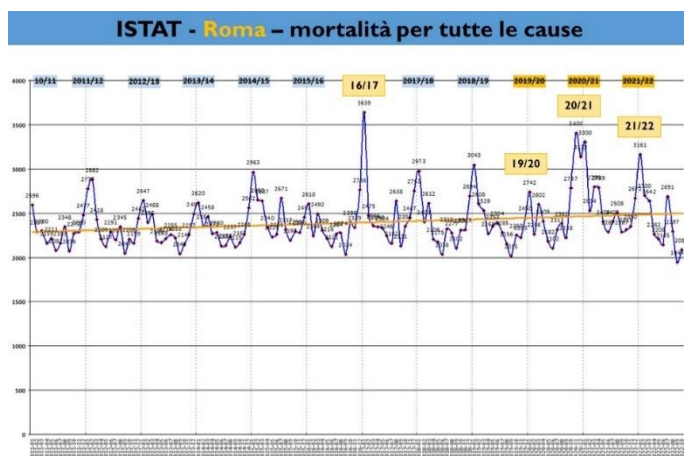
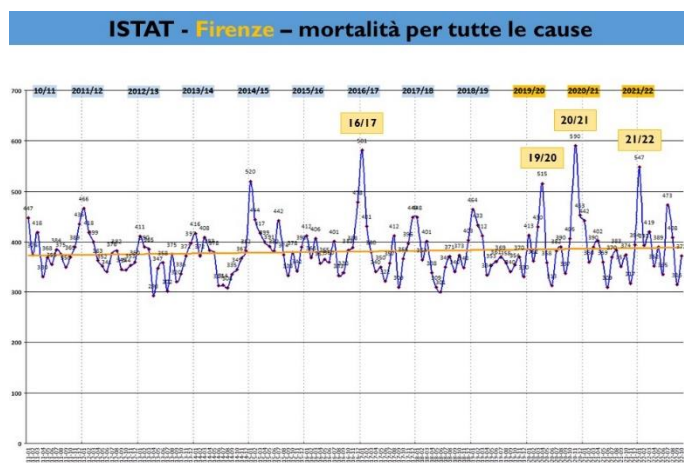
Ecco il grafico di Firenze; è evidente il picco 2016/2017 paragonabile a quelli più recenti e comunque superiore a quello della prima ondata, molto simile il grafico della Toscana.

Ecco Roma, ecco Napoli, dove ci sono pure vari picchi pre-pandemici.

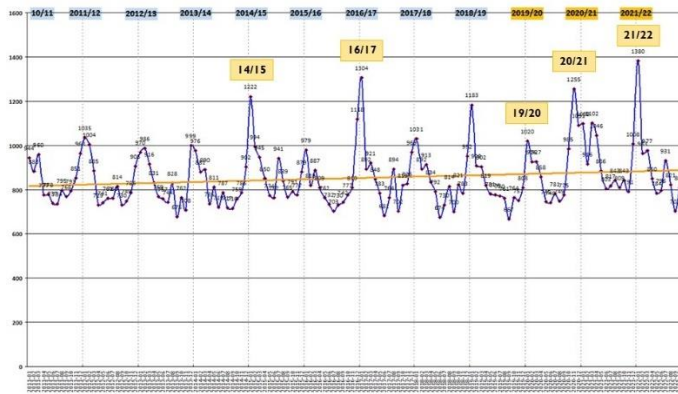
Un test interessante per me fu il grafico di Amatrice, dove risulta tragicamente evidente il picco in corrispondenza del terremoto.

Ma ora occupiamoci del nord, che durante la prima ondata è stato duramente colpito. Milano, ha un picco senza precedenti, Torino pure, ma ovviamente i grafici più impressionanti sono quelli di Bergamo, Brescia e altre cittadine.

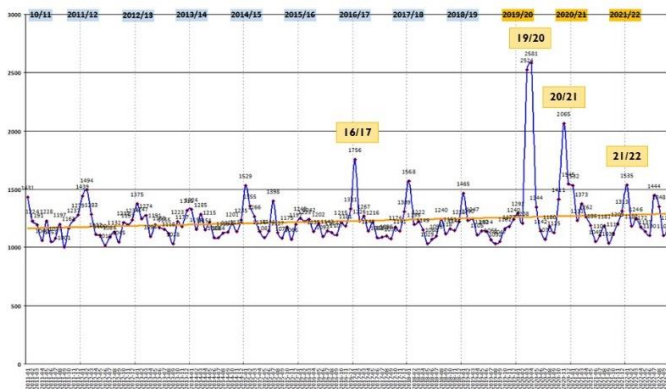
A Bergamo si è passati da una media di 110 morti al mese a un picco di 680 morti a marzo 2020.



ISTAT – Napoli – mortalità per tutte le cause



ISTAT – Milano – mortalità per tutte le cause



Cosa è successo a Bergamo?

Questa domanda mi ha spinto fuori dai dati ISTAT, dopo molte ricerche ho trovato un dato sconcertante. Ecco una ricerca italiana del 2021 pubblicata su Tumori Journal.

Dei ricercatori nel 2019 avevano messo da parte dei campioni di sangue di malati cancro, per future investigazioni.

Nel 2021 queste provette furono analizzate, e risultò che molti di loro, a settembre 2019, avevano gli anticorpi del SARS-COV-2 nel sangue.

In quali aree geografiche si concentravano questi campioni positivi al coronavirus? In Lombardia, specialmente nella provincia di Bergamo.

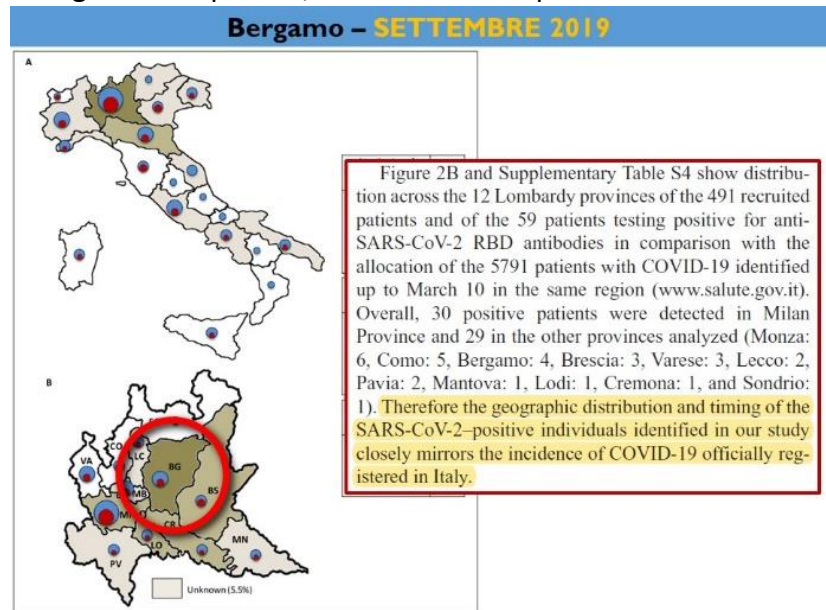
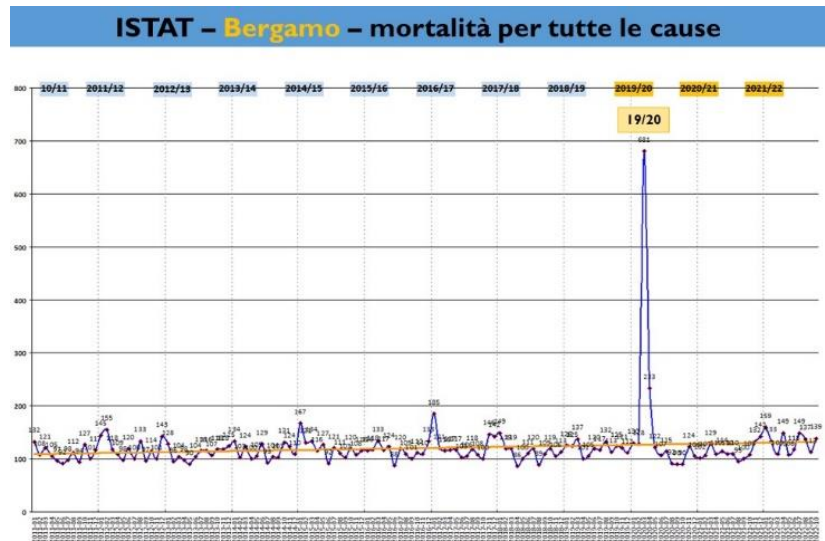
In Lombardia il 53% dei campioni di sangue erano positivi, ed erano tutti di persone asintomatiche.

Guardando la mappa ci si rende conto che a settembre 2019 il virus si concentrava in quelle esatte aree geografiche che sarebbe state colpite duramente dal COVID 6 mesi dopo, a marzo 2020.

I ricercatori commentano che questa scoperta potrebbe riscrivere la storia della pandemia. La narrazione del paziente zero, di Codogno e Vò Euganeo potrebbe non essere giusta, o quantomeno incompleta.

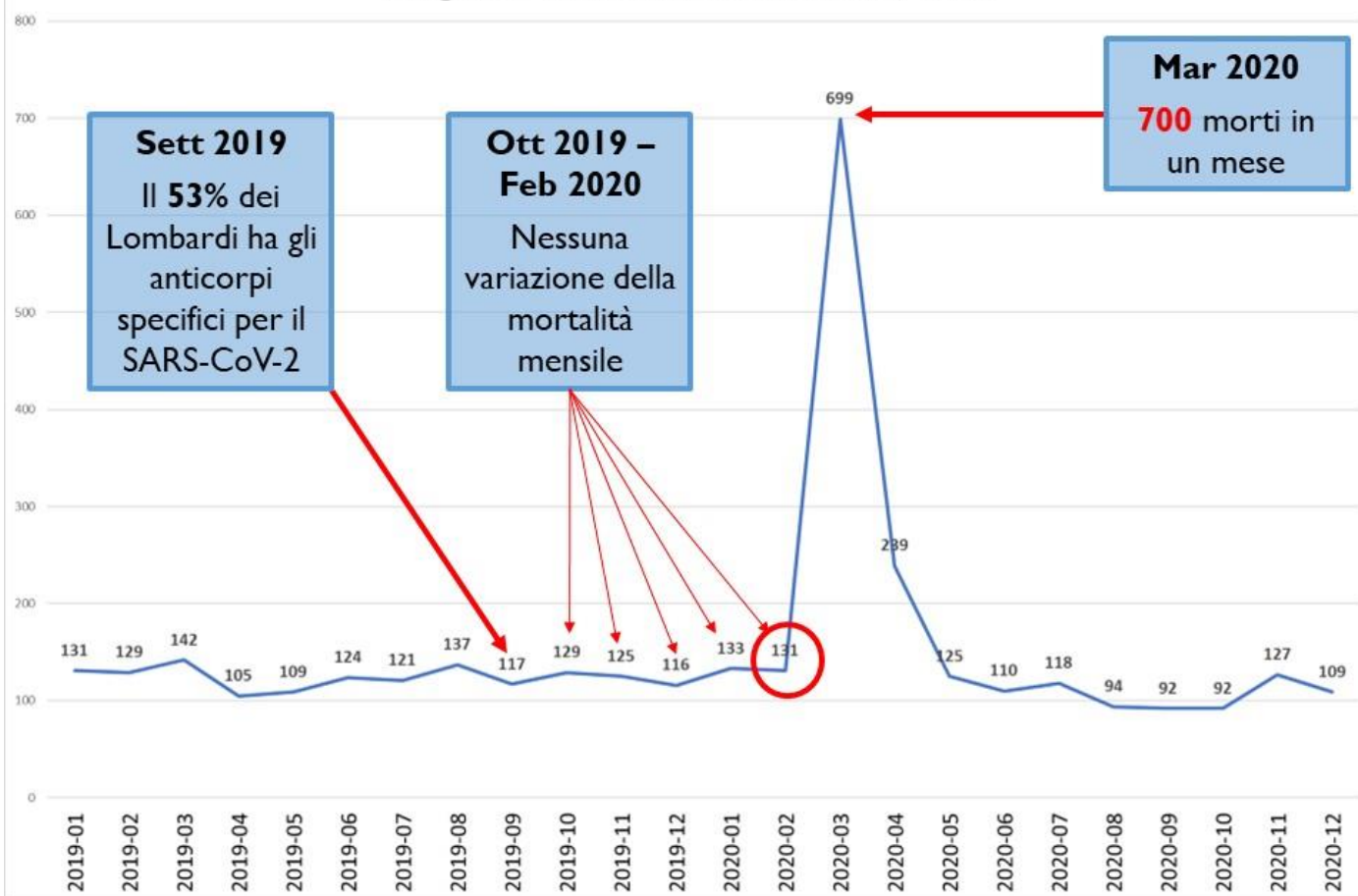
Ecco un mio tentativo di cronologia: settembre 2019, il 53% dei lombardi è positivo al SARS-COV-2, per 6 mesi sono tutti asintomatici.

Allora cosa è successo a marzo 2020? Cosa ha scatenato la malattia? Cosa ha fatto sì che un virus, già ampiamente circolante, causasse una malattia che per 6 mesi non aveva causato?



Bergamo – SETTEMBRE 2019

Bergamo - mortalità mensile 2019 / 2020

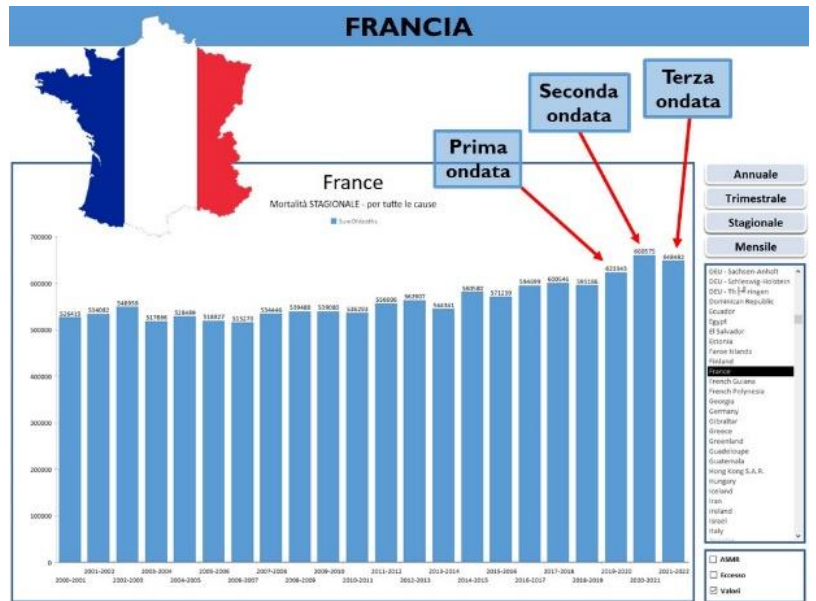


Cosa è successo all'estero?

È vitale, per comprendere una pandemia, dare un'occhiata a cosa è successo all'estero. Questi grafici sono prodotti con il mio strumento software, i dati grezzi provengono da "mortality. watch".

Mostrerò la mortalità stagionale, misurata da ottobre al settembre dell'anno successivo, questa è una misura più accurata della mortalità da gennaio a dicembre, dato che in questo modo si spezzerebbero in due tutti i picchi di mortalità invernale.

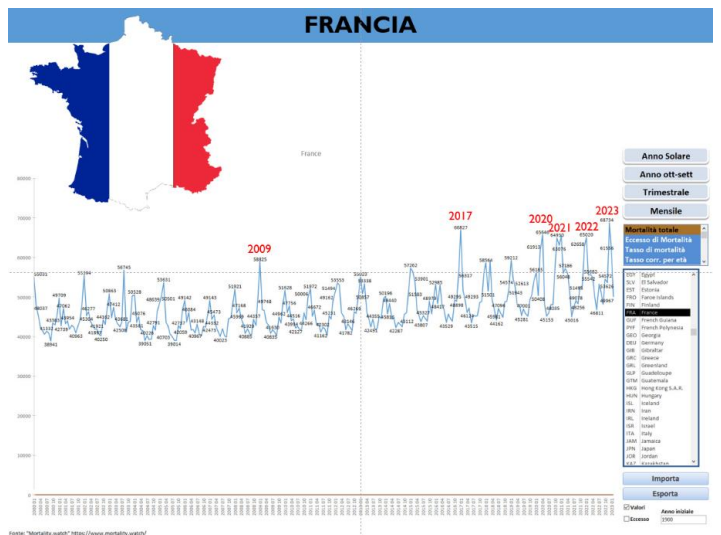
Ecco il grafico della mortalità per tutte le cause in Francia. Il 2019/2020, prima ondata, è del tutto in linea con di crescita gli anni precedenti, dovuto all'invecchiamento della popolazione.



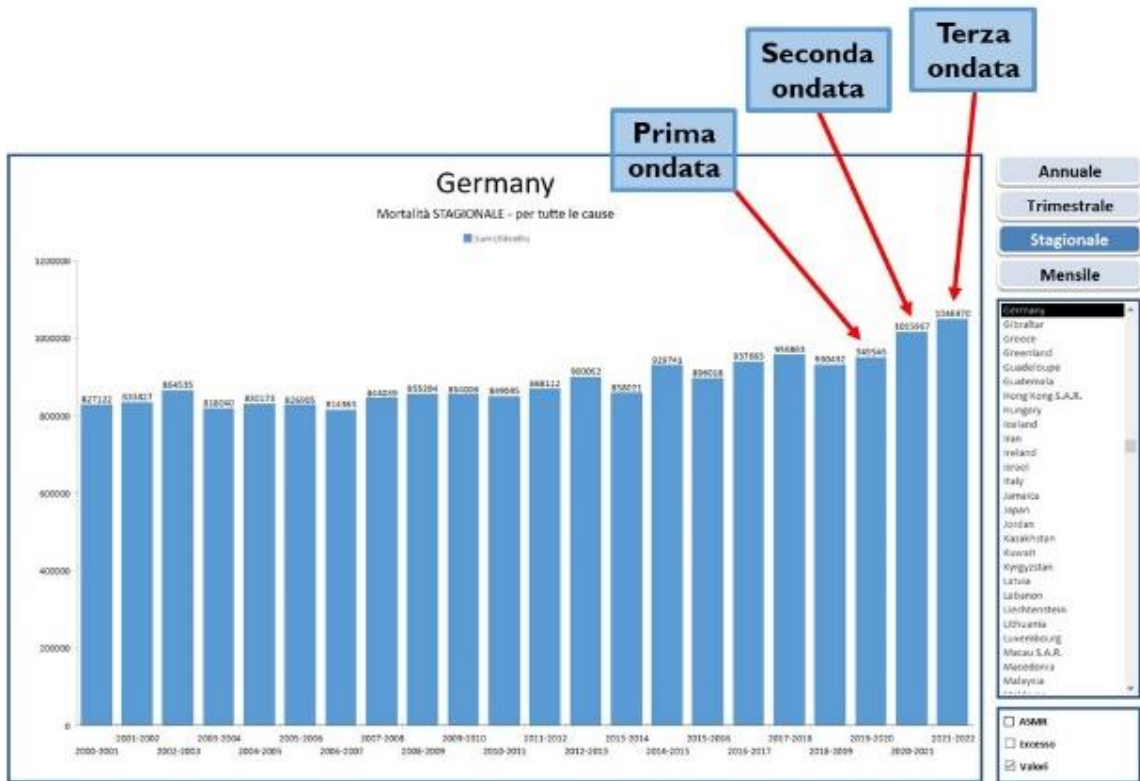
La seconda ondata è più pronunciata, già si cominciava con i vaccini. La terza ondata 2021/2022 è superiore alla prima nonostante la campagna vaccinale ormai a regime.

Il grafico mensile, dal 1980 in poi, mostra diversi altri picchi di mortalità del tutto analoghi a quello recente, ad esempio nel 2009 e nel 2017.

La Germania è un caso molto interessante. Dopo una mortalità persino inferiore agli anni precedenti durante la prima ondata del 2020, ha avuto una crescita sensibile nelle due stagioni successive, nonostante la campagna vaccinale con alti tassi di adesione.



GERMANIA



La Svezia è un altro caso emblematico: la prima ondata del 2020 non sventa sugli anni precedenti, nonostante (caso unico in Europa) non siano state imposte restrizioni: ragazzi a scuola, negozi aperti, sport permesso, libertà di spostamento, niente coprifuoco, niente mascherina e così via.

Negli anni successivi, seconda e terza ondata, la mortalità rientra del tutto nei ranghi.

Dal grafico mensile si notano molto bene i picchi degli anni '90, persino superiori a quelli recenti.

Una notizia della Reuters commenta: "Il Coronavirus spinge le morti svedesi al valore più alto dall'aprile 1993", quindi si ammette esplicitamente che non si tratta di un evento senza precedenti!

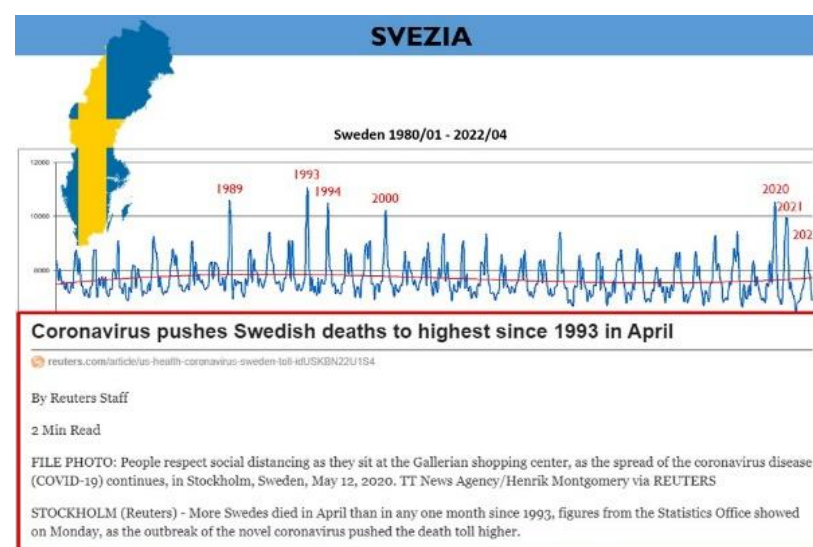
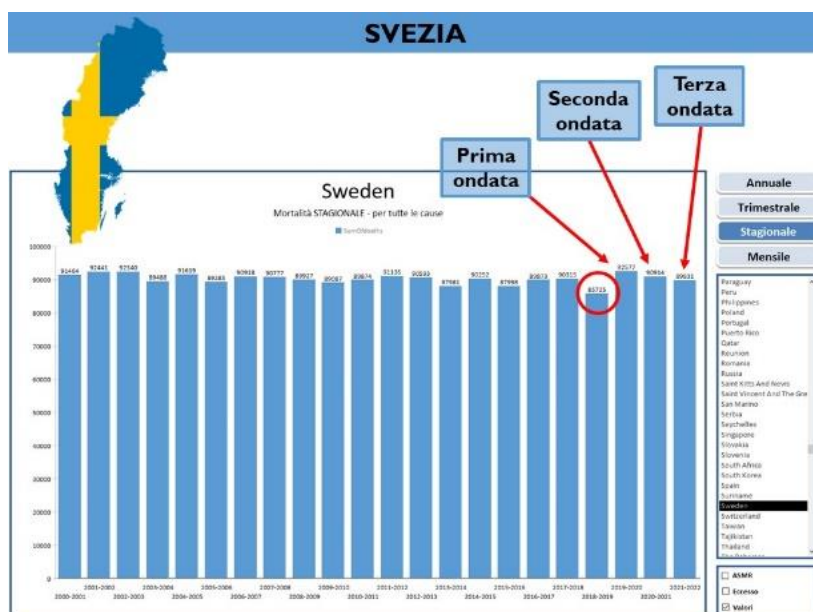
Il responsabile dell'ente statistico statale svedese dell'epoca commenta:

"Nessuno ricorda cosa successe all'epoca (1993 e 2000). Ci fu una brutta epidemia di influenza, ma questo non attirò molta attenzione."

Il Belgio ha avuto più morti, calcolati per milione di abitanti, rispetto a tutti i paesi europei durante la prima ondata.

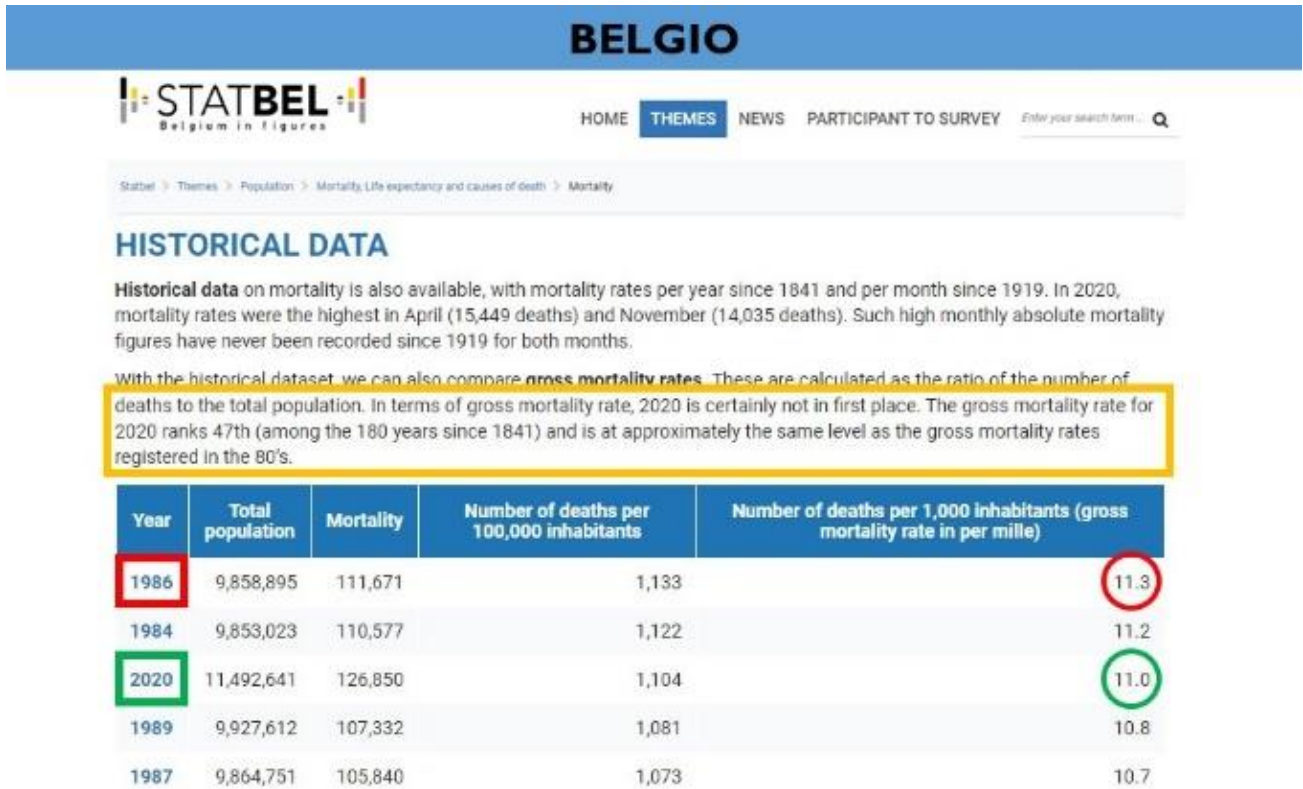
Ecco cosa dichiara l'istituto statistico statale del Belgio, StatBel: "In termini di tasso di mortalità per tutte le cause il 2020 non è certo al primo posto.

Il tasso di mortalità del 2020 è approssimativamente lo stesso registrato negli anni '80." Questo è accaduto nel paese più colpito dal COVID in Europa.



«Il Coronavirus spinge le morti svedesi al valore più alto dall'aprile 1993»
<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-sweden-toll-idUSKBN22U154>

Penso di aver risposto alla domanda: "Si tratta di un evento senza precedenti?"

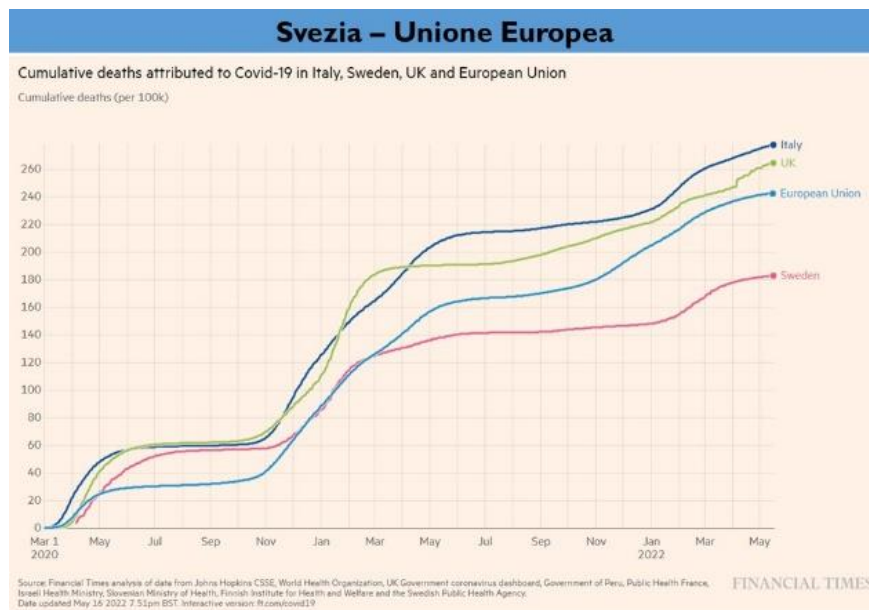
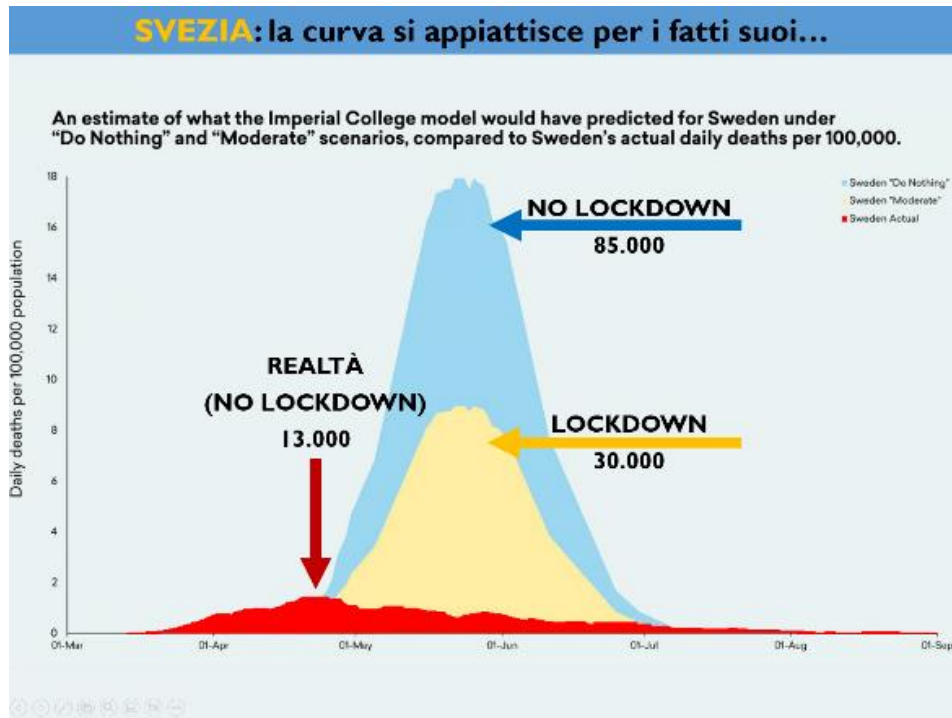


In termini di tasso di mortalità per tutte le cause il 2020 non è certo al primo posto. Il tasso di mortalità del 2020 è approssimativamente **lo stesso registrato negli anni '80**.

<https://statbel.fgov.be/en/news/2020-126850-inhabitants-died-belgium>

Il lockdown ha salvato o ha ucciso?

Mentre tutti le nazioni parlavano di “piegare la curva con i lockdown”, in Svezia si professavano altre idee. Esistevano forse pubblicazioni scientifiche che descrivevano l’efficacia di lockdown passati? Certamente no.



Quando la Svezia annunciò che non avrebbe applicato le stesse misure restrittive degli altri paesi occidentali, in primo luogo l'Italia, molti si affrettarono a fare le cassandre.

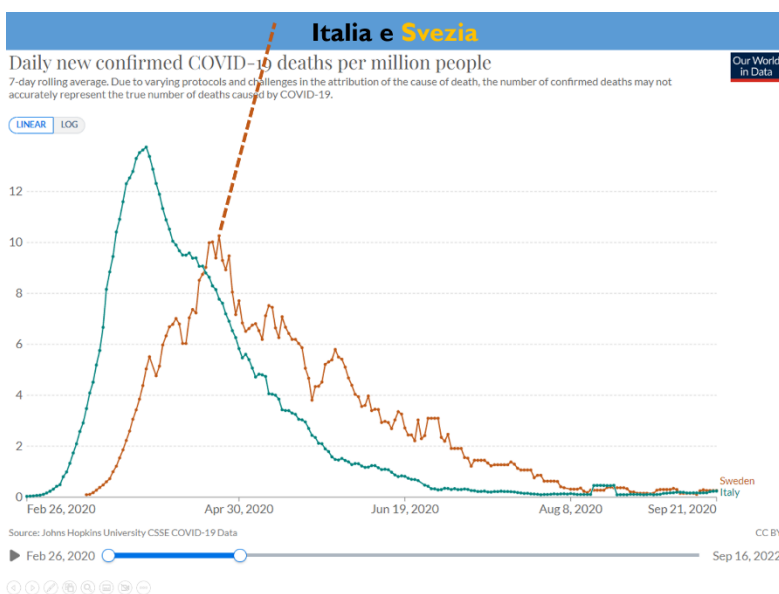
L'Imperial College di Londra stimò che senza lockdown in Svezia sarebbero morte, da marzo a settembre 2020, 85.000 persone. Invece, chiudendo tutto come in Italia, ne sarebbero morte solo 30.000. La realtà è che ne morirono circa 13.000 da marzo a settembre. Il tutto senza causare tassi di mortalità superiori a quelli degli anni '90.

La Svezia ha avuto un risultato migliore di Italia e Regno Unito, migliore della media dei paesi europei, lo si vede dal grafico della mortalità cumulativa aggiornato al 2023.

A marzo i morti in Italia di giorno in giorno salivano e salivano, quando finalmente cominciarono a scendere fu detto che "il lockdown ha piegato la curva".

In Svezia i morti salirono ma non fino ai livelli italiani, e anche lì cominciarono a scendere. Chi aveva piegato la curva in Svezia? Di certo non il lockdown.

Alcuni hanno criticato questo ragionamento perché la Svezia ha una densità di popolazione inferiore quella italiana, vero. Però la popolazione svedese si concentra per il 90% al sud, e le città come Stoccolma hanno una densità paragonabile alle città italiane.



Con un grafico cumulativo di morti COVID, i dati sono della Johns Hopkins University, una delle più prestigiose università USA, si vede come la Svezia ha avuto complessivamente il 33% di morti in meno rispetto all'Italia.

Cosa sarebbe successo in Italia con il 33% di morti in meno? Questo è un esercizio di fanta-statistica... non ha nessuna pretesa di accuratezza, ma togliendo il 33% al picco italiano del 2020 si fa pari con quello del 2017.

Chissà come sarebbe andata se il nostro governo avesse avuto lo stesso coraggio di quello svedese.

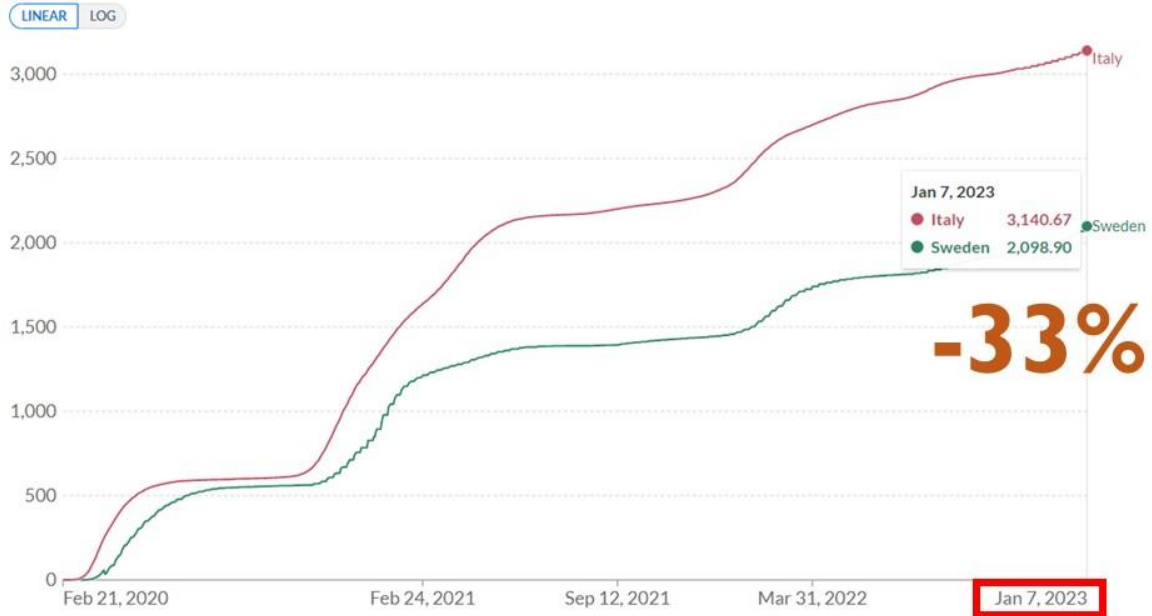
In fondo avrebbe solamente dovuto affrontare la nuova minaccia con gli strumenti usuali, senza "sperimentare" restrizioni mai applicate in precedenza e senza la minima evidenza scientifica della loro efficacia.

Italia e Svezia

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World
in Data



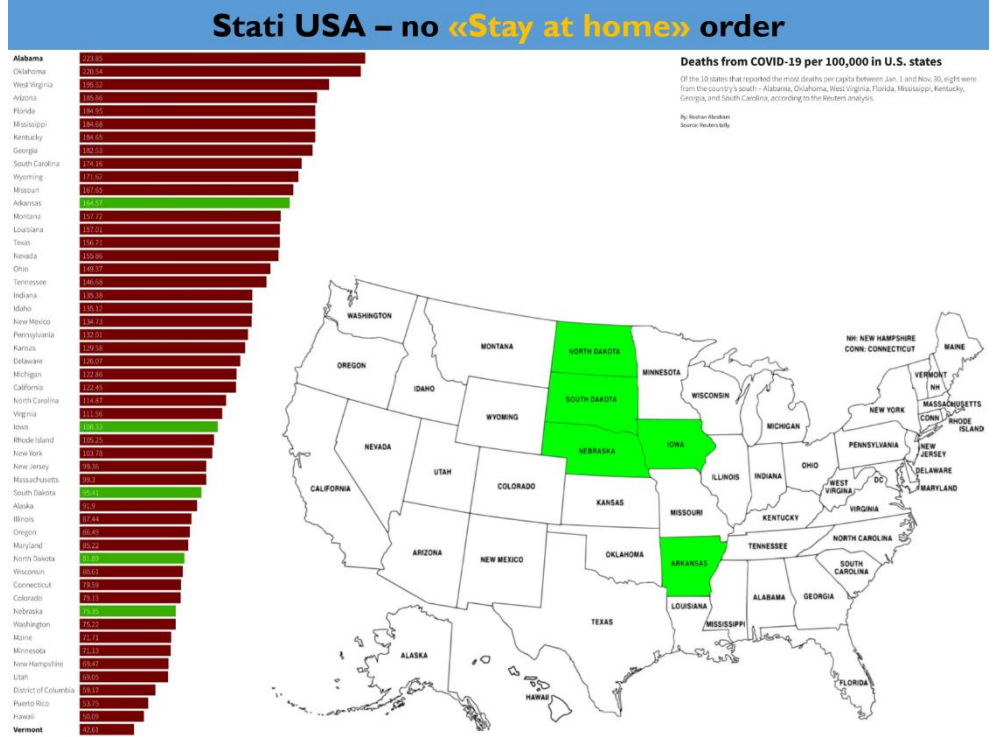
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Ha funzionato il lockdown negli USA?

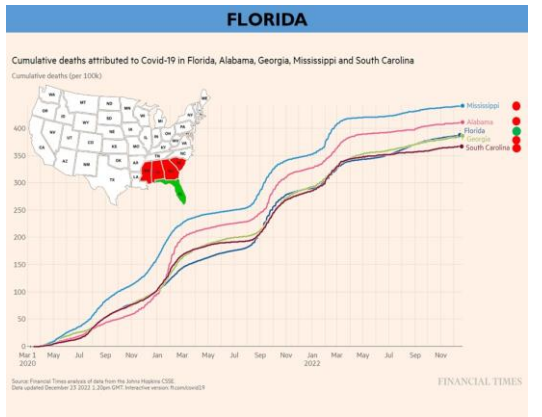
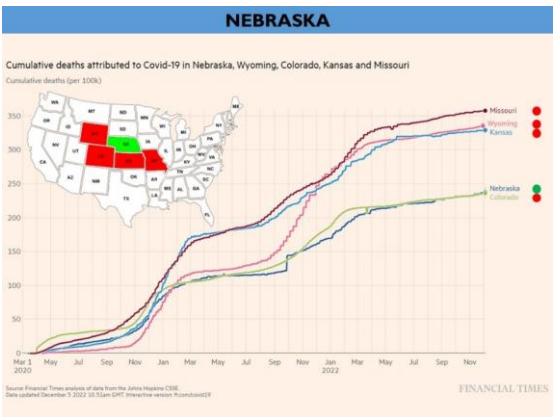
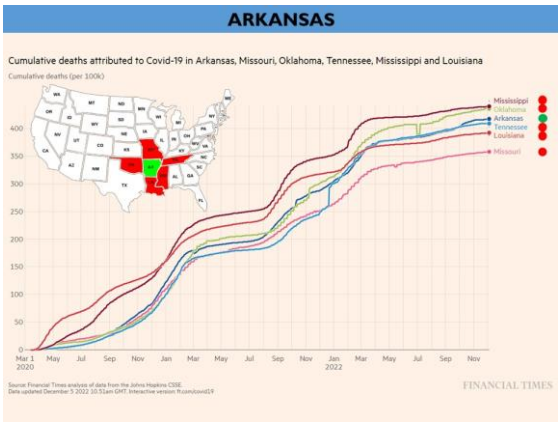
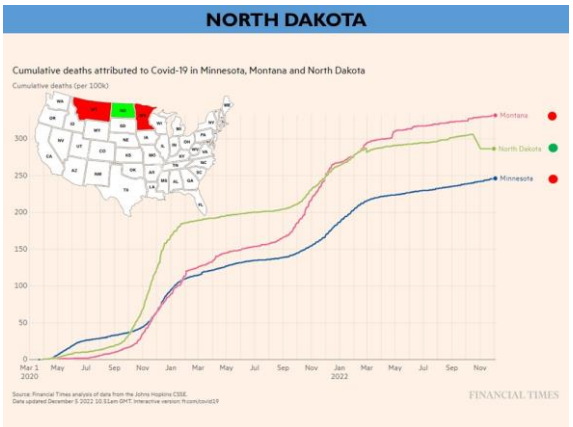
È interessante analizzare quello che è successo negli USA, perché alcuni stati non hanno imposto lo "Stay at home", cioè il lockdown, li vedete in verde sulla mappa.

Si nota anche che la mortalità negli stati verdi è stata mediamente inferiore a quella degli stati che hanno fatto lockdown. Tante piccole Svezie.



Vediamo nello specifico il Nord Dakota, con un numero di morti inferiore a quello degli stati confinanti.

Il Nebraska ha avuto morti inferiori alla media dei confinanti che hanno fatto lockdown, l'Arkansas è nella media, la Florida è inferiore alla media dei confinanti.



I morti di lockdown in Italia

Mi interessa particolarmente analizzare cosa è successo in Italia a marzo e novembre 2020, sono i due mesi con il massimo picco di mortalità.

Di norma a marzo in Italia muoiono circa 58.000 persone, questa è la media dei 5 anni pre-pandemici 2015-2019.

A marzo 2020 ne sono morte 86.000, ovvero 28.000 in più della media, questo numero è chiamato “eccesso di mortalità”, persone morte che non ci si aspettava che morissero.

A marzo il telegiornale ci comunicava il numero di morti giornaliero: ieri 500

morti, oggi 600 morti ecc., numeri che a molti sembravano esagerati. La verità, all'opposto, è che ogni giorno ne morivano molte di più di quelle riportate nelle notizie! Ma per altre cause.

Quante persone sono morte di COVID secondo la protezione civile a marzo 2020? Circa 12.400 su un eccesso di 28.000. E allora le altre 15.600 di cosa sono morte? Si tratta di morti in eccesso di cui nessuno ha mai parlato.

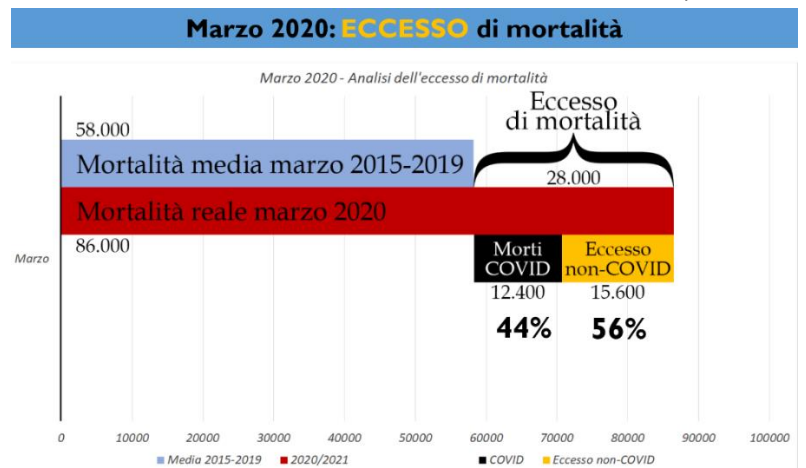
ISTAT a maggio 2020 si accorse, nel silenzio generale, di questo eccesso di mortalità NON-COVID, e formulò 3 ipotesi:

- 1) Morti COVID non riconosciuti, ovvero che ricevettero un tampone;
- 2) Morti per ALTRE CAUSE per via dalla crisi del sistema ospedaliero (rifiutati o curati male);
- 3) Morti a casa per TIMORE di recarsi in ospedale e contagiarsi.

Queste sono le 3 ipotesi di ISTAT. La prima causa, morti COVID senza tampone, non so valutarla con esattezza, ma non credo siano molti. A marzo 2020 la gran parte dei morti in eccesso fu causata dai lockdown stessi e dal terrorismo mediatico: rimandati indietro dagli ospedali, oppure gente terrorizzata che non usciva di casa per andare in ospedale.

A novembre 2020 il fenomeno si ripeté: 27.000 morti in più rispetto alla media dei 5 anni precedenti, ma solo 17.000 morti COVID su 27.000. Che non mi si venga a dire che a novembre 2020 non si facevano i tamponi! Quindi, di cosa sono morte le altre 10.000 persone? La mia risposta è: “di lockdown”.

Un aiuto per capire le cause ci viene da uno studio del 2021 dell'Università di Pavia. Cito: *“Nel 2020 ci sono stati 750.000 morti. Un numero superiore di 108.000 rispetto alla media dei decessi tra il 2015 e il 2019. Questo è l'eccesso di mortalità, imputabile solo per il 43% alle infezioni da coronavirus. Nell'aumento di mortalità troviamo sia i morti COVID che quelli non-COVID, CAUSATI ANCHE DALLE CURE MEDICHE MANCATE.”*



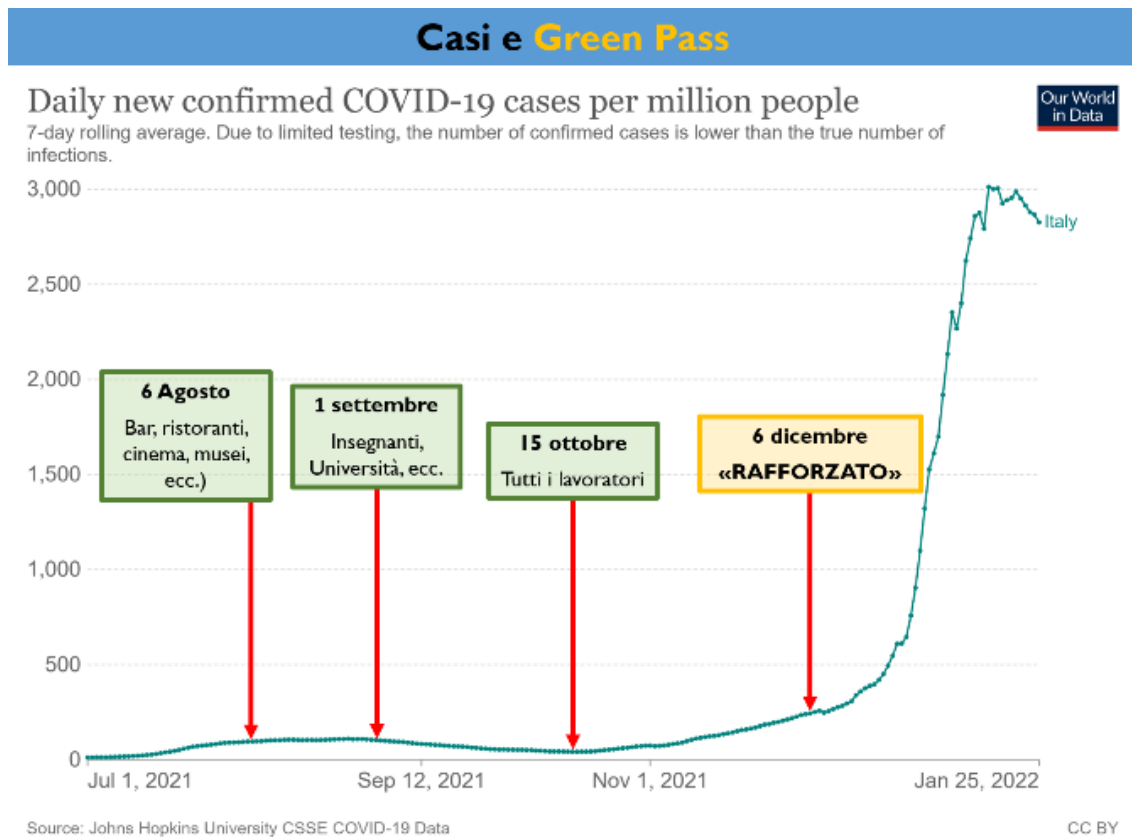
Sottolineo che NON si tratta di cure errate o mancate ai malati COVID. Qui si parla di cure non somministrate dalla Sanità pubblica a chi NON è morto di COVID ma di altre cause quindi, come sostiene ISTAT, si tratta di crisi del sistema ospedaliero, o del terrore che ha chiuso la gente in casa. In sintesi, morti di lockdown.

Nello specifico, ecco i tragici numeri del 2020, secondo l'Università di Pavia:

- 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019
- 620.000 interventi chirurgici saltati
- 750.000 ricoveri programmati cancellati
- 550.000 ricoveri urgenti cancellati
- Meno 20% di impianti di pacemaker
- Meno 20% interventi cardiocirurgici
- Meno 13% di ricoveri oncologici
- 90 milioni analisi di laboratorio in meno

Il green Pass ha creato un ambiente sicuro?

Per quanto riguarda il Green Pass, devo ricordare che i produttori di vaccini nei foglietti illustrativi hanno scritto chiaramente che i loro prodotti servono alla “prevenzione della malattia COVID-19”, mentre gli articoli dei decreti in Gazzetta Ufficiale che istituiscono il Green Pass parlano di “prevenzione delle infezioni”.



Si è scambiata la causa (virus) con l'effetto (malattia)!

Anche senza essere un medico, è chiaro a tutti che qui siamo in presenza di una grave contraddizione: è stato usato un prodotto per uno scopo per cui è **dichiaratamente inefficace**.

Imporlo, è un buco nell'acqua in partenza, oltre che una violazione dei più elementari Diritti Umani.

Se osserviamo la cronologia dell'imposizione del green pass in Italia, notiamo che via via che veniva ampliato il suo utilizzo, il grafico dei casi rimase del tutto costante.

Quando poi il green pass divenne “Rafforzato”, escludendo la validità dei tamponi”, ecco che i casi schizzarono verso l'alto come mai prima. Un po' come per le mascherine nel 2020...

Il motivo per cui è successo è del tutto chiaro, basta osservare le tabelle del Regno Unito, molto più esplicite e dirette di quelle di altre nazioni inclusa l'Italia.

Questa è la situazione ufficiale dei casi positivi pubblicata dal governo britannico a gennaio 2022.

Ho scelto questa settimana perché coincide con il periodo più brutto della storia italiana recente, quando milioni di lavoratori sono stati costretti a vaccinarsi, ad ammalarsi o a rinunciare al lavoro.

Prendiamo in considerazione i quarantenni: nella colonna di sinistra su un campione di 100.000 abitanti, vediamo circa 5400 quarantenni positivi tra i vaccinati, mentre ne troviamo solo 2200 tra i non vaccinati. Cosa significa questo? Il vaccino mostra un'efficacia negativa rispetto al contagio, è evidente che il vaccinato si contagia più facilmente, è predisposto ad essere positivo.

Invece di essere al +95% come propagandato, l'efficacia risulta al -151%.

Si capisce quindi come dare il via libera ai vaccinati, mentre si limitavano le libertà dei non vaccinati, possa aver favorito il contagio anziché frenarlo.

Nella primavera del 2022 il Regno Unito ha cessato di pubblicare tali tabelle, perché venivano male interpretate dai movimenti no-vax.

Lo stesso è avvenuto in Scozia. Anche negli USA il CDC, ministero della salute, ha ammesso di essere stato riluttante a pubblicare i dati di casi e morti secondo lo stato vaccinale, per potrebbero essere interpretati erroneamente e dare l'impressione che i vaccini siano inefficaci.

Infine, uno studio francese riguardo l'efficacia dei booster, ovvero

terze e quarte dosi. Dal grafico, relativo a Moderna, si vede bene come la terza dose parta da un'efficacia del 50% (e non certo del 95% come propagandato) e nel giro di 6 mesi arrivi ad efficacia zero. Nei mesi successivi l'efficacia si inverte! È paradossale, ma il grafico prova che un vaccinato, dopo pochi mesi, si contagia (e contagia) più di un non vaccinato!

È quindi scientificamente provato che, a meno che non si faccia una nuova dose ogni 6 mesi, l'efficacia diventa negativa, ovvero predispone alla positività. Pur non essendo un medico, capisco

Positività dei Vaccinati e non Vaccinati - UK



Week 1
6 January 2022

	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000) ^{1,2}	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000) ^{1,2}	Efficacia
Under 18	1,827.4	2,961.6	38%
18 to 29	7,221.4	3,240.8	-123%
30 to 39	6,383.9	2,686.6	-138%
40 to 49	5,393.8	2,147.2	-151%
50 to 59	3,738.4	1,721.9	-117%
60 to 69	2,266.3	1,194.3	-90%
70 to 79	1,347.6	862.0	-56%
80 or over	1,055.0	981.5	-7%

Efficacia **negativa** significa: **PREDISPOSIZIONE ALLA POSITIVITÀ** rispetto a un non vaccinato. Questo dato invalida e inverte la logica del **Green Pass**: dovrebbero essere i vaccinati a farsi i tamponi per creare un ambiente sicuro.
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-weekly-surveillance-reports>

Morte dei Vaccinati e non Vaccinati - SCOZIA

Covid data will not be published over concerns it's misrepresented by anti-vaxxers

I dati Covid non verranno pubblicati per timore che vengano male interpretati dai no-vax



Covid data will stop being published over concerns it's misrepresented by anti-vaxxers

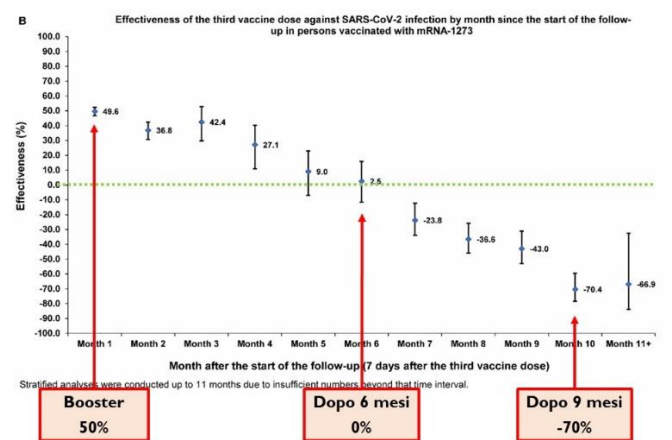
Public Health Scotland will stop publishing data on covid deaths and hospitalisations by vaccination status - over concerns it is misrepresented by anti-vaxx campaigners.

The public health watchdog announced the change in policy in its most recent covid statistical report, saying the frequency and content of the data would be reviewed.

Instead, officials will focus on publishing more robust and complex vaccine effectiveness data.

<https://uk.sports.yahoo.com/news/covid-data-stop-being-published-114056378.html>

Francia, Moderna – efficacia del 1° e 2° booster



bene che una predisposizione alla positività non è altro che un danno al sistema immunitario, che ora funziona peggio rispetto a prima dell'inoculazione.

Il Regno Unito ha anche ammesso che, nella doppia dose che si infettano, si rileva un livello di anticorpi inferiore a quello che avevano prima della vaccinazione. Tale valutazione è apparsa in una pubblicazione ufficiale della "UK Health Security Agency", nel rapporto di sorveglianza sui vaccini della settimana 42 del 2021.

Positività dei Vaccinati e non Vaccinati - UK



UK Health
Security
Agency

COVID-19 vaccine surveillance report Week 42

Seropositivity estimates for S antibody in blood donors are likely to be higher than would be expected in the general population and this probably reflects the fact that donors are more likely to be vaccinated. Seropositivity estimates for N antibody will underestimate the proportion of the population previously infected due to (i) blood donors are potentially less likely to be exposed to natural infection than age matched individuals in the general population (ii) waning of the N antibody response over time and (iii) recent observations from UK Health Security Agency (UKHSA) surveillance data that N antibody levels appear to be lower in individuals who acquire infection following 2 doses of vaccination.

«...i livelli di anticorpi N sembrano essere **PIÙ BASSI** nelle persone che vengono infettate **dopo DUE DOSI** di vaccinazione»

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-weekly-surveillance-reports>

Il vaccino uccide più di quanto salva?

Questo è un argomento delicato e centrale.

Ripeto che non sono un medico, lo affronto solo dal punto di vista statistico, e a posteriori.

Dall'archivio delle segnalazioni volontarie degli eventi avversi da vaccino degli USA, risulta che gli eventi sono enormemente aumentati nel 2021, questo è il grafico. Si tratta di segnalazioni volontarie, soprattutto da parte di medici, ma non c'è l'ufficialità della correlazione.



Nel 2021 sono state somministrate il **triplo** di dosi rispetto al 2019:

2019: **605** morti su **174** milioni di dosi (**3.4** morti/milione)
2021: **24.827** morti su **625** milioni di dosi (**40** morti/milione)

D'altra parte, sappiamo anche che solo una piccola frazione degli eventi avversi, anche gravi, viene segnalata. Alcune stime parlano di 1 segnalazione di evento grave su 40, altre di 1 su 100. Per evento grave si intende morte, invalidità, ospedalizzazione.

La Regione Puglia qualche anno fa aveva effettuato uno studio rilevando che solo 1 evento avverso grave su 380 veniva poi segnalato.

In ogni caso dal punto di vista statistico è evidente che i casi di morte segnalata dopo la vaccinazione (per qualsiasi vaccino), in confronto agli anni precedenti, sono passati da 605 nel 2019 a 24827 nel 2021.

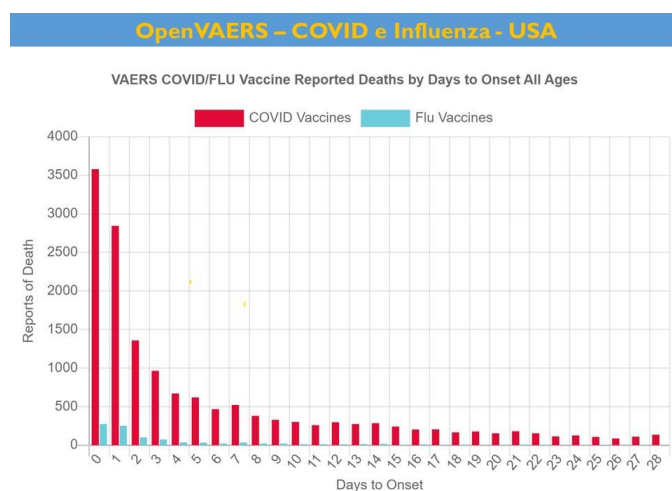
Ovvero moltiplicati per 40. Si è anche vaccinato di più nel 2021, facendo le dovute proporzioni si è passati 3.4 morti per milione a 40 morti per milione segnalati, quindi 10 volte di più.

Si nota anche che gli eventi di morte si manifestano soprattutto nei primi giorni dopo la vaccinazione, questo grafico mostra in verticale i morti e in orizzontale i giorni dopo la vaccinazione. Quindi sembra esserci una correlazione statistica,

e non certo medica che io non ho titolo per evidenziare, tra l'inoculazione del vaccino e la morte.

Notiamo anche come confrontando Italia e Regno Unito, che hanno una popolazione simile, si abbia un numero di segnalazioni assai diverso: 879 decessi segnalati in Italia, 2087 in Gran Bretagna (dati di marzo 2022). Nel nord Italia si segnala molto di più che al sud, in Islanda si segnala 60 volte di più che in Bangladesh.

Ma come facciamo allora a capire se i vaccini salvano o uccidono? Dobbiamo chiederci quante persone devo vaccinare per salvarne una, ad esempio per salvarla dell'ospedalizzazione grave. Ci



vengono in aiuto ancora una volta i dati del Regno Unito, a gennaio 2023 hanno fornito delle tabelle molto precise: come potete vedere, devo vaccinare 162.600 ragazzini di 12-15 anni per salvarne uno da un'ospedalizzazione grave, all'estremo opposto abbiamo i settantenni e oltre, devo vaccinarne 7500 per risparmiarne uno dall'ospedalizzazione grave.

Bene, vaccino 162.600 ragazzini e ne salvo uno. E gli altri 162.599? A loro il vaccino non è servito, non gli ho risparmiato niente, però li ho esposti agli affetti avversi.

Ok, e quanti sono gli effetti avversi? Una ri-analisi degli studi approvativi di Pfizer e Moderna, ha concluso che si verifica in media un effetto avverso grave ogni 800 inoculazioni.

Per effetto avverso grave si intende morte, ictus, infarto, invalidità, miocardite/pericardite, trombosi, aborto, ospedalizzazione per altri motivi ecc.

Quindi, nel caso dei 162.599 ragazzini vaccinati inutilmente, avrò 203 effetti avversi gravi ($162.599/800=203$).

Nel caso invece dei 7500 ultrasessantenni vaccinati, uno ne salvo dall'ospedalizzazione grave, tra gli altri 7499 vaccinati inutilmente avrò 9 effetti avversi gravi ($7499/800=9$).

Re-analisi degli studi approvativi dei vaccini

Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine

ELSEVIER journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults

Pfizer 10 eventi gravi su 10.000
Moderna 15 eventi gravi su 10.000

In media 1 evento grave ogni 800 inoculazioni

Effetti avversi gravi includono:
Morte, Paralisi, Ictus, Infarto cardiaco, Miocardite/Pericardite, Trombosi, Embolia polmonare, Aborto, Nato morto

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.036>

Quante persone devo vaccinare per salvarne una dall'ospedalizzazione grave?

Table 4: NNV for prevention of severe hospitalisation for different programmes

Age	Programme			
	Primary	Booster (2+1)	Autumn 2022 boost	Spring 2023 boost
5 to 11	112200			
12 to 15	162600			
16 to 19	106500	193500		
20 to 29	166200	418100		
30 to 39	87600	188500		
40 to 49	53700	40600		
50 to 59	18700	16200	48300	
60 to 69	5700	9200	27300	
70+	2500	10400	7500	
In a risk group	Primary	Booster (2+1)	Autumn 2022 boost	Spring 2023 boost
20 to 29	11400	43500	59500	59500
30 to 39	10700	28600	40500	40500
40 to 49	9400	10600	49800	49800
50 to 59	5600	6100	18600	18600
No risk group	Primary	Booster (2+1)	Autumn 2022 boost	Spring 2023 boost
20 to 29	no cases	no cases	706500	
30 to 39	318400	no cases	no cases	
40 to 49	186800	190400	932500	
50 to 59	51600	107000	256400	

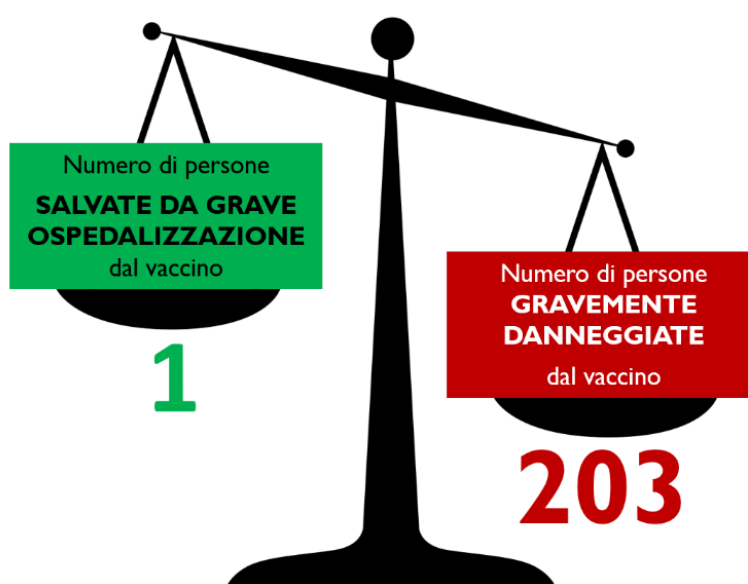


Department of Health

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1131409/appendix-1-of-jcvi-statement-on-2023-covid-19-vaccination-programme-8-november-2022.pdf

Re-analisi degli studi approvativi dei vaccini

Fascia di età	Inoculati	Salvato	Inutile	Effetti avversi gravi
12-15 anni	162.600	1	162.599	162.599 / 800 = 203
70+	7.500	1	7.499	7.499 / 800 = 9



Sono aumentate le morti improvvise?

Sui social abbiamo letto innumerevoli notizie e indiscrezioni su personaggi famosi, sportivi o anche persone comuni morte improvvisamente e inspiegabilmente. Il malore improvviso e la morte improvvisa sono sempre esistiti, e non rappresentano una specifica patologia.

Si tratta di una semplice manifestazione che può essere dovuta ad un'ampia rosa di patologie sottostanti.

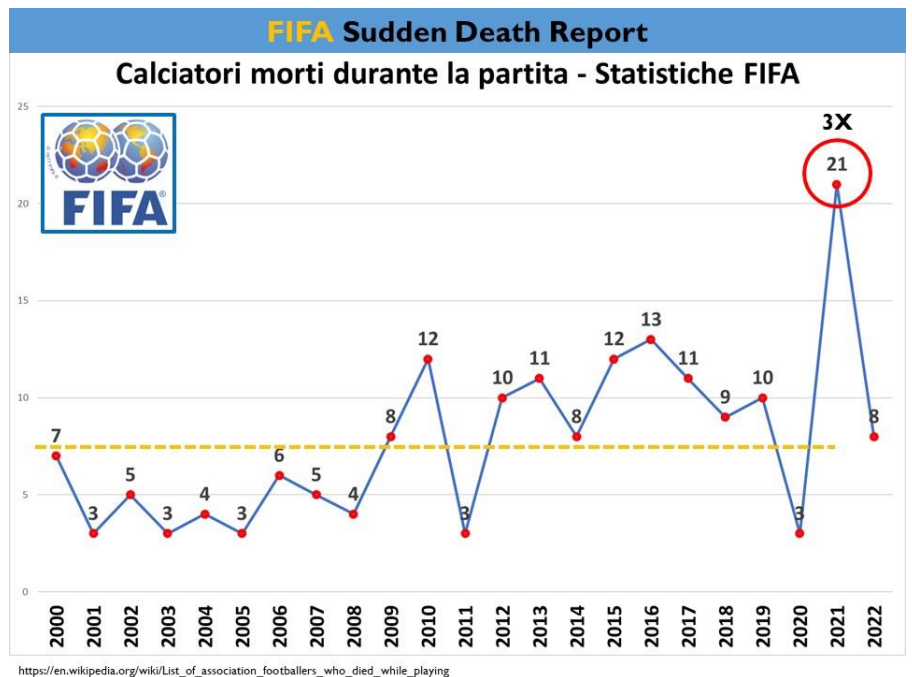
Purtroppo, ISTAT ha pubblicato i dati sulle cause di morte solo fino a dicembre 2020, quindi non abbiamo una base solida per ragionare su cosa stia succedendo in Italia.

Possiamo però osservare cosa succede tra categorie di sportivi: esiste una lista di calciatori morti in campo o vicino al campo di gioco, si tratta di calciatori FIFA, professionisti di tutto il mondo, e la lista è pubblicata su Wikipedia.

Riporta le morti dei calciatori FIFA dalla fine del 1800 a oggi!

Per ogni caso di morte è riportato nome del giocatore, squadra, le circostanze di morte e un link alla notizia di stampa così da poter verificare ogni singolo caso.

Analizzando la tabella e tracciamo un grafico con le morti annuali recenti, dal 2000 fino al 2022, notiamo un netto picco nel 2021.

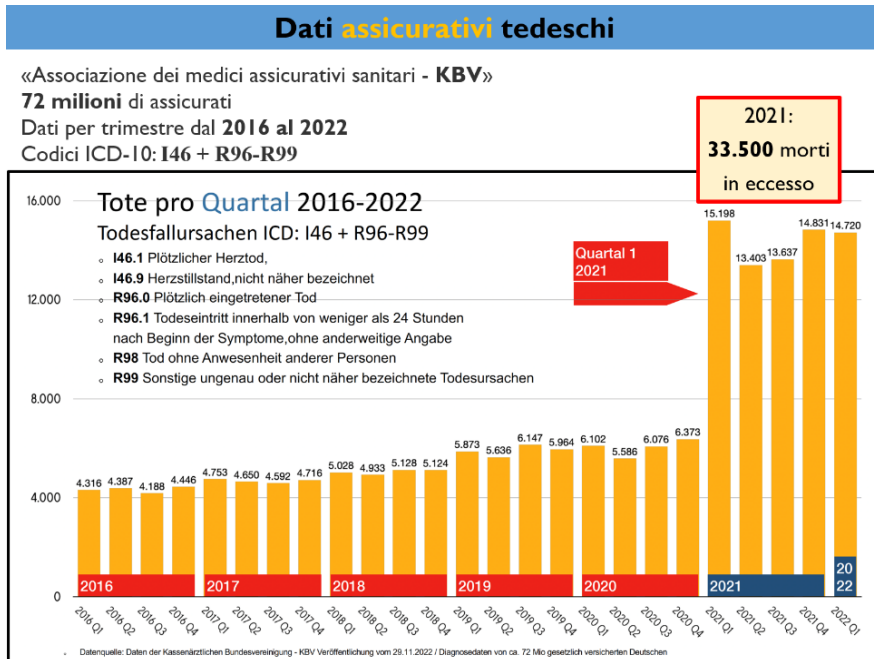


Da una media di 7 giocatori all'anno si passa a 21 nel solo anno 2021. I calciatori FIFA non rappresentano certo la popolazione mondiale, ma a noi interessa solo trovare un segnale, e il segnale è molto netto.

Dati ancora più interessanti provengono dalla Germania. In Germania è stato richiesto all'Associazione dei Medici Assicurativi, KBV, di rendere pubblici i dati sulle cause di morte negli ultimi 10 anni.

La tabella fornita riporta i dati relativi a 72 milioni di assicurati tedeschi, si tratta di assicurazioni obbligatorie. La tabella riporta i codici relativi a come la morte è avvenuta, e per 6 codici specifici l'aumento nel 2021 è stato molto netto.

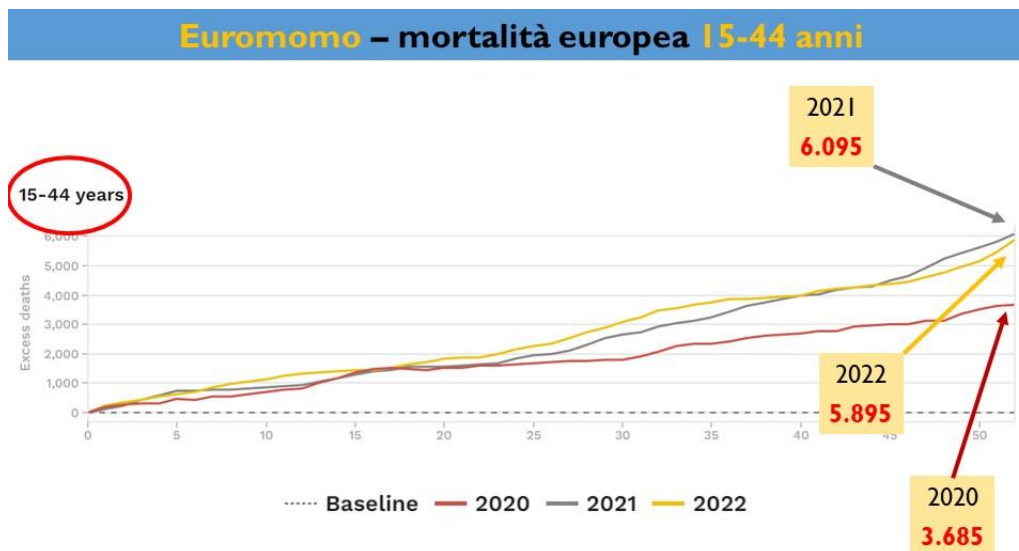
Si tratta di codici come "Morte cardiaca improvvisa, Arresto cardiaco, Morte improvvisa, Morte senza la presenza di altre persone, e così via".



Dal grafico, riportato per trimestri, si nota come da una media di 6000 morti al trimestre si passa a circa 14000, numero più che raddoppiato. Non si conoscono le cause di questo aumento, ma dato che si è manifestato a partire dal primo trimestre del 2021 è difficile non associare l'evento all'avvio della campagna vaccinale.

Se isoliamo il solo codice "Morte improvvisa", l'aumento è di oltre il 1000%, quindi 11 volte rispetto agli anni precedenti.

Diamo un'occhiata anche ai dati di Euromomo, ente che riporta i dati sull'eccesso di mortalità in quasi tutti gli stati europei, Italia inclusa.



Ad esempio, per la fascia 15-44

anni, l'eccesso 2021 è 6095, nel 2022 è 5895, nel 2020 era 3685. Quindi sono morti più giovani adulti nel 2021 e 2022, anni con in vaccini, rispetto al 2020, anno con il solo COVID. Il fenomeno dà da pensare.

In conclusione, non abbiamo certezze sull'associazione tra malori e morti improvvise e i vaccini, ma dal punto di vista statistico le coincidenze temporali sono innegabili.

L'enigma dell'eccesso di mortalità persistente

Quando si verifica un eccesso di mortalità legato a una causa specifica, nel nostro caso la malattia COVID-19, ci si aspetta che tale eccesso venga meno nel momento in cui la causa non ha più luogo.

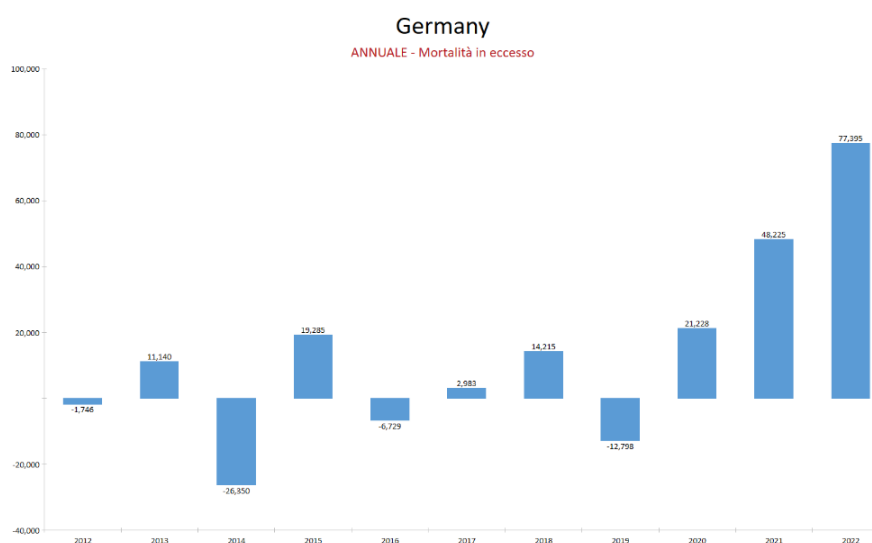
Non solo, se un gran numero di persone "fragili" muoiono in un anno, ci aspetta un difetto di mortalità nell'anno successivo!

Questo fenomeno viene denominato "harvesting", mietitura.

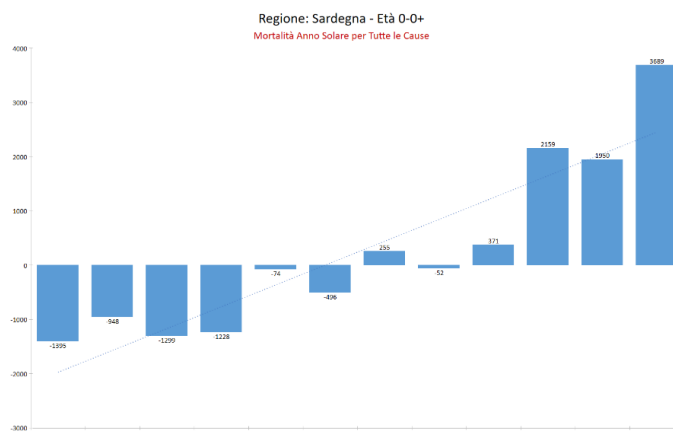
Contrariamente alle aspettative, in molte nazioni del mondo, si assiste invece al fenomeno opposto: l'eccesso di mortalità 2022 è superiore a quello del 2021, e in alcuni casi addirittura a quello del 2020. Qual è la causa di questo eccesso di mortalità impreveduto e persistente?

Analizziamo i dati per alcune nazioni. In Germania l'eccesso di mortalità è 22.000 nel 2020, 48.000 nel 2021, 77.000 nel 2022.

A fronte di una progressiva diminuzione dei morti COVID la mortalità cresce, è evidente che i tedeschi stanno morendo a decine di migliaia in più rispetto alla media degli anni precedenti, ma non di COVID.



In Israele il fenomeno è molto simile, la mortalità in eccesso è in costante aumento dal 2020 al 2022. In altre nazioni il fenomeno è diverso ma ugualmente sorprendente: In Francia e in Italia l'eccesso 2022 è inferiore al 2020, ma è superiore o paragonabile a quello del 2021, e comunque largamente superiore al quinquennio pre-pandemico di riferimento. Negli USA e nel Regno Unito l'eccesso 2022 è inferiore a quello del 2020 e del 2021, ma resta largamente superiore a quello degli anni precedenti.



La cosa che più stupisce è l'assordante silenzio dei media, la mortalità aumenta, non diminuisce o rimane a livelli molto alti e nessuno ne parla, nessuno indaga sulle cause, non si prendono contromisure.

In alcune regioni italiane, come ad esempio la Sardegna, l'eccesso 2022 è quasi il doppio di quello del 2021! Ed a livelli altissimi rispetto al quinquennio pre pandemico. Simile fenomeno in Toscana, Abruzzo, Umbria, Campania e Sicilia.

Nelle regioni del nord, duramente colpite nel 2020, l'eccesso 2022 è ben inferiore a quello del 2020 ma spesso superiore a quello del 2021!

Come mai non assistiamo a un difetto di mortalità dovuto all'effetto harvesting, ormai in assenza di significative morti COVID?

C'è chi l'attribuisce al caldo e al freddo, fenomeni che da soli on hanno mai causato significative variazioni della mortalità in Italia. C'è chi li attribuisce al "long COVID", ma non risultano ingenti numeri di decessi attribuiti a ciò.

Resta da valutare attentamente la coincidenza con l'avvio della campagna vaccinale: nel 2021 i vaccini avrebbero dovuto "riportare alla normalità" la mortalità in eccesso, ma ciò non avviene o avviene l'opposto.

Auspichiamo una seria riflessione su questo tema, da parte della politica e della stampa, e attendiamo con ansia studi scientifici in merito.

Si potevano prevedere morti ed effetti avversi?

Si poteva prevedere che gli effetti avversi avrebbero sopravanzato le persone salvate dai vaccini? Si poteva prevedere che malori e morti improvvise sarebbero esplosi?

Vediamo cosa dichiarava pubblicamente Pfizer nei test iniziali che hanno portato all'approvazione di emergenza alla fine del 2020 in tutto il mondo.

Pfizer ha condotto uno studio lungo 6 mesi su 44.000 volontari.

Metà di questi sono stati vaccinati, agli altri è stato dato un placebo.

Lo studio è stato molto criticato, e a ragione, per le modalità in cui è stato condotto.

In questa sede per semplicità lo diamo per buono.

Durante i 6 mesi di test, 1 vaccinato è morto di COVID, mentre

2 placebo sono morti di COVID. Questo è stato l'unico dato che è stato preso in considerazione.

Quello che una persona cerca in un farmaco non è solo guarigione o protezione, ma anche sopravvivenza.

Un farmaco non devo solo combattere la malattia, deve anche farmi continuare a vivere! Guarire o non ammalarsi, ma poi morire di altro, non è una bella prospettiva.

Vediamo allora com'è andata a questi 44.000 volontari arruolati da Pfizer: tra i vaccinati sono morti in tutto (per qualsiasi causa incluso COVID) 15 persone, tra i placebo ne sono morte 14.

Non solo, quando alla fine dei 6 mesi Pfizer ha offerto il vaccino a tutti i placebo (distruggendo così il gruppo di controllo), altri 3 vaccinati e altri 2 placebo vaccinati successivamente sono morti.

Tirando le somme il bilancio è di 20 vaccinati morti per qualsiasi causa, contro 14 placebo morti. Ecco che, a detta di Pfizer, il vaccino ha risparmiato una singola morte COVID (1 vaccinato contro 2 placebo), ma ha causato 5 morti extra per altri motivi non-COVID. A quale dei due rami avreste voluto appartenere?

Test autorizzativo della Pfizer (pag 7)

"...3 participants in the vaccine group and 2 in the original placebo group who received the vaccine after unblinding died."

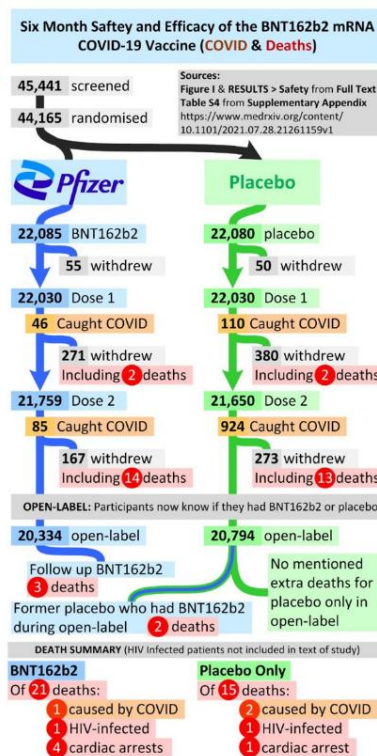
Dopo la fine del test, sono morti altri:

- 3 vaccinati
- 2 placebo (vaccinati successivamente)

	Vaccinati	Placebo
Morti nei primi 6 mesi	15	14
Morti dopo 2 mesi	5	0
Totale	20	14

+43%

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2034577>



Andando ad analizzare le cause di morte notiamo anche 4 morti vaccinati per arresto cardiaco, contro un solo morto non vaccinato per la stessa causa. Questo è un segnale che probabilmente si è manifestato su scala globale con un aumento delle morti improvvise, questa è una mia personale opinione.

Resta un mistero come AIFA in Italia, EMA in Europa, FDA negli USA e così via in tutto il mondo abbiano approvato un prodotto che, dichiaratamente e pubblicamente nero su bianco, era noto fin dall'inizio che avrebbe causato più morti in chi lo assumeva rispetto a chi non lo assumeva.

Esistono i lotti di vaccino “killer”?

Il concetto di “consenso informato” prevede che, chi si sottopone a una qualsiasi cura, volontaria o obbligatoria, debba ricevere tutte le necessarie informazioni per decidere, liberamente, se dare o meno il proprio consenso al trattamento.

Tutto ciò nasce dal Processo di Norimberga, dato che i medici e gli psichiatri criminali nazisti non chiedevano certo il permesso alle loro cavie.

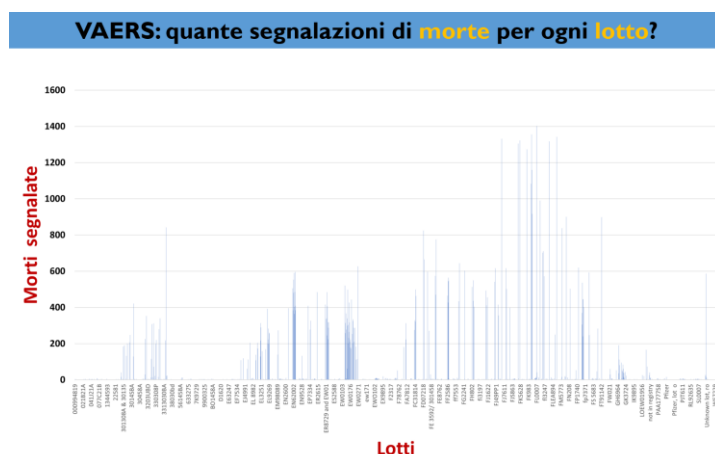
E se al momento dell'inoculazione di un farmaco in un hub vaccinale ci fosse la possibilità di ricevere non uno, ma due o più diversi vaccini dalle caratteristiche di pericolosità e sicurezza del tutto differenti?

Come reagirebbe un cittadino se gli venisse detto che quel particolare lotto causa 1000 volte più reazioni avverse di un altro lotto? E, all'opposto, sarebbero invece tutti d'accordo se venisse loro somministrato un placebo?

Come sappiamo niente di tutto ciò è avvenuto agli hub vaccinali, la risposta standard è “il vaccino è sicuro ed efficace, gli eventi avversi gravi sono estremamente rari, porga il braccio”.

Chi si è preso la briga di analizzare il database americano VAERS, che raccoglie le segnalazioni volontarie di reazioni avverse a qualsiasi vaccino, sa bene che non tutti i lotti

sono nati uguali. Ho scaricato personalmente l'intero archivio VAERS, e ho calcolato quanti eventi avversi sono stati segnalati per ogni lotto.



In figura il grafico a barre rappresenta le segnalazioni di morte per lotto: in orizzontale i lotti, in verticale il numero di morti per lotto.

Si nota subito che ci sono barre di altezza molto diversa, e tantissimi lotti che non hanno neppure una barra visibile!

Ovvero che hanno avuto poche o nessuna segnalazione. Quindi, anche solo graficamente, si intuisce che in pochi lotti si concentrano la maggior parte delle segnalazioni, nel resto dei lotti ce ne sono poche.

Facendo i conti il risultato è sconvolgente: nel 22% dei lotti si concentrano il 90% delle segnalazioni di morte. Con un calcolo simile possiamo altresì dire che nel 5% dei lotti sta il 50% delle morti. Questo

Lotti	% lotti	Morti	% morti
130	22%	6338	90%
462	78%	705	10%
592	100%	7043	100%

Lotti	% lotti	Morti	% morti
30	5%	3521	50%
562	95%	3522	50%
592	100%	7043	100%

significa che non tutti i lotti sono uguali, alcuni

sono evidentemente più “killer”, altri lo sono molto meno e altri probabilmente non lo sono affatto.

Questo conto non tiene però conto di un fattore importante: quante dosi ci sono in ogni lotto?

Se i lotti con più morti fossero composti da molte più dosi, questo potrebbe almeno in parte spiegare il fenomeno.

Purtroppo, il VAERS non fornisce questa informazione, non sappiamo quante dosi ci sono in ogni lotto.

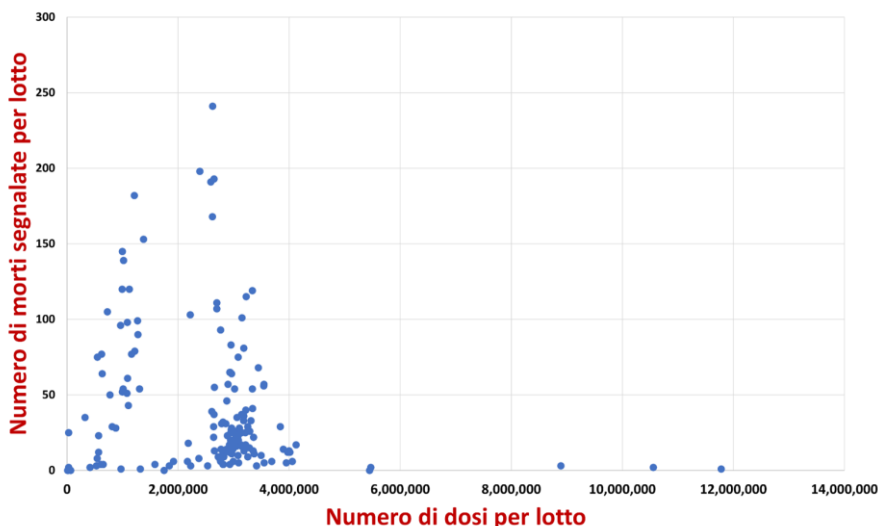
Fortunatamente, grazie a una richiesta di accesso agli atti pubblici, si è venuti a conoscenza della dimensione di 156 lotti Pfizer somministrati negli USA.

Ecco che con questa informazione possiamo produrre un altro grafico, incrociando le dimensioni dei lotti (in orizzontale) con le morti segnalate per ogni lotto (in verticale).

Nel grafico ogni pallino rappresenta un lotto: verso destra i lotti numerosi, verso sinistra i lotti piccoli.

Verso l’alto i lotti con tante segnalazioni di morte, verso il basso i lotti con poche o nessuna segnalazione.

VAERS: quante segnalazioni di morte per ogni lotto?



Si nota che la maggior parte dei lotti è composto da circa 3 milioni di dosi (il grumo più denso di punti in basso).

Ma, di nuovo, salta subito agli occhi che esistono pochi lotti con tante segnalazioni di morte e tanti lotti con poche segnalazioni. Questo è un grafico che, sebbene prenda in considerazione solo 156 lotti, è molto più affidabile del precedente: a parità di dimensione dei lotti, i punti verso l'alto sono indiscutibilmente "lotti killer", mentre quelli più in basso sono assai meno pericolosi.

È possibile produrre grafici analoghi per le ospedalizzazioni e per tutte le generiche segnalazioni di reazioni avverse, il risultato è molto simile. Ho preferito concentrarmi su quello delle morti perché si suppone che sia l'evento che meno degli altri si possa omettere di segnalare.

Lo scopo per cui esiste il VAERS è quello di identificare "segnali" di particolari reazioni avverse, ed eventuali lotti difettosi. Stesso scopo hanno l'archivio europeo Eudravigilance e quello di AIFA in Italia. Come si giustifica il fatto che nessun "lotto killer" è stato ispezionato e ritirato dal mercato? Come mai FDA (l'agenzia di controllo dei farmaci USA) non ha effettuato questi semplici controlli di routine sul VAERS e non ha chiesto spiegazioni alle case farmaceutiche?

Possiamo ipotizzare che anche in Europa e in Italia si sia verificata una situazione del genere, ma purtroppo non è nota la dimensione dei lotti... quindi non è per ora possibile produrre grafici analoghi.

Tanto si deve, per Onore di Verità e di Giustizia!

Dott. Umberto Mendola

Status Criminale è stato tradotto in 6 lingue, italiano inglese francese spagnolo tedesco e russo.

Il volume è stato classificato come saggio scientifico dalla **Biblioteca Nazionale di Firenze**.

Autore: mendola - Tutte le parole - AND, Titolo: status - Tutte le parole - AND

3 Risultati

1/1

Mendola, Umberto

Status criminale : analisi criminale della gestione Covid-19 / Umberto Mendola

LIVELLO BIBLIOGRAFICO	Monografia
TIPO DOCUMENTO	Testo
AUTORE PRINCIPALE	Mendola, Umberto
TITOLO	Status criminale : analisi criminale della gestione Covid-19 / Umberto Mendola
PUBBLICAZIONE	[Firenze] : Libreria Salvemini, 2023
DESCRIZIONE FISICA	172 p. ; 23 cm
TITOLO DI OPERA	Status criminale Mendola, Umberto Scheda di autorità
NUMERI	[ISBN] 9791280000385
NOMI	[Autore] Mendola, Umberto
LINGUA DI PUBBLICAZIONE	ITALIANO
LINGUA DELL'OPERA ORIGINALE	ITALIANO
PAESE DI PUBBLICAZIONE	ITALIA
CODICE IDENTIFICATIVO	IT\ICCU\CFI\1113350

Dove trovarlo

BIBLIOTECHE	LINK ALL'ANAGRAFE DELLE BIBLIOTECHE	VAI AL CATALOGO LOCALE
-------------	-------------------------------------	------------------------

Biblioteca nazionale centrale -
Firenze (FI) - +39 055249191 -
bnc-fi@cultura.gov.it

[FI0098](#)

[CFICE](#)