

AUDIZIONE TELEMATICA PRESSO LA COMMISSIONE
PRIMA -AFFARI COSTITUZIONALI- DEL SENATO
Dottor Leopoldo Salmaso, 7/10/2021

Buongiorno,
sono Leopoldo Salmaso, medico chirurgo, specialista in Malattie Infettive e Tropicali nonché in Igiene e Medicina Preventiva.

Ho esercitato a tempo pieno come clinico delle malattie infettive presso il complesso Ospedale-Università di Padova per 35 anni (per 4,5 dei quali sono stato distaccato in Tanzania, come dirò fra poco). Ho insegnato per 5 anni Malattie Infettive presso la scuola di specializzazione in Igiene dell'Università di Padova, e per oltre 20 anni nel circuito internazionale TropEd¹, principalmente presso Medici con l'Africa-CUAMM² di Padova e l'Università di Brescia³.

Per delibera regionale del Veneto, la Sezione di Malattie Infettive a me affidata è stata il massimo punto di riferimento per HIV-AIDS delle province di Padova, Venezia, Treviso, Belluno e Rovigo. Quattro attuali primari di Malattie Infettive del Veneto sono stati miei allievi. In Tanzania ho coordinato numerosi piani di controllo di epidemie, sia in ambiente ospedaliero che territoriale: Colera, Febbre Tifoide e Febbri dissenteriche, Morbillo (che era la prima causa di morte nei bambini malnutriti), nonché focolai di Poliomielite e di Epatite A. Da agosto '83 a novembre '85, in qualità di Esperto del nostro Ministero Affari Esteri, ho disegnato e gestito il progetto pilota da cui si è sviluppato il Piano Vaccinale Nazionale della Tanzania.

Figura 1: Il primo numero della newsletter regionale, parte del progetto pilota da me condotto in qualità di "Esperto del Ministero Affari Esteri".



A quarterly newsletter edited by the Regional Department of Community Health, Dodoma, with the assistance of the Italian Department for Cooperation to Development. Nr. 1: April - June 1985. Correspondence to: "Afya Yetu", office of the R. M. O., P. O. box 904, Dodoma.
No rights reserved: whoever is encouraged to make use of whatever part of this publication for Health Education purpose.



U T A N G U L I Z I
na mama Anna Abdallah, Mkuu wa Mkoa

DICHIARAZIONE SU POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE:

Non ho mai esercitato la professione privatamente, né ho mai ricevuto compensi, diretti o indiretti, da privati per le mie attività di didattica, ricerca, pubblicazione.

Non compete a me dare pareri su questioni giuridiche, solo mi sia permesso rammentare qui una legge tanto negletta quanto cruciale, di rango superiore alla legislazione ordinaria⁴. E' il DM 15/7/95 - Recepimento delle Linee Guida dell'UE per le Sperimentazioni Cliniche - che all'articolo 2.3 recita: **“I diritti, la sicurezza, e il benessere dei soggetti dello studio... devono prevalere sugli interessi della scienza e della società”**. Che quella in corso sia una vaccinazione sperimentale è stato confermato recentemente da EMA⁵, nonostante in-pertinenti ingerenze politiche e giudiziarie nostrane⁶.

Compete a me valutare se il DL 127/21 sia appropriato o meno dal punto di vista clinico ed epidemiologico. Ebbene, in scienza e coscienza affermo che **codesto DL è dannoso per le singole persone e controproducente per la comunità nazionale**.

Documenterò questa affermazione nel modo più conciso possibile, rinviando alle note bibliografiche per documentazione e approfondimento.

1. Il titolo del DL 127 parla di **“misure urgenti”**, il che presuppone un'emergenza.

Gli indicatori (di nuove infezioni, di nuovi ricoveri, di nuove morti, di vaccinazioni, etc.) dei paesi europei non sono, mediamente, migliori di quelli italiani. Eppure Svezia, Norvegia, Finlandia e Danimarca hanno ufficialmente dichiarato che non esiste più alcuna emergenza sanitaria legata a Covid-19. Regno Unito, Spagna, Portogallo, Germania, Svizzera, Austria, Croazia, Slovenia, Polonia e, via via, tutti gli altri stati europei (non solo dell'UE) stanno smobilitando le misure che avevano assunto per fronteggiare una “pandemia” di Covid-19 che non era stata mai ufficialmente dichiarata⁷ (qui il riferimento preciso⁸). Anche il mito dell'immunità di gregge è stato definitivamente smontato^{9,10}.

Tabella 1: classifica degli Stati attualmente più colpiti da Covid-19, con Italia al 38mo posto (in evidenza gli stati europei, con Italia al 12mo posto).

#	Country, New Other	New Cases	New Deaths	Active Cases	Serious, Critical	#	Country, New Other	New Cases	New Deaths	Active Cases	Serious, Critical
1	USA	63.977	1.024	9.867.153	19.489	20	Cuba	4.873	48	25.845	352
2	Russia	25.219	886	641.165	2.300	21	Pakistan	1.664	46	46.934	3.511
3	Mexico	7.388	471	372.511	4.798	22	Myanmar	1.347	46	28.169	
4	Brazil	13.466	457	425.241	8.318	23	Ethiopia	888	45	27.839	776
5	India	23.161	241	277.688	8.944	24	Iraq	1.236	42	65.777	461
6	Iran	10.135	217	415.338	5.802	25	Colombia	1.497	36	31.362	542
7	Ukraine	11.809	203	128.649	177	26	Japan	1.465	35	25.229	719
8	Turkey	27.973	203	482.207	633	27	Germany	4.534	35	142.74	1.334
9	Romania	12.590	184	92.187	1.412	28	Peru	864	34	N/A	978
10	Vietnam	5.490	164	118.663		29	Kazakhstan	2.058	33	51.697	221
11	Philippines	14.739	164	144.096	3.170	30	Egypt	761	32	30.379	90
12	UK	29.769	121	1.345.517	815	31	Honduras	573	31	246.378	418
13	Malaysia	10.915	109	155.823	890	32	France	4.948	30	118.214	1.355
14	Indonesia	1.414	89	33.812		33	Greece	1.798	29	26.581	332
15	Thailand	11.375	87	113.394	3.324	34	Georgia	1.826	29	20.085	
16	Guatemala	2.309	75	25.989	5	35	Moldova	991	26	9.552	175
17	Sri Lanka	855	55	47.965		36	Bulgaria	1.228	26	45.899	465
18	Serbia	6.412	51	132.46	253	37	Morocco	821	25	11.615	410
19	South Africa	1.306	48	38.967	546	38	Italy	3.311	25	92.748	432

Fonte: <https://www.worldometers.info/coronavirus> dati del 2 ottobre 2021

CONCLUSIONE: anche in Italia non c'è nessuna emergenza medico-epidemiologica.

2. Il titolo del DL 127 parla di **“svolgimento in sicurezza del lavoro”**.

La persona che si reca al lavoro è sana fino a prova contraria. Se, pur sentendosi sana e non avendo contatti con persone malate, risulta positiva al tampone, molto probabilmente si tratta di un falso positivo¹¹. Nelle condizioni epidemiologiche attuali, un italiano sano con tampone negativo ha probabilità di infettarsi davvero pari a circa 1/18.000¹². In altre parole, verrebbe infettato entro i prossimi 50 anni.

CONCLUSIONE: i tragici problemi di sicurezza sul lavoro, in Italia, hanno ben poco a che vedere con Covid-19.

3. Il titolo del DL 127 parla di **“estensione della certificazione verde”** in diverse situazioni che analizzo separatamente, non senza aver prima convenuto che non è qui in discussione la vaccinazione di persone anziane con pluripatologia.

3A. “certificazione verde per persone guarite”. Una persona guarita da infezione naturale con SARS-CoV-2 ha sviluppato un'immunità duratura (molti anni) e a largo spettro (contro gran parte delle varianti presenti e future)¹³. Per questa persona il rischio di reinfettarsi e di trasmettere l'infezione è prossimo a zero per molti anni. Tuttavia la certificazione verde (gratuita) vale per soli sei mesi, dopodiché è prevista la **vaccinazione con grave rischio immediato di VADE¹⁴ (il vaccino scatena una sindrome che riproduce i quadri più gravi della malattia)**, oltre agli altri rischi a breve, medio e lungo termine elencati al paragrafo seguente.

3B. “certificazione verde per persone vaccinate”. La protezione conferita dai vaccini (sia a mRNA che a vettore virale) ha uno spettro molto ristretto e incomincia a scemare dopo pochi mesi¹⁵. E' sempre possibile l'infezione da parte delle varianti che, anzi, sono stimulate in maniera speciale proprio dai vaccini¹⁶.

Tuttavia la certificazione verde (gratuita) vale per dodici mesi, dopodiché è previsto un ulteriore richiamo, con sommatoria dei rischi a breve, medio e lungo termine: reazioni allergiche, aborti, infertilità, malattie autoimmuni, malattie degenerative, tumori maligni. La vaccinazione ripetuta ha un effetto cumulativo anche sul rischio di suscitare varianti e di **ADE (una sopraggiunta infezione assume un decorso più grave per la presenza di anticorpi incompleti indotti da vaccino, che interferiscono con l'immunità innata e cellulare)**.

3C. “Certificazione verde previo tampone negativo”.

Questa certificazione (a pagamento) vale per 48 ore, dopodiché è previsto un ulteriore tampone (sempre a pagamento), e così via. Cioè: nelle condizioni epidemiologiche attuali, e senza contare i falsi positivi, il lavoratore medio dovrebbe sottoporsi per 25 anni a 4.562 tamponi (spendendo 68.438 euro e almeno altrettante ore) prima di risultare “positivo vero” ma asintomatico.

4. LA DOMANDA VERA E': DOVE STA IL RISCHIO, OGGI?

4A. Infezione naturale dei lavoratori.

Abbiamo visto che oggi, per un italiano, il rischio di infettarsi è di 1/18.000.

In pratica, una fabbrica con 18 dipendenti avrebbe, mediamente, un infettato ogni tre anni. Trattandosi di persone sane in età relativamente giovane, la loro prognosi è favorevole al 99,9...9% e, dopo guarigione, non sono prevedibili effetti indesiderati a medio-lungo termine,

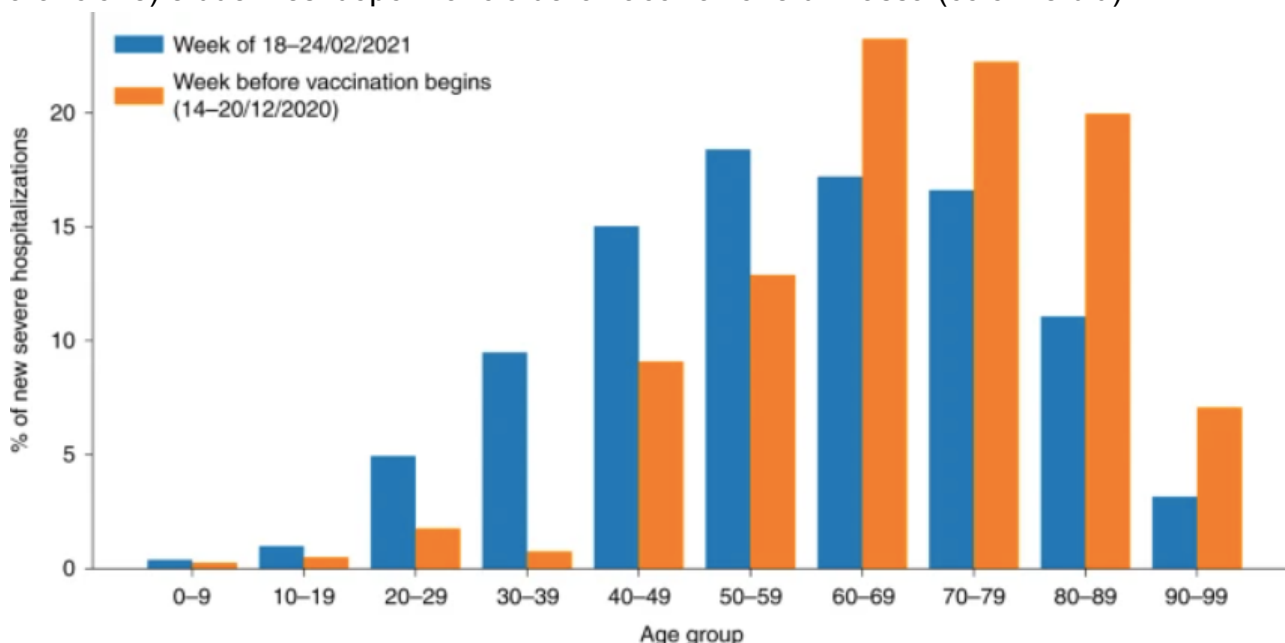
mentre si instaura una immunità a largo spettro e molto duratura. In tali condizioni la diffusione del contagio sarebbe addirittura un evento positivo.

4B. Vaccinazione dei lavoratori.

Per un lavoratore che venga vaccinato, il rischio di “infettarsi” col vaccino è 100%, cioè 1/1 invece che 1/18.000.

Il rischio di eventi avversi gravi o letali, nel breve termine, è certamente basso ma, comunque, più alto del rischio che quel lavoratore correrebbe in seguito a infezione naturale. Tale rischio è tanto più alto quanto più giovane è il lavoratore. Questa realtà si è manifestata in Israele già dopo due mesi di vaccinazione¹⁷ (figura 2), e viene ripetutamente confermata in tutto il mondo^{18,19}.

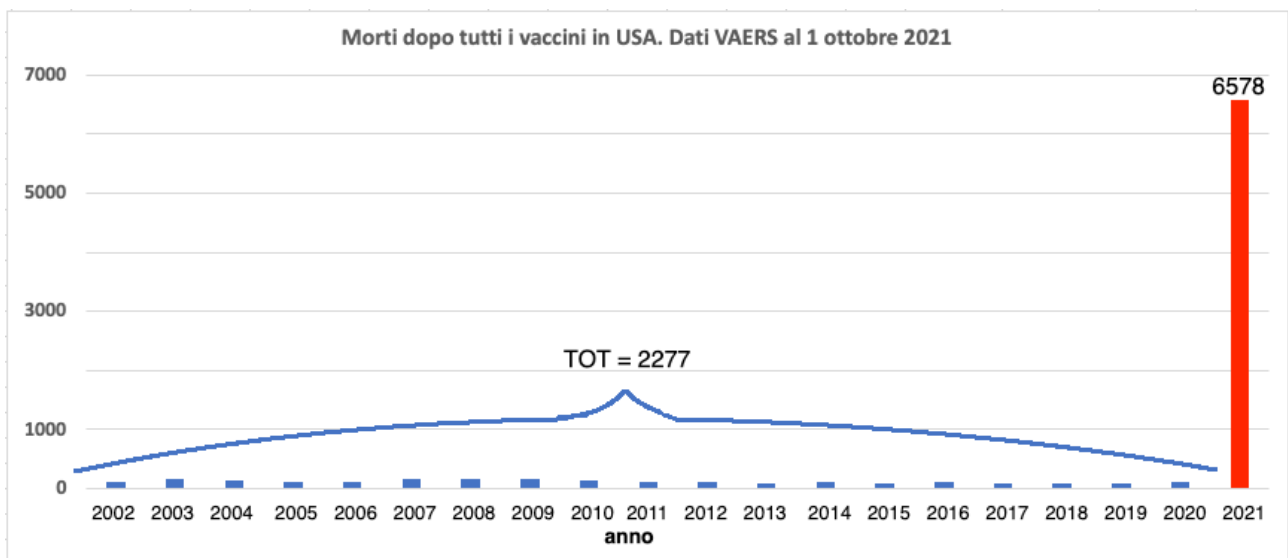
Figura 2. Israele: distribuzione percentuale dei ricoveri in rianimazione, prima (colonne arancione) e due mesi dopo il lancio della vaccinazione di massa (colonne blu).



La terza e quarta colonna da sinistra evidenziano il fatto che un giovane lavoratore (e uno studente universitario!) rischiano molto di più col vaccino che con l'infezione naturale.

Nella tabella 1, al 12mo posto troviamo il Regno Unito, “campione europeo” di vaccinazioni anti Covid-19. Con una popolazione pari a quella italiana, in questi giorni ha un numero di casi dieci volte superiore e un numero di morti cinque volte superiore a quelli italiani. Analogamente a quanto pubblicato dal VAERS statunitense²⁰, anche la MHRA (Medicine and Healthcare product Regulatory Agency) del Regno Unito ha recentemente reso pubblico²¹ il fatto che, nei primi otto mesi di vaccinazione anti Covid-19, sono stati segnalati quattro volte più morti di quanti segnalati negli ultimi vent’anni a seguito di tutte le altre vaccinazioni.

Figura 3. VAERS: morti segnalate dopo tutti i vaccini, dal 2002 al 1/10/21.



CONCLUSIONE FINALE:

La vaccinazione dei lavoratori e degli studenti è non solo pericolosa per i diretti interessati, ma addirittura controproducente per la comunità. Infatti il vaccinato diventa un “untore” particolarmente pericoloso per tanti motivi, e in particolare:

- perché elabora e diffonde varianti non naturalmente adattate e quindi più pericolose;
- perché ciò avviene con probabilità 100% invece che 1/18.000;
- perché nutre per se stesso, e condivide con gli altri, un falso senso di sicurezza.

Che una simile catastrofe possa verificarsi *ope legis*, ciascuno di voi decida se assumersene la responsabilità davanti al popolo italiano e alle generazioni future.

Grazie per la Vostra attenzione.

¹ [Circuito Internazionale Trop.Ed](#)

² [Medici con l’Africa CUAMM](#)

³ [Corso residenziale TropEd di Brescia](#)

⁴ [Vaccini Covid: la salute individuale prevale sull’interesse della società](#)

⁵ [EMA: autorizzazione condizionata fino a dicembre 2023](#)

⁶ [EMA: siamo sempre in fase sperimentale](#)

⁷ **L’OMS non ha mai dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia per CoViD-19.** Tutto quello che abbiamo è una conferenza stampa in cui il DG Ghebreyesus dice: “*Abbiamo valutato che CoViD-19 può essere caratterizzata come una pandemia*”. **Nessun documento scritto, protocollato, da parte di uno dei soli due organi competenti in base allo statuto dell’OMS:** Assemblea Generale (art. 21a) o Consiglio Direttivo (art. 28i).

⁸ [OMS: testo ufficiale della conferenza stampa di Gebreyesus](#)

⁹ [Nessuna immunità di gregge per Covid-19](#)

¹⁰ [Effetto gregge dimostrato solo per i vaccini anti Morbillo e Rosolia](#)

¹¹ [Falsi positivi](#)

¹² <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

¹³ [Immunità dopo infezione naturale](#)

¹⁴ [VADE \(Vaccine Associated Disease Enhancement\), ADE \(Antibody Dependent Enhancement\)](#)

¹⁵ [Israele: immunità decade rapidamente](#)

¹⁶ [Montagnier: è la vaccinazione che crea le varianti](#)

¹⁷ [Israele: di Covid-19 si muore più vecchi, di vaccino si muore più giovani](#)

¹⁸ [Morte da Covid “incredibilmente rara” nei bambini](#)

¹⁹ [UK: non vaccinate sotto i 16 anni.](#)

²⁰ [VAERS: Vaccine Adverse Events Reporting System](#)

²¹ [Covid-19 e vaccini: in UK si stava meglio quando si stava peggio](#)