



Con sgomento e indignazione, dobbiamo oggi constatare come si moltiplichino i tentativi del governo di fare carta straccia degli ultimi residui di Libertà e Dignità che ancora ci appartengono, con l'introduzione **dell'obbligo vaccinale** per la generalità della popolazione o per alcune categorie, e la creazione del cosiddetto "**passaporto vaccinale**", volto a favorire la mobilità all'interno dei confini nazionali ed europei, e/o l'accesso a determinati servizi e/o l'esercizio dei diritti costituzionalmente garantiti. Risulta, infatti, Presentato in data **16 marzo 2021 (iter da assegnare)**; il DDL S. 2318 "*Disposizioni per l'obbligatorietà vaccinale degli operatori sanitari*", mentre numerosi organi di stampa hanno divulgato l'intenzione del Presidente del Consiglio di aderire alla proposta del presidente della Commissione Ue, Ursula von der Leyen, di istituire un PASSAPORTO SANITARIO, che possa facilitare la mobilità in sicurezza tra i vari Stati e dare, in questo modo, un impulso al turismo **(1,2)**.

In una simile circostanza, il sindacato S.U.O.M.I., nelle persone del suo Presidente, Signor Antonio Finiello, e del suo Segretario Nazionale, Dr. Domenico Mastrangelo, vogliono ricordare, a governo, istituzioni, media, sindacati e Cittadini, che l'obbligo vaccinale è **ILLEGALE**, e che esso rappresenta una chiara violazione:

1. Degli articoli 2, 3, 13, 32 e 34 della Carta Costituzionale;
2. Della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite;
3. Della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea;
4. Della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti del Fanciullo;
5. Della Convenzione Europea per i Diritti Umani;
6. Della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina;
7. Della carta Europea dei Diritti del Malato;
8. Del Patto Internazionale delle Nazioni Unite sui Diritti Civili e Politici;
9. Della Convenzione di Oviedo
10. Degli articoli 3, 4, 5, 17, 19, 32 e 49 del Codice Deontologico Medico;
11. Dell' articolo 13 dello Statuto dei Lavoratori

Inoltre, da un'analisi dei FATTI riguardanti la cosiddetta "pandemia" e la "corsa al vaccino", che rappresenta l'atto finale e la conseguenza attesa dell'assurda campagna di terrore posta in atto da governo, politica, istituzioni e mezzi di comunicazione, si evince facilmente come lo stato di emergenza, dichiarato da oltre un anno, di fatto non sussista, così come non sussiste la necessità di un vaccino contro il SARS-CoV-2, per i motivi elencati di seguito:

- a. Alla data del **26 marzo** (ore 10.00 a.m.), il sito del Ministero della Salute **(3)** fa sapere che il numero dei "casi confermati" di COVID-19, nel mondo, è pari a **124.871.140**, mentre il numero dei decessi, tra i "casi confermati" è pari a **2.744.543**;
- b. da quanto esposto al punto precedente, e al netto del fatto che solo il 3,1% di questi casi presenta, come unico segno, la positività al tampone, tutti gli altri essendo decessi complicati da altre patologie e trattamenti farmacologici, risulta che la **letalità** della malattia, tra i "casi confermati" è pari a circa il **2,2%**, con conseguente **97,8% dei casi che**
 - **non si ammala**
 - **si ammala e guarisce senza cure**
 - **si ammala e guarisce con le cure;**
- c. quanto riportato al punto precedente è **chiara indicazione della totale inutilità di un vaccino preventivo contro il COVID-19;**
- d. **lo sviluppo di un vaccino, secondo scienza e coscienza, richiede, mediamente un tempo stimabile tra i 10 e i 15 anni.** Lo dichiara, in modo inequivocabile la International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA), che rappresenta le ditte e le associazioni farmaceutiche basate sulla ricerca, in tutto il mondo **(4)**. Il dato è confermato dalla prestigiosa rivista "**The Lancet**" che, in uno dei suoi ultimi numeri **(5)**, ci



ricorda autorevolmente: *“Lo sviluppo dei vaccini è, tipicamente, un lungo gioco ... In media, occorrono 10 anni per sviluppare un vaccino”*. Ulteriori conferme giungono, inoltre, dalla World Trade Organization (WTO)(6) e da un recente documento ad hoc della Commissione Europea(7);

- e. A fronte di tali evidenze, sappiamo che sia il vaccino Pfizer BionTech che quello Astra-Zeneca, **così come tutti gli altri che stanno per essere messi in commercio**, per le vaccinazioni di massa contro il virus SARS-CoV-2, giungono sul mercato **soltanto pochi mesi dopo l'inizio della cosiddetta “pandemia”**; dal che si può ragionevolmente desumere che **NESSUNA DELLE REGOLARI E NECESSARIE FASI DI SVILUPPO DEI VACCINI E' STATA SEGUITA**, e questo rappresenta un serio pericolo per l'incolumità e l'integrità fisica dei soggetti ai quali i vaccini vengono somministrati;
- f. il rischio di cui al punto precedente è di doppia natura: da una parte, non conoscendo la reale efficacia dei vaccini in questione, che scienziati di grande fama e competenza hanno posto in serio dubbio (8), **le vaccinazioni di massa con i vaccini Pfizer, Astra Zeneca, Moderna o di qualsiasi altro produttore, non garantiscono affatto l'immunità desiderata**; dall'altra, la mancanza di studi relativi alle reazioni avverse, che si possono manifestare anche a distanza di anni, impedisce di conoscere preventivamente quante e di quale entità, potranno essere tali reazioni avverse, nella popolazione dei vaccinati;
- g. Un avvertimento autorevole, su tutta la questione, ci viene dalla prestigiosa testata JAMA (The Journal of the American Medical Association), che, in un recentissimo ed esplicito articolo, titola: *“Le conseguenze avverse dell'affrettarsi per il vaccino contro il SARS-CoV-2: implicazioni per la fiducia pubblica”* (9). Sugeriscono gli Autori, dalle pagine della rivista: *“Negli scienziati e nei medici, il termine di velocità di curvatura (termine mutuato da una nota serie di film di fantascienza, per descrivere una velocità superiore a quella della luce N.d.R.), dovrebbe generare preoccupazione. La buona Scienza richiede rigore, disciplina e cautela. Qualsiasi terapia approvata per l'impiego pubblico, in assenza di estese salvaguardie, ha il potenziale per creare danno, non solo per quanto riguarda gli sforzi di prevenire il COVID-19, ma anche per quanto attiene alla fiducia del pubblico nelle vaccinazioni”*. *“Quello che non può e non deve essere consentito”*, continuano gli Autori dell'articolo, *“è che la disperazione conduca alla sospensione dei principi della Scienza e dei valori di una ricerca etica”* ... ma sembra che questo accorato appello sia letteralmente caduto nel vuoto, specialmente se consideriamo che alla data odierna, secondo quanto riferito da autorevoli studiosi, siano ben **44** i vaccini in via di sviluppo clinico e oltre **151**, quelli in via di sviluppo preclinico, contro il SARS-CoV-2 (10). Troppi i vaccini e troppi gli “attori” che pretenderebbero di trarne profitto.
- h. La mancata conoscenza del numero e dell'entità delle reazioni avverse al vaccino, nel caso dei più recenti vaccini approvati per l'uso umano, contro il SARS-CoV-2, pone, di fatto, le persone alle quali il vaccino viene somministrato, nella condizione di **animali da esperimento**, sui quali viene saggiato un prodotto del quale non si conoscono né gli effetti preventivi/terapeutici, né, tanto meno, le potenziali reazioni avverse;
- i. **l'approvazione per l'uso di un vaccino in situazioni di emergenza:** (EUA = Emergency Use Authorization) viene generalmente concessa, dagli enti istituzionali (11):
- o a patto che la malattia contro la quale il vaccino deve essere impiegato, mostri un elevato tasso di mortalità, ma questo non è il caso del **COVID19 (12, 13)**, che, al contrario, come dimostrato nel presente documento, presenta un **elevatissimo tasso di guarigione** (v. punti a. e b.);
 - o quando *“... sulla base della totalità delle prove messe a disposizione da sperimentazioni cliniche adeguate e ben controllate, è ragionevole ritenere che il prodotto possa essere efficace nel prevenire o trattare una patologia che mette a*



rischio la vita del paziente ...”, ma questo non è il caso del vaccino contro il SARS-CoV-2 (qualsiasi esso sia) in quanto, come dimostrato dai dati, la malattia presenta un elevato tasso di guarigione ed essa si dimostra letale soprattutto nei pazienti anziani, con patologie multiple (14). Inoltre, come rilevato da eminenti studiosi della materia “... nessuna delle sperimentazioni fino ad ora effettuate sui vaccini contro il COVID19, è stata disegnata per trovare una riduzione degli effetti più gravi dell’infezione, come il ricovero in ospedale o in terapia intensiva, e la morte. Così come nessuna delle sperimentazioni fino ad ora effettuate sui vaccini anti COVID19, si è posta come obiettivo quello di determinare se essi sono in grado di interrompere la trasmissione del virus” (8);

- o nel caso in cui i benefici sopravanzino i potenziali rischi delle vaccinazioni; **ma anche questa condizione non sembra pienamente soddisfatta**, sia per il numero elevato di reazioni avverse che si stanno registrando e che hanno condotto al ritiro del vaccino Astra Zeneca in diversi paesi europei (15, 16), sia perché illustri testate scientifiche, quali JAMA, si sono espresse in modo molto sfavorevole alla “corsa al vaccino” (con più di 190 vaccini in via di sperimentazione), che rischia non solo di produrre effetti collaterali anche gravi e in grande quantità (17), ma anche di minare alla base la fiducia del pubblico nelle vaccinazioni (18):
- o a patto che non esistano altre terapie efficaci contro la malattia che si intende prevenire mediante il vaccino, **ma questo non è il caso del vaccino contro il SARS-CoV-2 in quanto:**
 - le terapie esistono e sono ben note e standardizzate; tra queste ricordiamo: **Remdesivir (19-23), Ivermectina (24-37), Idrossiclorochina (38-44), Clorochina (44-47), Corticosteroidi (48-56), Azitromicina (57-62), antivirali (63-65), plasma convalescente (66-72), cellule staminali mesenchimali (73-75), Antagonisti dei recettori dell’Interleuchina (76-78), Inibitori della Tirosin Chinasi (79-84), derivati dell’eparina (85-89); Vitamina C (acido ascorbico) (90-100), Vitamina D (101-105), Zinco (106, 107);**
 - Come dimostrato nella parte introduttiva del presente documento, il 97,8% dei soggetti positivi al tampone molecolare, può non ammalarsi mai, ammalarsi e guarire spontaneamente, ammalarsi e guarire dopo adeguata terapia;
 - Per quanto già abbondantemente illustrato ai punti precedenti, **non sussistono le condizioni per definire quella attuale come una “situazione di emergenza”.**

Per tutto quanto sopra esposto ed indicato, il sindacato S.U.O.M.I. (Sindacato degli Utenti e degli Operatori per una Medicina Integrata) rinnova il suo invito al Governo, al Presidente del Consiglio, al Parlamento tutto e al Presidente della Repubblica, ad astenersi dall’intraprendere ed approvare qualsiasi iniziativa volta a rendere obbligatorio il vaccino contro il virus SARS-CoV-2 e l’impiego di un “passaporto vaccinale”, che rappresenterebbe l’ultimo colpo mortale inflitto ai Diritti e alle Libertà Fondamentali dei Cittadini Italiani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. <http://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/53805.htm>
2. https://www.ilmessaggero.it/mondo/draghi_ue_consiglio_vaccini_oggi_ultime_notizie-5790958.html
3. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.js.p?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>



4. https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2019/07/IFPMA-ComplexJourney-2019_FINA_L.pdf
5. Mullard A. COVID-19 vaccine development pipeline gears up. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1751-1752. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31252-6. PMID: 32505245; PMCID: PMC7272155
6. https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/vaccine_report_e.pdf
7. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/coronavirus-vaccines-strategy_en
8. Doshi P. Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us. *BMJ*. 2020 Oct 21;371:m4037. doi: 10.1136/bmj.m4037. PMID: 33087398
9. Trogen B, Oshinsky D, Caplan A. Adverse Consequences of Rushing a SARS-CoV-2 Vaccine: Implications for Public Trust. *JAMA*. 2020 Jun 23;323(24):2460-2461. doi: 10.1001/jama.2020.8917. PMID: 32453392
10. Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis*. 2021 Feb;21(2): e26-e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33125914; PMCID: PMC7837315
11. <https://www.fda.gov/media/142749/download>
12. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.js.p?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
13. Roussel Y, Giraud-Gatineau A, Jimeno MT, Rolain JM, Zandotti C, Colson P, Raoult D. SARS-CoV-2: fear versus data. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 May;55(5):105947. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105947. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32201354; PMCID: PMC7102597
14. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>
15. <https://www.ilriformista.it/astrazeneca-dallapprovazione-allo-stop-temporaneo-il-vaccino-anti-covid-sospeso-in-mezza-europa-203437/>
16. <https://www.agi.it/cronaca/news/2021-03-15/mezza-europa-sospeso-vaccinazioni-astrazene-ca-precauzione-11788887/>
17. <https://www.ilriformista.it/astrazeneca-gli-effetti-collaterali-piu-preoccupanti-del-vaccino-sospeso-in-mezza-europa-203704/>
18. Trogen B, Oshinsky D, Caplan A. Adverse Consequences of Rushing a SARS-CoV-2 Vaccine: Implications for Public Trust. *JAMA*. 2020 Jun 23;323(24):2460-2461. doi: 10.1001/jama.2020.8917. PMID: 32453392
19. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the treatment of COVID-19 - final report. *N Engl J Med*. 2020
20. Wang Y, Zhang D, Du G, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet*. 2020;395(10236):1569-1578
21. Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, et al. Effect of Remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;324(11):1048-1057
22. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, et al. Remdesivir for 5 or 10 days in patients with severe COVID-19. *N Engl J Med*. 2020
23. Wang M, Cao R, Zhang L, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res*. 2020;30(3):269-271
24. Yang SNY, Atkinson SC, Wang C, et al. The broad spectrum antiviral Ivermectin targets the host nuclear transport importin alpha/beta1 heterodimer. *Antiviral Res*. 2020; 177: 104760



25. Arévalo AP, Pagotto R, Pórfido J, et al. Ivermectin reduces coronavirus infection in vivo: a mouse experimental model. *bioRxiv*. 2020; Preprint
26. Lehrer S, Rheinstein PH. Ivermectin docks to the SARS-CoV-2 spike receptor-binding domain attached to ACE2. *In Vivo*. 2020;34(5):3023-3026
27. Guzzo CA, Furtek CI, Porras AG, et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of escalating high doses of Ivermectin in healthy adult subjects. *J Clin Pharmacol*. 2002;42(10):1122-1133
28. Chaccour C, Hammann F, Ramon-Garcia S, Rabinovich NR. Ivermectin and COVID-19: keeping rigor in times of urgency. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;102(6):1156-1157
29. Bray M, Rayner C, Noel F, Jans D, Wagstaff K. Ivermectin and COVID-19: a report in *Antiviral Research*, widespread interest, an FDA warning, two letters to the editor and the authors' responses. *Antiviral Res*. 2020; 178: 104805
30. Zhang X, Song Y, Ci X, et al. Ivermectin inhibits LPS-induced production of inflammatory cytokines and improves LPS-induced survival in mice. *Inflamm Res*. 2008;57(11):524-529
31. Di Nicolantonio JJ, Barroso J, McCarty M. Ivermectin may be a clinically useful anti-inflammatory agent for late-stage COVID-19. *Open Heart*. 2020;7(2)
32. Ahmed S, Karim MM, Ross AG, et al. A five-day course of Ivermectin for the treatment of COVID-19 may reduce the duration of illness. *Int J Infect Dis*. 2020; 103: 214-216
33. Wagstaff KM, Sivakumaran H, Heaton SM, Harrich D, Jans DA. Ivermectin is a specific inhibitor of importin alpha/beta-mediated nuclear import able to inhibit replication of HIV-1 and dengue virus. *Biochem J*. 2012;443(3):851-856
34. Chachar AZK, Khan KA, Asif M, Tanveer K, Khaqan A, Basri R. Effectiveness of Ivermectin in SARS-COV-2/COVID-19 Patients. *Int J Sci*. 2020; 9: 31-35
35. Elgazzar A, Hany B, Youssef SA, Hafez M, Moussa H, eltaweel A. Efficacy and safety of Ivermectin for treatment and prophylaxis of COVID-19 pandemic. *Research Square*. 2020
36. Niaee MS, Gheibi N, Namdar P, et al. Ivermectin as an adjunct treatment for hospitalized adult COVID-19 patients: a randomized multi-center clinical trial. *Research Square*. 2020
37. Khan MSI, Khan MSI, Debnath CR, et al. Ivermectin treatment may improve the prognosis of patients with COVID-19. *Arch Bronconeumol*. 2020;56(12):828-830
38. Abella BS, Jolkovsky EL, Biney BT, et al. Efficacy and safety of hydroxychloroquine vs placebo for preexposure SARS-CoV-2 prophylaxis among health care workers: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2020; Published online ahead of print
39. Rajasingham R, Bangdiwala AS, Nicol MR, et al. Hydroxychloroquine as pre-exposure prophylaxis for COVID-19 in healthcare workers: a randomized trial. *Clin Infect Dis*. 2020; Published online ahead of print
40. Yao X, Ye F, Zhang M, et al. In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatment of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis*. 2020;71(15):732-739
41. Boulware DR, Pullen MF, Bangdiwala AS, et al. A randomized trial of hydroxychloroquine as postexposure prophylaxis for COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;383(6):517-525
42. Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, et al. A cluster-randomized trial of hydroxychloroquine for prevention of COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; Published online ahead of print
43. Liu J, Cao R, Xu M, et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. *Cell Discov*. 2020; 6:16
44. Maisonnasse P, Guedj J, Contreras V, et al. Hydroxychloroquine use against SARS-CoV-2 infection in non-human primates. *Nature*. 2020;585(7826):584-587



45. Vincent MJ, Bergeron E, Benjannet S, et al. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology*. 2005; 2: 69
46. Kassi EN, Papavassiliou KA, Papavassiliou AG. G6PD and chloroquine: Selecting the treatment against SARS-CoV-2? *J Cell Mol Med*. 2020 May;24(9):4913-4914. doi: 10.1111/jcmm.15312. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32281268; PMCID: PMC7205832
47. Borba MGS, Val FFA, Sampaio VS, Alexandre MAA, Melo GC, Brito M, Mourão MPG, Brito-Sousa JD, Baía-da-Silva D, Guerra MVF, Hajjar LA, Pinto RC, Balieiro AAS, Pacheco AGF, Santos JDO Jr, Naveca FG, Xavier MS, Siqueira AM, Schwarzbald A, Croda J, Nogueira ML, Romero GAS, Bassat Q, Fontes CJ, Albuquerque BC, Daniel-Ribeiro CT, Monteiro WM, Lacerda MVG; CloroCovid-19 Team. Effect of High vs Low Doses of Chloroquine Diphosphate as Adjunctive Therapy for Patients Hospitalized With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020 Apr 24;3(4):e208857. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8857. PMID: 32330277.
48. Recovery Collaborative Group, Horby P, Lim WS, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 - preliminary report. *N Engl J Med*. 2020
49. Rezk NA, Ibrahim AM. Effects of methyl prednisolone in early ARDS. *Egypt J Chest Dis Tuberc*. 2013;62(1):167-172
50. Tongyoo S, Permpikul C, Mongkolpun W, et al. Hydrocortisone treatment in early sepsis-associated acute respiratory distress syndrome: results of a randomized controlled trial. *Crit Care*. 2016;20(1):329
51. Jeronimo CMP, Farias MEL, Val FFA, et al. Methylprednisolone as adjunctive therapy for patients hospitalized with COVID-19 (Metcovid): a randomised, double-blind, Phase IIb, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2020
52. Meduri GU, Golden E, Freire AX, et al. Methylprednisolone infusion in early severe ARDS: results of a randomized controlled trial. *Chest*. 2007;131(4):954-963
53. Meduri GU, Bridges L, Shih MC, Marik PE, Siemieniuk RAC, Kocak M. Prolonged glucocorticoid treatment is associated with improved ARDS outcomes: analysis of individual patients' data from four randomized trials and trial-level meta-analysis of the updated literature. *Intensive Care Med*. 2016;42(5):829-840
54. Tomazini BM, Maia IS, Cavalcanti AB, et al. Effect of dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: the CoDEX randomized clinical trial. *JAMA*. 2020
55. Villar J, Ferrando C, Martinez D, et al. Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2020;8(3):267-276
56. Writing Committee for the R-CAP1, Angus DC, Derde L, et al. Effect of hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: the REMAP-CAP COVID-19 corticosteroid domain randomized clinical trial. *JAMA*. 2020
57. Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, et al. Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York state. *JAMA*. 2020;323(24):2493-2502
58. Furtado RHM, Berwanger O, Fonseca HA, et al. Azithromycin in addition to standard of care versus standard of care alone in the treatment of patients admitted to the hospital with severe COVID-19 in Brazil (COALITION II): a randomised clinical trial. *Lancet*. 2020
59. Arshad S, Kilgore P, Chaudhry ZS, et al. Treatment with hydroxychloroquine, azithromycin, and combination in patients hospitalized with COVID-19. *Int J Infect Dis*. 2020; 97: 396-403



60. Alkotaji M. Azithromycin and ambroxol as potential pharmacotherapy for SARS-CoV-2. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Dec;56(6):106192. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106192. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33045350; PMCID: PMC7546948
61. Seftel MD. Additional safety consideration for azithromycin in the management of SARS-CoV-2 infection. *CMAJ*. 2020 May 4;192(18):E483. doi: 10.1503/cmaj.75427. PMID: 32366470; PMCID: PMC7207176
62. Kelleni MT. Nitazoxanide/azithromycin combination for COVID-19: A suggested new protocol for early management. *Pharmacol Res*. 2020 Jul;157:104874. doi: 10.1016/j.phrs.2020.104874. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32360581; PMCID: PMC7192107
63. Chu CM, Cheng VC, Hung IF, et al. Role of lopinavir/ritonavir in the treatment of SARS: initial virological and clinical findings. *Thorax*. 2004;59(3):252-256
64. De Meyer S, Bojkova D, Cinatl J, et al. Lack of antiviral activity of darunavir against SARS-CoV-2. *Int J Infect Dis*. 2020; 97: 7-10
65. Hung IF, Lung KC, Tso EY, et al. Triple combination of interferon beta-1b, lopinavir-ritonavir, and ribavirin in the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19: an open-label, randomised, Phase 2 trial. *Lancet*. 2020;395(10238):1695-1704
66. Mair-Jenkins J, Saavedra-Campos M, Baillie JK, et al. The effectiveness of convalescent plasma and hyperimmune immunoglobulin (55-60) for the treatment of severe acute respiratory infections of viral etiology: a systematic review and exploratory meta-analysis. *J Infect Dis*. 2015;211(1):80-90
67. Li L, Zhang W, Hu Y, et al. Effect of convalescent plasma therapy on time to clinical improvement in patients with severe and life-threatening COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020
68. Joyner MJ, Bruno KA, Klassen SA, et al. Safety update: COVID-19 convalescent plasma in 20,000 hospitalized patients. *Mayo Clinical Proceedings*. 2020
69. Liu STH, Lin HM, Baine I, et al. Convalescent plasma treatment of severe COVID-19: a propensity score-matched control study. *Nat Med*. 2020
70. Ahn JY, Sohn Y, Lee SH, et al. Use of convalescent plasma therapy in two COVID-19 patients with acute respiratory distress syndrome in Korea. *J Korean Med Sci*. 2020;35(14): e149
71. Duan K, Liu B, Li C, et al. Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. *Proc Natl Acad Sci US*. 2020
72. Cheng Y, Wong R, Soo YO, et al. Use of convalescent plasma therapy in SARS patients in Hong Kong. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2005;24(1):44-46
73. Shetty AK. Mesenchymal stem cell infusion shows promise for combating coronavirus (COVID-19)-induced pneumonia. *Aging Dis*. 2020;11(2):462-464
74. Leng Z, Zhu R, Hou W, et al. Transplantation of ACE2(-) mesenchymal stem cells improves the outcome of patients with COVID-19 pneumonia. *Aging Dis*. 2020;11(2):216-228
75. Shu L, Niu C, Li R, et al. Treatment of severe COVID-19 with human umbilical cord mesenchymal stem cells. *Stem Cell Res Ther*. 2020;11(1):361
76. Fisher CJ, Jr., Dhainaut JF, Opal SM, et al. Recombinant human interleukin 1 receptor antagonist in the treatment of patients with sepsis syndrome. Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Phase III rhIL-1ra Sepsis Syndrome Study Group. *JAMA*. 1994;271(23):1836-1843
77. Fisher CJ, Jr., Slotman GJ, Opal SM, et al. Initial evaluation of human recombinant interleukin-1 receptor antagonist in the treatment of sepsis syndrome: a randomized, open-label, placebo-controlled multicenter trial. *Crit Care Med*. 1994;22(1):12-21



78. Opal SM, Fisher CJ, Jr., Dhainaut JF, et al. Confirmatory interleukin-1 receptor antagonist trial in severe sepsis: a Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. The Interleukin-1 Receptor Antagonist Sepsis Investigator Group. *Crit Care Med.* 1997;25(7):1115-1124
79. Wieringa JW, van der Woude CJ. Effect of biologicals and JAK inhibitors during pregnancy on healthrelated outcomes in children of women with inflammatory bowel disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2020;44-45:101665
80. Owen C, Berinstein NL, Christofides A, Sehn LH. Review of Bruton tyrosine kinase inhibitors for the treatment of relapsed or refractory mantle cell lymphoma. *Curr Oncol.* 2019;26(2): e233-e240
81. Treon SP, Castillo JJ, Skarbnik AP, et al. The BTK inhibitor ibrutinib may protect against pulmonary injury in COVID-19-infected patients. *Blood.* 2020;135(21):1912-1915
82. Richardson P, Griffin I, Tucker C, et al. Baricitinib as potential treatment for 2019-nCoV acute respiratory disease. *Lancet.* 2020;395(10223):e30-e31
83. La Rosee F, Bremer HC, Gehrke I, et al. The Janus kinase 1/2 inhibitor ruxolitinib in COVID-19 with severe systemic hyperinflammation. *Leukemia.* 2020;34(7):1805-1815
84. Roschewski M, Lionakis MS, Sharman JP, Roswarski J, Goy A, Monticelli MA, Roshon M, Wrzesinski SH, Desai JV, Zarakas MA, Collen J, Rose K, Hamdy A, Izumi R, Wright GW, Chung KK, Baselga J, Staudt LM, Wilson WH. Inhibition of Bruton tyrosine kinase in patients with severe COVID-19. *Sci Immunol.* 2020 Jun 5;5(48):eabd0110. doi: 10.1126/sciimmunol.abd0110. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32503877; PMCID: PMC7274761
85. Cohen AT, Davidson BL, Gallus AS, et al. Efficacy and safety of fondaparinux for the prevention of venous thromboembolism in older acute medical patients: randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2006;332(7537):325-329 (Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AG, et al. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation.* 2004;110(7):874-879
86. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. *N Engl J Med.* 1999;341(11):793-800
87. Lemos ACB, do Espirito Santo DA, Salvetti MC, et al. Therapeutic versus prophylactic anticoagulation for severe COVID-19: a randomized Phase II clinical trial (HESACOVID). *Thromb Res.* 2020; 196: 359-366
88. Barnes GD, Burnett A, Allen A, et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Thrombolysis.* 2020;50(1):72-81
89. Cohen AT, Harrington RA, Goldhaber SZ, et al. Extended thromboprophylaxis with betrixaban in acutely ill medical patients. *N Engl J Med.* 2016;375(6):534-544
90. Fisher BJ, Seropian IM, Kraskauskas D, et al. Ascorbic acid attenuates lipopolysaccharide-induced acute lung injury. *Crit Care Med.* 2011;39(6):1454-1460
91. Fowler AA, 3rd, Syed AA, Knowlson S, et al. Phase I safety trial of intravenous ascorbic acid in patients with severe sepsis. *J Transl Med.* 2014; 12:32
92. Fowler AA, 3rd, Truwit JD, Hite RD, et al. Effect of vitamin C infusion on organ failure and biomarkers of inflammation and vascular injury in patients with sepsis and severe acute respiratory failure: the CITRIS-ALI randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(13):1261-1270
93. Fowler AA, 3rd, Fisher BJ, Kashiouris MG. Vitamin C for sepsis and acute respiratory failure—reply. *JAMA.* 2020; 323(8): 792-793



94. Moskowitz A, Huang DT, Hou PC, et al. Effect of ascorbic acid, corticosteroids, and thiamine on organ injury in septic shock: the ACTS randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;324(7):642-650 (<https://www.macrolibrarsi.it/ebooks/ebook-il-fattore-c.php>)
95. Colunga Biancatelli RML, Berrill M, Catravas JD, Marik PE. Quercetin and Vitamin C: An Experimental, Synergistic Therapy for the Prevention and Treatment of SARS-CoV-2 Related Disease (COVID-19). *Front Immunol*. 2020 Jun 19;11:1451. doi: 10.3389/fimmu.2020.01451. PMID: 32636851; PMCID: PMC7318306
96. Liu F, Zhu Y, Zhang J, Li Y, Peng Z. Intravenous high-dose vitamin C for the treatment of severe COVID-19: study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020 Jul 8;10(7):e039519. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039519. PMID: 32641343; PMCID: PMC7348463
97. Holford P, Carr AC, Jovic TH, Ali SR, Whitaker IS, Marik PE, Smith AD. Vitamin C-An Adjunctive Therapy for Respiratory Infection, Sepsis and COVID-19. *Nutrients*. 2020 Dec 7;12(12):3760. doi: 10.3390/nu12123760. PMID: 33297491; PMCID: PMC7762433
98. Chiscano-Camón L, Ruiz-Rodriguez JC, Ruiz-Sanmartin A, Roca O, Ferrer R. Vitamin C levels in patients with SARS-CoV-2-associated acute respiratory distress syndrome. *Crit Care*. 2020 Aug 26;24(1):522. doi: 10.1186/s13054-020-03249-y. PMID: 32847620; PMCID: PMC7447967
99. de Melo AF, Homem-de-Mello M. High-dose intravenous vitamin C may help in cytokine storm in severe SARS-CoV-2 infection. *Crit Care*. 2020 Aug 13;24(1):500. doi: 10.1186/s13054-020-03228-3. PMID: 32792018; PMCID: PMC7424130
100. Carr AC. A new clinical trial to test high-dose vitamin C in patients with COVID-19. *Crit Care*. 2020 Apr 7;24(1):133. doi: 10.1186/s13054-020-02851-4. PMID: 32264963; PMCID: PMC7137406
101. Aranow C. Vitamin D and the immune system. *J Investig Med*. 2011;59(6):881-886
102. Lu D, Zhang J, Ma C, et al. Link between community-acquired pneumonia and vitamin D levels in older patients. *Z Gerontol Geriatr*. 2018;51(4):435-439
103. Martineau AR, Jolliffe DA, Hooper RL, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2017; 356: i6583
104. Amrein K, Schnedl C, Holl A, et al. Effect of high-dose vitamin D3 on hospital length of stay in critically ill patients with vitamin D deficiency: the VITdAL-ICU randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(15):1520-1530
105. National Heart Lung and Blood Institute PCTN, Ginde AA, et al. Early high-dose vitamin D3 for critically ill, vitamin D-deficient patients. *N Engl J Med*. 2019;381(26):2529-2540
106. de Velthuis AJ, van den Worm SH, Sims AC, Baric RS, Snijder EJ, van Hemert MJ. Zn(2+) inhibits coronavirus and arterivirus RNA polymerase activity in vitro and zinc ionophores block the replication of these viruses in cell culture. *PLoS Pathog*. 2010;6(11): e1001176
107. Xue J, Moyer A, Peng B, Wu J, Hannafon BN, Ding WQ. Chloroquine is a zinc ionophore. *PLoS One*. 2014;9(10): e109180