

SONO FARMACI E NON VACCINI. LO STUDIO CHE LO PROVA

Quelli che tutti chiamano "Vaccini anti-Covid" in realtà sono farmaci (cosa che ha implicazioni farmacologiche, cliniche, giuridiche e regolatorie ben precise). Intervista a Marco Cosentino, medico e professore di Farmacologia all'Università degli Studi dell'Insubria e direttore del Centro di Ricerca in Farmacologia Medica della stessa Università.

Correva la fine dell'anno 2020 quando i farmaci prodotti contro il temuto SARS-CoV-2, indicato come responsabile della dichiarata pandemia da Covid-19, furono velocemente immessi in commercio da varie aziende farmaceutiche sulla base di autorizzazioni emergenziali e condizionate e presentati da media e istituzioni come salvifici vaccini.

L'articolo 4 del Decreto-Legge 44-2021 li ha anche imposti ad alcune categorie di lavoratori – obbligo che pare esser stato ritenuto *“non irragionevole e sproporzionato”* dalla recente sentenza della Corte Costituzionale del 1 dicembre scorso – tuttavia, c'è un interessante studio italiano, finora trascurato dai più forse per i suoi *“tecnicismi”* malgrado la straordinaria attenzione che sta sollevando a **livello internazionale, che evidenzia in modo molto chiaro un aspetto fondamentale: i cosiddetti trattamenti anti-Covid non sono affatto dei vaccini come normalmente presentati, ma in realtà farmaci che, in assenza dei dovuti studi relativi alla farmacodinamica, farmacocinetica e tossicologia, sono *“di fatto impiegati in maniera cieca e inconsapevole così da produrre conseguenze imprevedibili seppure apparentemente non riconducibili agli inoculi in plurime e ravvicinate dosi”*.**

Così scrivono gli **avvocati Roberto De Petro e Giuseppe Mantia**, facendo riferimento al sopracitato studio (che è stato condotto da **Marco Cosentino**, medico e professore di farmacologia all'Università degli studi dell'*Insubria* e dalla collega professoressa **Franca Marino** del *Centro di Ricerca in Farmacologia Medica* della stessa Università), sulla base del quale i due legali giungono a definire questi prodotti come *“medicinali falsificati”*.

Inoltre, gli avvocati sottolineano come la distinzione tra vaccino e medicinale di terapia genica non sia puramente nominalistica ma sostanziale, in quanto le domande di autorizzazione in commercio formulate dalle case farmaceutiche devono possedere dei requisiti ed essere corredate da documentazione variabile proprio in funzione della classificazione del farmaco oggetto della domanda a pena di rifiuto della stessa. In pratica le delibere di autorizzazione all'immissione in commercio di questi farmaci, a quanto pare sbrigativamente classificati come vaccini, avrebbero violato vari regolamenti europei, nonché la direttiva CE 83-2001.

Di conseguenza, scrivono i legali, *“non possono e non potevano ab origine essere prodotti, confezionati e quindi distribuiti in Italia”* e sarebbe da mettere in discussione anche lo stesso articolo 4 del DL 44-2021 in quanto *“una norma interna non può obbligare i cittadini di uno Stato membro a subire l'inoculo di ‘medicinali falsificati’ ai sensi dell’articolo 1 n. 33 della direttiva Ce 83-2001, autorizzati in palese violazione del diritto europolitano”*.

Insomma, nonostante la recente sentenza della Corte Costituzionale, la questione non è affatto chiusa: esiste una parte del mondo del diritto che non è assolutamente concorde con le decisioni che sono state prese finora e c'è ancora molto da capire in relazione a questi prodotti.

È di conseguenza *NELL'INTERESSE DI TUTTI* continuare ad approfondire il più possibile, informarsi e informare, a propria volta, altre persone. Grazie, dunque, al professor Marco Cosentino per aver accettato questa intervista. Spero possa contribuire a far crescere consapevolezza chiarendo la questione, non semplice ma di importanza fondamentale per la verifica della sicurezza e l'identificazione degli effetti avversi di questi prodotti.

* * *

Prof Cosentino questi prodotti sono stati presentati fin dall'inizio come sicuri poiché si riteneva che, analogamente ai vaccini convenzionali, dopo l'iniezione intramuscolare la maggior parte della dose sarebbe rimasta nel muscolo e il resto sarebbe stato drenato attraverso il sistema linfatico nel giro di poche ore. In realtà è stato visto che la proteina spike può entrare nel flusso sanguigno e nei

tessuti, incontrare i recettori ACE2 e indurre danni agli organi. Nel vostro studio riassume e discutete le prove disponibili che indicano questa distribuzione sistemica della proteina spike indotta dal vaccino. Quali sono in sintesi queste prove?

“Sì, questo è il nostro punto di partenza. Che la piattaforma biotecnologica impiegata per mettere a punto questi prodotti avesse tra le sue caratteristiche una biodistribuzione sistemica era cosa nota dalla precedente letteratura.

Il prodotto giunge virtualmente in ogni organo e tessuto a partire da quelli che ricevono più sangue (cuore, ghiandole, visceri, muscolo scheletrico, fegato) e che più facilmente assorbono materiale lipidico (ancora una volta fegato, ghiandole endocrine quali surreni, pancreas, tiroide, gonadi, sistema nervoso centrale e periferico).

Purtroppo nessuno studio è stato svolto dai produttori come parte del programma di sviluppo sperimentale e clinico, negando pure gli indizi derivanti dagli studi condotti nei roditori, asseritamente per studiare la distribuzione degli eccipienti lipidici.

A parte le nostre considerazioni, pubblicate ai tempi in rivista in forma di ipotesi pur documentate nell'aprile 2021, poche settimane dopo per paradosso il primo studio che le confermava fu un lavoro di ricerca realizzato in 13 soggetti che ricevettero Moderna per poi documentare la *spike* vaccinale nella circolazione sistemica in 11 di essi per alcune settimane.

Lo studio era finanziato tra gli altri da Fondazione Gavi, e quando contattai gli autori tutti si dissero convinti che in tal modo avevano documentato l'irrelevanza della spike che compariva “in tracce” per andarsene rapidamente. Le interpretazioni possono essere in realtà anche opposte: il dato che la *spike* c'è e circola ovunque richiede la verifica dei suoi possibili effetti. Inoltre, dal momento che essa non entra dall'esterno ma è prodotta da qualche parte (dove? Non si sa...) nei tessuti del vaccinato, ci si può aspettare che in questi tessuti le concentrazioni siano molto elevate, al punto da essere potenzialmente pericolose.

Giunge poco dopo un grande studio rigoroso e ben condotto, che tra i tanti dati presentati documentava pure *spike e RNA* vaccinali nei linfonodi ascellari ben due mesi dopo i vaccini. Due mesi è un intervallo lunghissimo e ci si chiede come sia

possibile che un *RNA* sia ancora presente quando avrebbe dovuto degradarsi da tempo. Forse si era integrato? In ogni caso la *spike* vaccinale dopo due mesi richiede, ad esempio, l'ampliamento della "plausibile finestra temporale" che secondo le regole *WHO* si applica alla valutazione delle reazioni avverse da vaccino: al momento, dopo due-quattro settimane – accada quel che accada – il vaccino viene sistematicamente assolto. Ovvio che non è così.

Infine, ricordo il caso della donna canadese con una grave trombocitopenia autoimmune dopo *Moderna* e livelli oltre 100 volte elevati di *spike* nel sangue. E le recenti evidenze di *RNA* e *spike* nel latte materno in corso di allattamento. Ce n'è abbastanza per sentirsi in dovere di procedere con prudenza e nel frattempo di indagare con cura i meccanismi di tossicità possibilmente legati alla *spike*."

Che ruolo ha la proteina *spike* negli effetti avversi post vaccinali e perché, secondo lei, in alcuni casi dopo l'inoculazione si verificano reazioni, a volte anche gravi, mentre in altri no?

"La *spike* è una proteina tossica che il virus utilizza per aggredire le cellule che infetta e penetrarvi all'interno. Anche da sola, svincolata dalla struttura virale, la *spike* ha molteplici attività dovute alla capacità di legare con alta affinità recettori come gli ACE2 e i CD147, implicati nelle infiammazioni in particolar modo cardiache, vari TLR con ulteriore effetto proinfiammatorio, e addirittura i recettori per l'estradiolo, cosa che spiegherebbe alquanto bene i disturbi mestruali che si manifestano in donne in età fertile come pure i sanguinamenti in postmenopausa che si hanno dopo covid e soprattutto dopo i vaccini. E poi l'attività estrogenica pone ovviamente il tema dei tumori estrogeno-dipendenti, mammella e utero su tutti.

Una ipotesi più che plausibile legata al meccanismo della *spike* è che gli effetti avversi si abbiano in quei soggetti nei quali la produzione di *spike* finisce per essere inappropriata ed eccessiva per sede (ad esempio in quanto si localizza in un organo vulnerabile come il cuore, le gonadi, ecc.), per quantità e per durata.

È verosimile che ci siano persone che dallo stesso *RNA* producono più proteina e altre che ne producono meno, così come ci sono indizi che fanno pensare che flaconi

diversi del medesimo prodotto, magari da lotti diversi e per problemi di conservazione e manipolazione, possano contenere meno principio attivo, risultando così meno tossici, o possano contenere principio attivo degradato, potendo così indurre maggiore infiammazione e danno. Sono tanti i fattori fuori controllo: diciamo che chi si vaccina con questi prodotti e non ha effetti avversi è senza dubbio abbastanza fortunato. Il che non esime dall'indagare il meccanismo della tossicità e i fattori implicati in modo da comprenderla e prevenirla.”

Il lavoro scientifico che Lei ha condotto insieme alla professoressa Marino evidenzia chiaramente che questi prodotti sono farmaci e non vaccini. Quali sono le prove che lo attestano innegabilmente e quali sono le implicazioni di tipo sanitario conseguenti?

“Non è un problema definirli vaccini, se si fa riferimento alla loro capacità di indurre una risposta immunitaria più o meno efficace, ma poi non si deve per questo perdere di vista che questi prodotti non contengono semplicemente un antigene (ovvero un frammento inattivo di un microorganismo) bensì niente meno che le istruzioni per far produrre alle nostre cellule una proteina virale, del tutto estranea e per di più tossica, che se ne va in giro per l'organismo in quantità ignote e imprevedibili con la possibilità di far danno.

E che di danni ne faccia lo indica la sua presenza, ad esempio, in biopsie endomiocardiche di danneggiati al cuore dopo vaccino, in lesioni cutanee erpetiche in persone con zoster post-vaccinale, nei monociti circolanti di persone con sindrome *simil long covid post-vaccino*, l'RNA in biopsie muscolari di tutti e quattro gli arti di una donna con grave infiammazione dei muscoli scheletrici dopo vaccino, ancora la *spike* nel miocardio e nell'encefalo di una persona con Parkinson deceduta per encefalite e miocardite post-vaccino. Tutti indizi frammentari, ma se tre indizi fanno una prova qui di prove ne abbiamo già un paio e ancora ne avanza ...”

Immagino che anche le procedure per la segnalazione degli eventi avversi sospetti siano diverse a seconda che si parli di farmaci piuttosto che di vaccini,

mi sbaglio? Ci sono stati molti decessi improvvisi, anche tra gli atleti, negli ultimi 22 mesi, e moltissime persone che godevano di buona salute stanno testimoniando varie problematiche, anche gravi, insorte all'improvviso in seguito all'inoculazione di questi farmaci. Si tratta, tuttavia, di casistiche che non vengono riconosciute dalle istituzioni sanitarie. Chiarire finalmente la vera natura di questi prodotti e i loro meccanismi di azione potrebbe servire a migliorare le condizioni di chi già è stato danneggiato o, almeno, a evitare ulteriori 'fatalità'?

“Si tratta di uno degli aspetti più tragici e angoscianti e al tempo stesso kafkiani della vicenda. Per i farmaci (*pharmaceutical drugs*) nella valutazione del nesso causale con gli eventi avversi riportati dalla farmacovigilanza si opera con mente molto aperta sulla base dei classici principi alla base anche della valutazione del nesso in medicina legale, e il nesso infine può essere classificato come certo, probabile, possibile, improbabile, indeterminato. A questo seguono di regola frequenti aggiornamenti della scheda tecnica del medicinale, in forma ad esempio di avvertenze, controindicazioni e notizie di interazioni.

I vaccini vengono invece valutati con regole ad hoc dell'OMS (WHO AEFI guidelines) fatte apposta per cercare tutti gli appigli per “assolvere” i vaccini. Della questione del “plausibile intervallo temporale” abbiamo detto. Qui aggiungiamo che uno studio statunitense che ha esteso l'intervallo a 38 settimane dopo Moderna o Pfizer ha rilevato quasi 1.500 eventi avversi gravi per 10.000 vaccinati negli anziani del programma di assistenza dedicato ai veterani. Confrontando Moderna e Pfizer, quest'ultimo risultava dare un eccesso di eventi gravi tra cui 11 ictus ischemici, 15 infarti del miocardio, 11 tromboembolie, 17 danni renali ogni 10.000 vaccinati, circa uno ogni 200.

Tra gli altri aspetti discutibili, l'esclusione della responsabilità del vaccino a fronte di altre possibili cause. Ad esempio, una miocardite post-vaccino in un soggetto guarito da covid è causata dal covid, e in un soggetto con precedente miocardite è una fatalità dovuta alla ripresentazione della malattia di base. Ma se invece si toglie questa assurda e illogica procedura, del tutto inadeguata ai vaccini covid, un'altra ricerca (anche questa come la precedente citata e discussa nella nostra recente pubblicazione) scopre che vaccinare un guarito aumenta di 4-6 volte il rischio di miocardite, e

vaccinare una persona con pregressa miocardite aumenta il rischio di ben 140-160 volte.

Ovvio, dunque, che con la sorveglianza passiva per cui governi e agenzie regolatorie hanno optato, già di per sé gravata da enorme sottosegnalazione, cioè le segnalazioni non arrivano, non solo non abbiamo dati su cui lavorare, ma i pochi disponibili vengono in massima parte scartati al momento di transitare sotto le “forche caudine” dell’algoritmo di definizione del nesso causale. Così questi prodotti sono per definizione sicuri perché in realtà i dati sui danni anche gravi e sui decessi vengono molto probabilmente ignorati e sfuggono ai conteggi.”

Dunque, in sostanza, per ottenere facilmente l’autorizzazione all’ammissione in commercio, questi prodotti sono stati trattati e presentati come vaccini convenzionali e non come farmaci, quali in realtà sono. C’è stato un approccio disinvolto e pericolosamente grave da parte delle aziende produttrici e di chi aveva il dovere di vigilare e questo è un aspetto cruciale di tutta questa storia che finora non è stato adeguatamente messo in evidenza e, di conseguenza, neppure compreso dalla maggior parte della gente che, di fatto, non ha ricevuto da istituzioni e media informazioni corrette. Lei ritiene che anche i giudici della Corte Costituzionale non siano stati adeguatamente informati e, quindi, siano arrivati ad emettere una sentenza – che nei giorni scorsi ha giustificato l’obbligo di vaccinazione Covid – sulla base di informazioni fuorvianti, quelle appunto a cui tutta la popolazione è stata finora esposta? O piuttosto ha pesato la politica, essendo per 2/3 la Consulta di nomina politica?

“Aver definito questi prodotti come vaccini, se da un lato ne rispecchia la capacità di stimolare il sistema immunitario, dall’altro ha consentito di ignorare il loro complesso meccanismo che comprende ben due principi attivi con proprietà farmacotossicologiche e farmacocinetiche tutte da chiarire: *l’RNA e la proteina spike.*

Quest’ultima è una tossina attiva, come se nel vaccino antitetano o in quello antidifterite ci mettessimo le tossine tetanica e difterica attive e non inattivate e poi sperassimo che andasse tutto bene. Tutto questo viene ignorato di fronte alla qualifica

di vaccini per i quali scatta solo la valutazione dell'immunogenicità e talora, ma non sempre, la valutazione della protezione clinica dalla malattia infettiva.

Qui quest'ultima c'è stata solo per il primo ciclo, solo su poche persone (20.000 a fronte dell'intenzione di vaccinare miliardi), sul rischio di covid non grave (l'esito clinico forse di minor rilievo per l'uso di questi prodotti), nei soggetti adulti meno a rischio e solo per poche settimane, rispetto all'idea già ben precisa di proporre richiami ogni 6-12 mesi a tempo indeterminato.

E i successivi richiami come pure le estensioni di autorizzazione ad alte fasce d'età, specie i bambini, e i vaccini aggiornati, bivalenti e compagnia, tutti autorizzati sulla base di livelli anticorpali o nemmeno di quelli a volte solo in quanto 'se ha funzionato uno perché non dovrebbe funzionare quest'altro che è più o meno simile'. Siamo insomma in un battibaleno scivolati verso una inedita disinvoltura regolatoria, che consente di approvare a catena prodotti studiati poco e nulla, che ho definito un vero e proprio *parkour* autorizzativo.

Rispetto alla decisione della Consulta, attendo di leggere le motivazioni, ma trovo molto probabile che quasi nessun giudice oggi abbia un quadro preciso e aggiornato delle evidenze, immersi come siamo in propaganda e disinformazione istituzionale che ripete incessantemente 'vaccinato buono / non vaccinato cattivo,' un po' come lo slogan delle quattro e delle due gambe di orwelliana memoria. Ora, non è certo questa l'atmosfera favorevole al confronto pacato e obiettivo sulle evidenze. E difatti par di capire che la Consulta sia caduta pure lei nel malinteso mai troppo denunciato del vaccino che proteggerebbe dal contagio e dalla sua trasmissione, aspetto ormai definitivamente derubricato sulla base della mole di evidenze che consente di escluderlo.

Rimane il dubbio sulla capacità dei vaccini covid di ridurre per alcuni mesi il rischio di covid grave e di decesso, un effetto che le sperimentazioni cliniche non hanno documentato ma che gli studi osservazionali, pur esposti a molteplici fonti di distorsione, sembrano suggerire. I tempi potrebbero essere maturi per nuovi studi clinici randomizzati e controllati per la verifica di questi importanti effetti protettivi, cosa su cui anche autorevoli esperti esteri come John Joannidis e Peter Doshi concordano. Potremmo così impiegare questi prodotti con maggiore consapevolezza,

avendone approfondito con maggior cura anche i profili di sicurezza, certi in ogni caso che il loro migliore effetto rimane sul piano personale e non ha alcuna valenza collettiva e sociale, almeno sulla base delle migliori evidenze attuali.”

Anche nell’eventualità di riuscire a chiarire definitivamente il dubbio sulla capacità di questi prodotti di ridurre per alcuni mesi il rischio di covid grave e di decesso, rimane comunque un altro aspetto fondamentale da capire: se i vaccini, in teoria, sono pensati per immunizzare, è possibile fare un vaccino per un virus mutante?

“Qualsiasi cosa in linea di principio è possibile, e tuttavia inseguire le mutazioni con vaccini aggiornati è un obiettivo indubbiamente interessante per chi i vaccini li produce, ma chi ha responsabilità istituzionali di salute pubblica qualche domanda su realizzabilità, sostenibilità e verosimiglianza di una strategia del genere dovrebbe porsi.”

Inoltre, uno studio recentemente pubblicato in *preprint* mostra come la proteina *spike* della variante *Omicron* abbia ad esempio molto maggiore capacità di agglutinare i globuli rossi, e quindi in linea di principio di aumentare il rischio tromboembolico rispetto all’originaria Wuhan.

Da un lato, dunque, si aggiungono meccanismi di potenziale tossicità della proteina, che sia virale o vaccinale, e dall’altro lato si evidenzia come non sia possibile liquidare l’aggiornamento dei vaccini con un *RNA* codificante per la nuova *spike* con una scrollata di spalle. A meno che non si intenda analoghi proprio in quanto non si è valutata la farmacotossicologia degli originari così come degli aggiornati e si intende proseguire sulla strada dell’equivoco della ‘assenza di evidenza’ come ‘evidenza di assenza’.”

Il mese scorso è stato pubblicato su Science uno studio che ha mostrato la significativa diminuzione del numero e della frequenza delle cellule staminali

ematopoietiche nel sangue derivato da cordone ombelicale di neonati le cui madri avevano ricevuto il vaccino anti covid. Il concepimento, la gravidanza e la prima infanzia sono considerate da sempre condizioni delicate da proteggere e nelle quali utilizzare farmaci il meno possibile, solo in caso di stretta necessità e sotto responsabilità medica. Nell'era Covid, invece, anche questo basilare principio di cautela è saltato. Questo studio che riguarda i neonati mi pare particolarmente preoccupante: si possono escludere implicazioni per questi neonati quando raggiungeranno l'età adulta?

“Non si può escludere nulla. Evidenze del genere, insieme alle ancora mai risolte controversie sugli aborti dopo vaccinazione e al passaggio di *RNA e spike* nel latte materno devono indurre alla cautela e all'esercizio di un principio di prudenza che pare invece del tutto dimenticato. Il concepimento, la gravidanza, il parto e l'allattamento vanno difesi e tutelati al meglio anche attraverso l'astensione dalla somministrazione di qualsiasi farmaco dagli effetti incerti, tanto più se c'è la sicurezza documentata che il bimbo risulti esposto, potenzialmente in ogni momento. Trascurare questi aspetti è da irresponsabili.”

Tra i suoi lavori, Professore, c'è anche uno studio pubblicato lo scorso ottobre sul *Journal of Clinical Medicine* che descrive l'esperienza di cura precoce domiciliare del Covid-19 da parte dei medici volontari dell'Associazione IppocrateOrg. Non è l'unico studio che evidenzia l'efficacia di cure precoci e personalizzate, eppure le terapie domiciliari sono state a lungo ignorate e contrastate e si è preferito puntare tutto sugli hub vaccinali, penalizzando fortemente la libertà dei medici che volevano agire in scienza e coscienza. Le pressioni politiche, economiche e finanziarie dei mesi scorsi, però, non sembrano terminate, anzi nuove difficoltà si profilano all'orizzonte per chi desidera esercitare con coscienza l'arte medica. Mi riferisco al Presidente della *Fnomceo*, Anelli, che ha annunciato la preparazione di un nuovo codice di deontologia medica nel quale “saranno sicuramente introdotti degli articoli relativi ai vaccini e alle vaccinazioni in base ai quali il medico non potrà sconsigliarne l'utilizzo”. Davvero si potrà obbligare un medico a un comportamento clinico

predeterminato e annullare definitivamente il valore della libertà nella scelta terapeutica?

“L’ottusità a volte anche malevola con cui da un certo punto in poi sono state ostacolate le cure del covid rimane a oggi del tutto incomprensibile e senza una spiegazione logica che voglia presupporre buona fede.

Convengo sull’assenza di evidenze solide a favore di determinati farmaci, peraltro tutti ben noti con eccellente profilo di sicurezza e a basso costo tali, dunque, da poter essere impiegati senza rischi da medici adeguatamente esperti. Soprattutto, se l’alternativa doveva essere la ‘vigile attesa’ pare ovvio che il ‘minimo sindacale’ di rispetto del codice deontologico richiedesse e tuttora richieda di fare il possibile. E da quando – grazie alle autopsie realizzate tra l’altro anche in Italia – è risultato chiaro un razionale di impiego di farmaci di uso comune, quali antiinfiammatori steroidei e non, anticoagulanti, antiaggreganti e antibiotici, l’astensione è divenuta come minimo una violazione dell’impegno nei confronti del paziente.

Poi, l’inconciliabilità cure-vaccini è stata del tutto incomprensibile e artata. Qualsiasi sistema sanitario si fonda su prevenzione e cura armonicamente integrate. Come i medici vaccinatori sono stati compensati economicamente nell’emergenza, così avrebbero potuto e dovuto esserlo coloro che curavano i pazienti. C’è uno studio dell’ASL di Milano che mostra come nei tempi peggiori bastò un contatto telefonico e qualche indicazione per migliorare enormemente gli esiti del Covid. Ovvio come evidenze del genere certifichino il drammatico errore di aver paralizzato la sanità territoriale e trasformato gli ospedali in strutture di isolamento. Per tacere della gestione delle RSA specie nei primi tempi.

Infine, riguardo alle ipotesi di riforma del codice deontologico, mi paiono discorsi ancora dettati da una scarsa lucidità post-emergenziale: come già ho avuto modo di scrivere in altra sede, la potestà prescrittiva del medico non può essere limitata a condizione che essa sia esercitata ‘in scienza e coscienza’ nel migliore interesse del paziente.

D’altra parte, se – per assurdo – esistesse mai un giorno un medicinale che facesse solo bene, senza se e senza ma, non si vede per quale motivo lo dovrebbe prescrivere

il medico: ovvio che in quel caso lo distribuirebbero agli angoli delle strade e tutti faremmo la fila per la nostra dose. Fino a che questo non avverrà, fino a che i medicinali avranno indicazioni, controindicazioni, benefici e effetti avversi, sarà utile e spesso indispensabile il giudizio del medico. Che motivatamente potrà essere favorevole o contrario, sempre e comunque a beneficio del paziente, il quale a sua volta ha tutto il diritto sacrosanto e inviolabile di comprendere le ragioni del medico e di aderire alla sua proposta solo ove queste ragioni gli paiano sensate e condivisibili.

Tutto il resto sono chiacchiere. E le chiacchiere le porta via il vento (e le biciclette i livornesi).”

Valentina Bennati, ComeDonChisciotte.Org 7/12/2022