

La campagna vaccinale anti-covid-19 in Italia ha evitato milioni di eventi sanitari negativi?

Introduzione.....	1
La tesi centrale del Rapporto ISS-MS.....	2
Conseguenze associate (non al covid-19, ma) alla vaccinazione.....	4
Eventi direttamente evitati.....	6
Attenzione: “non confrontare i vaccinati con i non vaccinati!”	8
Vaccinati e no.....	10
Alternative.....	12
Che cosa dicono i dati numerici?.....	13
L’impatto globale delle campagne vaccinali anti-covid-19.....	17
Difendere l’indifendibile.....	19
Conclusione.....	20

Introduzione

Lo scopo di questo articolo è cercare di dare, con l’esame di un caso particolare, una risposta al problema: come si può reinterpretare il disastroso fallimento di una politica sanitaria come se fosse stato uno straordinario successo?

Non entro in dettaglio nelle motivazioni per tentare una tale reinterpretazione – anche perché in sostanza sono ovvie: a nessuno piacerebbe essere identificato come responsabile, o corresponsabile, di un disastro, e il costo di circuire, corrompere, comprare chi dovrebbe identificare, accusare, perseguire i responsabili è tanto inferiore a quello di sopportare le conseguenze della pubblica colpevolezza, quanto maggiore è stato il disastro e più alta la posizione dei colpevoli.

Non ripeterò nemmeno quanto ormai riconosciuto da sempre più commentatori, e cioè l’importanza cruciale dell’asservimento dei principali media, in particolare, al governo italiano, cosa indubbiamente facilitata dalla convergenza tra le politiche di questo e gli interessi degli oligarchi che controllano o addirittura possiedono i principali media.

Intendo invece soffermarmi sulle tecniche utilizzate per “ristrutturare” i dati attestanti il fallimento in modo che questo appaia come un successo. Per farlo, un buon punto di partenza è offerto dal rapporto dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Ministero della Salute (MS) intitolato: [Infezioni da SARS-CoV-2, ricoveri e decessi associati a COVID-19 direttamente evitati dalla vaccinazione - Italia, 27 dicembre 2020-31 gennaio 2022 - NOTA TECNICA](#) e apparso nella settimana di Pasqua, il 13 aprile 2022 (d’ora in poi: **Rapporto**). Come a volte succede con le uova di Pasqua, anche in questo caso la confezione appariscente della sorpresa non deve trarre in inganno sul suo valore. Nel titolo, la «vaccinazione» è intesa come la somministrazione di diverse specie di (pseudo)vaccini (in realtà sieri genici sperimentali) alla stragrande maggioranza degli italiani, con vari dosaggi. Ecco la lista dei suddetti sieri, tratta dal Rapporto:

Tabella 1. Data di autorizzazione, fasce di età e inizio somministrazione dei vaccini autorizzati in Italia

Vaccino	Data di autorizzazione	Fasce di età (in anni)	Data di inizio somministrazione
Comirnaty (Pfizer-BioNTech)	22/12/2020	12+	27/12/2020
Spikevax (Moderna)	07/01/2021	12+	14/01/2021
Vaxzevria (AstraZeneca)	29/01/2021	18+	11/02/2021
COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson&Johnson)	11/03/2021	18+	22/04/2021
Comirnaty pediatrico (Pfizer-BioNTech) *	01/12/2021	5-11	15/12/2021
Nuvaxovid (Novovax)	22/12/2021	18+	28/02/2022

*Comirnaty pediatrico ha le stesse caratteristiche di Comirnaty per adulti, ma un dosaggio minore (10 µg vs. 30 µg)

In generale, nel seguito mi uniformerò, per brevità, all'uso comune di chiamare “vaccini” (con tutti i termini derivati: “vaccinazione”, “vaccinale” ecc.) i prodotti anti-covid-19 della lista suddetta. Come si sa, è stata modificata addirittura la [definizione di “vaccino” nei dizionari](#) per accreditare a questi sieri lo stesso prestigio di cui godono i vaccini veri e propri presso una gran parte della popolazione.

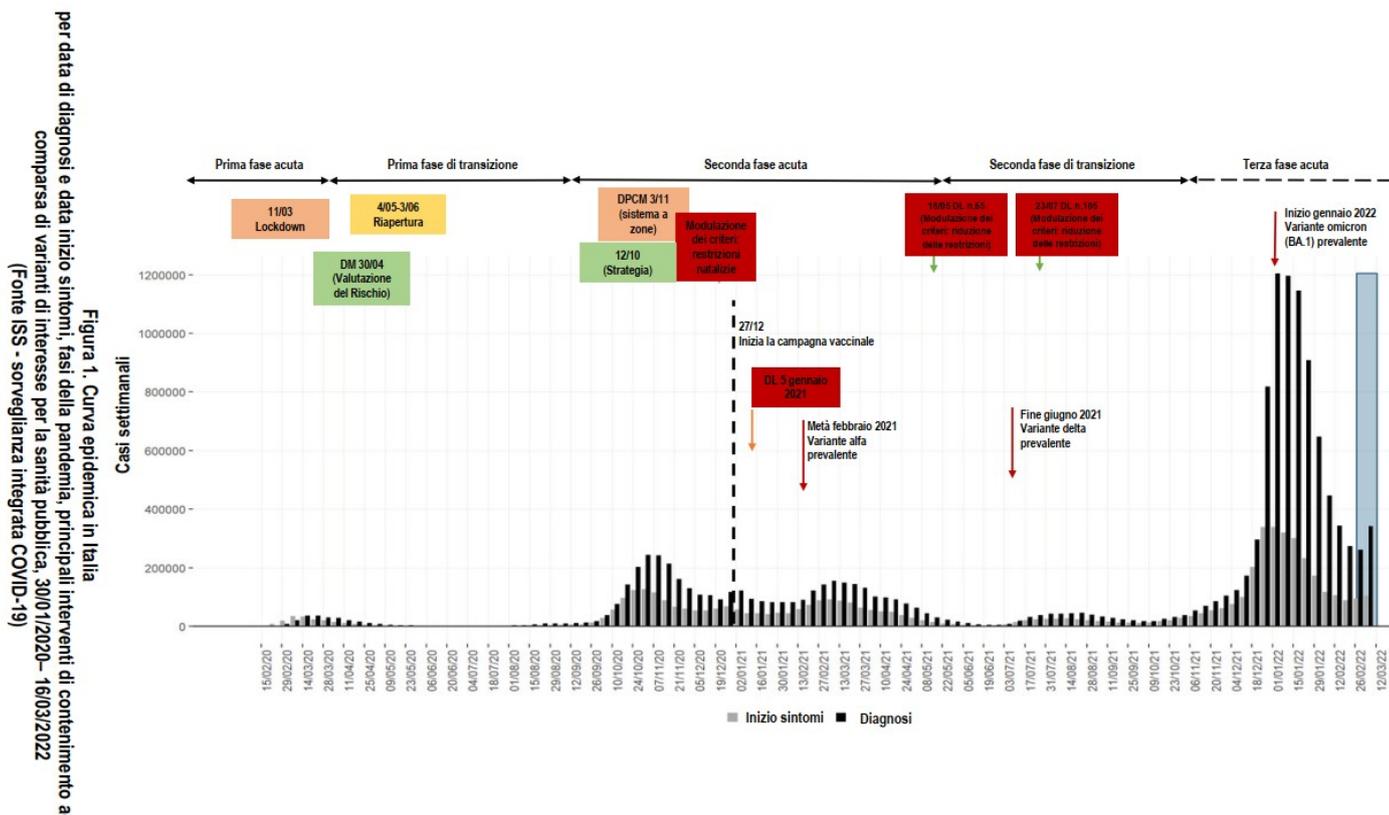
La tesi centrale del Rapporto ISS-MS

Il titolo del Rapporto, da solo, suggerisce che la vaccinazione sarebbe riuscita ad evitare «infezioni da SARS-CoV-2, ricoveri e decessi associati a COVID-19» (gli «eventi») – e, come vedremo, in numeri ragguardevoli. Ci sarebbe riuscita anche solo «direttamente», nel senso che il Rapporto non considera i presunti benefici indiretti, come quelli su chi non si è vaccinato dovuti alla – ipotetica, come vedremo – minore circolazione del virus che sarebbe stata una conseguenza della campagna vaccinale. Gli autori non sono però riusciti a scorporare l'effetto della «vaccinazione» da quello del proseguimento delle norme restrittive su mascherine, circolazione e accesso ai luoghi pubblici (tra cui mezzi di trasporto e luoghi di lavoro), e ancor più dal clima di terrore creato nel 2020-21 nella popolazione e che ne ha reso una parte considerevole “[più realista del re](#)”. Anzi: ISS e MS sottolineano in tale proseguimento «un importante allentamento».

Ecco i risultati secondo il Rapporto (N.B.: tutti i grassetti sono miei):

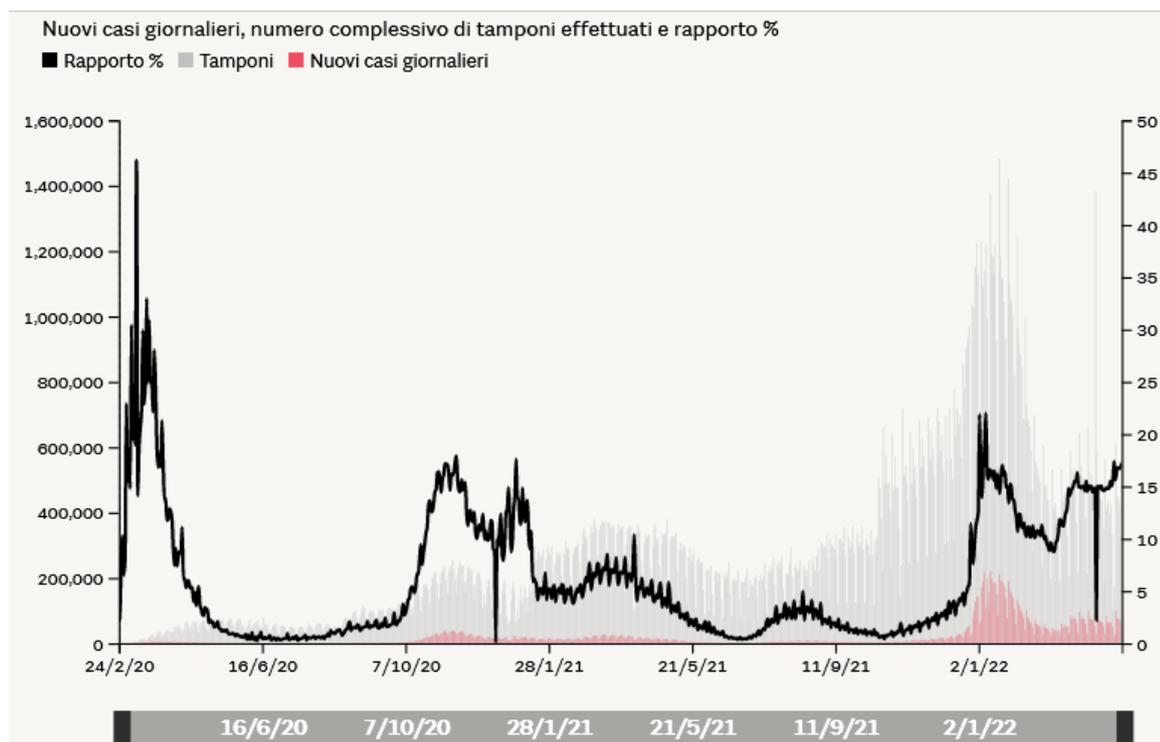
«Complessivamente, durante il periodo analizzato [27/12/2020 - 31/1/2022], **sono stati evitati circa 8 milioni di infezioni, oltre 500.000 ricoveri, oltre 55.000 ricoveri in terapia intensiva e circa 150.000 decessi**. La distribuzione degli eventi evitati non è stata omogenea durante il periodo studiato. Nella prima metà del 2021, **a causa della bassa copertura vaccinale**, il numero di eventi evitati è stato limitato, mentre **nella seconda metà del 2021 e nel mese di gennaio 2022** si stima che la vaccinazione abbia evitato più della metà degli eventi attesi. La vaccinazione anti-COVID-19 ha permesso di ridurre significativamente l'impatto della pandemia in termini di morbilità e mortalità, permettendo **un importante allentamento delle misure restrittive dalla primavera/estate del 2021.**»

Ora, per un apprezzamento preliminare dell'aderenza alla realtà di queste stime è opportuno esaminare il grafico dei “casi” settimanali di covid-19 in Italia durante il periodo considerato. Ecco il grafico che si trova nel Rapporto:



La linea tratteggiata verticale rappresenta l'inizio della campagna vaccinale (27 dicembre 2021). È palese l'aumento dei casi di poco successivo a tale inizio, e da me [già sottolineato in precedenza](#). Ed è impossibile non vedere che **il volume complessivo dei casi in tutto il 2021 è stato nettamente maggiore che nel 2020**. È questo il tipo di effetto che ci si dovrebbe aspettare da una campagna vaccinale **inflitta con sadica determinazione e disprezzo dei diritti civili** per un anno e un mese (e oltre) a segmenti sempre più estesi della popolazione?

L'unica soluzione di questa non proprio piccola difficoltà sarebbe sostenere che il tasso di positività dei tamponi effettuati ([ricordo](#) che l'esito positivo di un tampone è ciò che **significa** "caso covid-19") sia andato diminuendo, anche se di tamponi se ne sono effettuati di più. Ma è vero? Citiamo dal [sito del Sole24Ore](#) il grafico della curva dei tamponi e della percentuale di risultati positivi (**linea nera**):



Come si vede dal grafico, è vero che c'è stato un aumento del numero dei tamponi effettuati – come era pressoché inevitabile, a causa dell'[introduzione del Green Pass](#), in vigore dal 6 agosto 2021, con la necessità di esibirlo anche per svolgere normalissime attività lavorative e di tempo libero. Ma, tenuto conto che tamponi su campioni molto vasti (nell'ordine delle decine o delle centinaia di migliaia), per la maggioranza formati da persone asintomatiche (cfr. [qui](#) e [qui](#)), sono stati effettuati in **tutto** il periodo considerato, è **l'andamento del tasso di positività il criterio più importante** per decidere di quanto i sieri genici sperimentali anti-covid-19 abbiano migliorato la situazione epidemiologica. La linea nera è inequivocabile: il tasso di positività **non** ha mostrato quel declino che un anno di furiosa, fanatica, tirannica campagna vaccinale avrebbe dovuto assicurare (ovviamente non suggerisco che questo eventuale risultato [sarebbe bastato a giustificarla](#), nemmeno se prevedibile con sicurezza).

Esempio: il **7 gennaio 2021** il tasso di positività era il **14,86%**.

Un anno dopo, il **7 gennaio 2022**, stiamo al **22,01%**.

E i nuovi casi giornalieri (le "colline" rosa del secondo grafico) hanno avuto tra la fine del 2021 e i primi mesi del 2022 un evidente aumento rispetto all'anno precedente.

Faccio anche notare che, **senza campagna vaccinale**, i casi sarebbero progressivamente diminuiti dopo il raggiungimento del massimo stagionale per via dell'**immunità naturale dovuta alla**

guarigione di sempre più persone infettate. Come vedremo, questo è ammesso anche nel Rapporto, in un solo punto, ma cruciale per un giudizio sulle sue conclusioni.

Conseguenze associate (non al covid-19, ma) alla vaccinazione

Quanto abbiamo appena visto è il vero “effetto paradossoso” della campagna vaccinale in corso: i casi **non** sono diminuiti, e la meticolosa indicazione (nel primo grafico) dell’entrata in scena delle «varianti» (alfa, delta, omicron) non è accompagnata nel testo dalla doverosa avvertenza che [è la stessa campagna vaccinale che le ha rese epidemiologicamente importanti](#) (come detto, per esempio, anche [qui](#)). E il peggio potrebbe essere ancora di là da venire. Come recita il titolo di un articolo del marzo 2022 di [Geert Vanden Bossche](#):

«La scarsa capacità di neutralizzazione virale in popolazioni altamente vaccinate contro il covid-19 potrebbe portare presto alla **diffusione fulminea di super-varianti di SARS-CoV-2 che sono altamente infettive e altamente virulente nei vaccinati, e al tempo stesso pienamente resistenti a tutti i vaccini anti-covid-19, esistenti e futuri, basati sulla proteina spike.**»

In un articolo del gennaio 2022 di [Peter McCullough e altri](#) si sostiene che:

«la vaccinazione [anti-covid-19], diversamente dall’infezione naturale, **induce una profonda menomazione dell’attività di segnalazione degli interferoni di tipo I, cosa che ha varie conseguenze avverse sulla salute umana.** Spieghiamo [nell’articolo] il meccanismo per cui le cellule immunitarie rilasciano **in circolazione grandi quantità di esosomi contenenti la proteina spike insieme con microRNA critici** che inducono una risposta di segnalazione in cellule ricevitrici in siti distanti. Identifichiamo anche **profonde alterazioni nel controllo di regolazione della sintesi proteica e della sorveglianza del cancro.** Si mostra che queste alterazioni hanno potenzialmente **un nesso causale diretto con patologia neurovegetativa, miocardite, trombocitopenia immunitaria, paralisi di Bell, patologia epatica, menomazione dell’immunità adattiva, aumentata cancerogenesi, e danno al DNA.** Mostriamo prove, tratte dai rapporti di eventi avversi nella base di dati VAERS [Vaccine Adverse Event Reporting System], a favore della nostra ipotesi. **Crediamo che un’esauriente valutazione costi/benefici dei vaccini mRNA li esclude come contributi positivi alla salute pubblica, anche nel contesto della pandemia covid-19.**»

Basterebbero questi due articoli per costringere le autorità europee a bloccare la campagna vaccinale in ossequio al [principio di precauzione](#). Se ciò non avviene, è anche perché per i principali media queste critiche, competenti e argomentate, continuano a [restare invisibili](#).

Eppure oggi tutti dovrebbero sapere che la Pfizer, [costretta da una sentenza di tribunale](#), ha dovuto rilasciare dati che avrebbe preferito rendere noti... tra una settantina di anni (proprio così!), e che [riguardano 1294 patologie](#) che sono state collegate alla vaccinazione **entro il 28 febbraio 2021**. La lista occupa, con le patologie scritte una dopo l’altra, **ben 9 pagine fitte** – ed essendo da allora passato più di un anno non è azzardato supporre che occorra fare anche qualche aggiunta.

Sembrerà brutale, ma a mio parere basterebbe a uno scienziato sanitario in buona fede aver letto questa lista per rifiutarsi di figurare come coautore del Rapporto. E se immagina che siano una collezione di eccezioni a una regola (un po’ troppe, però...), allora dovrebbe consultare Eudra Vigilance, che è l’analogo europeo del VAERS, dove troverà che [al 23 aprile 2022 c’erano state](#) in Europa:

4.190.493 segnalazioni di eventi avversi, di cui 1.914.927 gravi, con 43.898 di decessi.

Tenuto conto della sistematica [sottosegnalazione, per un fattore che va da 20 a 100](#), è chiaro che siamo di fronte a cifre che **non permetterebbero a nessun farmaco “normale” di restare sul mercato.** E di ciò sono perfettamente consapevoli anche le industrie che hanno messo in commercio questi vaccini, e che sanno bene che è solo grazie alle **dichiarazioni di eccezionalità della situazione sanitaria** che hanno potuto vendere ai governi di tutto il mondo quantitativi colossali di farmaci sperimentali.

In un [questionario](#) che la Pfizer-Biontech ha presentato il 30 marzo 2022 all'autorità di controllo della Borsa statunitense, la Securities and Exchange Commission, si elencano, tra i «fattori di rischio» di cui dovrebbero tenere conto gli investitori che intendano acquistare azioni della industria farmaceutica, i seguenti punti:

«• Le nostre entrate **dipendono pesantemente dalle vendite del nostro vaccino anti-covid-19**, e le nostre future entrate dal nostro vaccino anti-covid-19 sono incerte. [...]

• **Potremmo non essere in grado di dimostrare efficacia o sicurezza del nostro vaccino anti-covid-19 e/o di formulazioni specifiche per varianti, sufficienti per ottenere un'approvazione regolatoria permanente** negli Stati Uniti, nel Regno Unito, nell'Unione Europea, o in altre nazioni dove è stato autorizzato per uso emergenziale o gli è stata concessa un'approvazione condizionale per la messa in commercio.

• Potrebbero verificarsi **eventi avversi significativi** durante le nostre prove cliniche, o anche dopo aver ricevuto l'approvazione regolatoria, il che potrebbe ritardare o terminare prove cliniche, ritardare o impedire l'approvazione regolatoria o l'accettazione da parte del mercato di uno qualsiasi dei nostri prodotti candidati. [...]

• Anche se otteniamo una piena approvazione regolatoria per il nostro vaccino anti-covid-19 e prodotti candidati, **potremmo non guadagnare l'accettazione di mercato** tra medici, pazienti, ospedali, centri di trattamento del cancro, altri soggetti nella comunità medica – necessaria per il successo commerciale.»

È una dichiarazione trasparente (anche se è subito accorsa la muta dei soliti cani da guardia a tentare, ma inutilmente, di coprirli con una cortina fumogena).

La prima affermazione dovrebbe essere sufficiente a impedire **per sempre** (ma non succederà) che qualcuno ripeta che per le transnazionali del farmaco i vaccini sarebbero un cattivo affare, e che se li producono sarebbe per connaturata vocazione filantropica...

L'ultima affermazione è particolarmente indicativa, e si può parafrasare così in termini più accessibili: i governi possiamo anche comprarceli, ma potremmo lo stesso non riuscire a convincere tutti i soggetti necessari al successo commerciale. Certo – la Pfizer avrebbe potuto aggiungere, ma sarebbe stato un grave errore di etichetta –, se troviamo governi **così servili verso di noi** da emanare decreti che calpestano i diritti civili, sospendono lavoro e stipendio a chi non si vuole vaccinare, svuotano la professionalità dei medici con raccomandazioni controproducenti, e usano gli Ordini professionali per disciplinare e punire, fino alla radiazione, medici **aventi il solo torto di voler trattare i vaccini come qualsiasi altro farmaco** – be', allora le prospettive per gli investitori **saranno certamente molto più rosee**. Ma neppure la Pfizer può garantire che i governi di tutto il mondo saranno manipolabili e corrotti come gli ultimi governi italiani e in particolare quello attuale, grazie anche all'aiuto della Chiesa Cattolica. La quale è arrivata a **[chiudere un convento di suore di clausura](#)** perché... non si volevano vaccinare (se confrontati con ciò che da due anni succede in Italia, i film di Totò potrebbero essere riproposti come esempi di cinema neorealistico).

Nel seguito cercherò di descrivere il ragionamento con cui il Rapporto dell'ISS e del MS è riuscito a reinterpretare i dati in modo da confortare le raccomandazioni e le decisioni... dell'ISS e del MS.

Il Rapporto svolge in effetti una funzione di **autodifesa**, di fronte al fiume in piena di prove contrarie che minaccia di straripare rovinosamente sugli enti da cui dipendono gli autori.

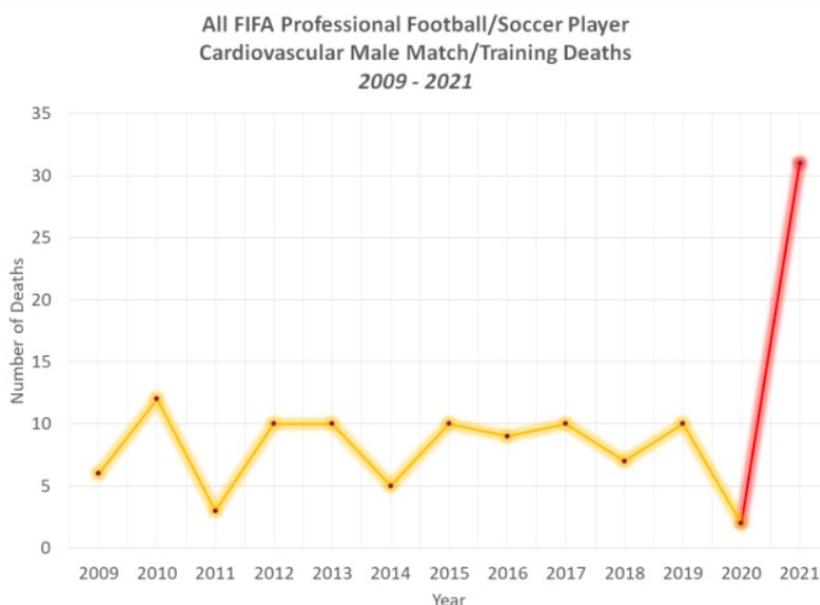
Ovviamente, la diga più efficace sarà quella formata da una massa di cittadini che continuino a vivere nella realtà virtuale laboriosamente sviluppata nell'ultimo biennio, in cui si è arrivati a far invocare dalle agenzie sanitarie italiane ed europee **[l'«ordine pubblico» e il «segreto militare»](#)** pur di non rivelare i dati in loro possesso sulla sicurezza dei vaccini anti-covid-19.

Il concetto principale alla base dell'autodifesa è il solito, che abbiamo già visto all'opera in precedenti rapporti dell'ISS: concentrarsi su «infezioni da SARS-CoV-2, ricoveri e decessi **associati a COVID-19**». Ormai l'abbiamo detto fino alla nausea: una campagna sanitaria, di qualsiasi tipo, mirata a diminuire i danni prodotti da un certo agente biologico/chimico/fisico, **non ha successo se produce danni paragonabili o peggiori**, anche solo su una sottoclasse della

popolazione che da quell'agente non avrebbe verosimilmente patito gravi conseguenze. Questo vale anche senza dover sottolineare, ancora una volta, il carattere largamente arbitrario della "associazione al covid-19".

Una statistica dell'impatto di una campagna vaccinale che **non tenga conto delle invalidità permanenti e dei decessi** che tale campagna è ormai certo aver prodotto **non è degna di un'istituzione pubblica**. Infatti non c'è nulla di cui congratularsi se si sono evitati decessi "associati" al covid-19 (ammesso che questa pretesa sia razionalmente difendibile) con trattamenti preventivi che però **hanno fatto un numero considerevole di vittime**, benché per ragioni "non associate" al covid-19, anche tra quelle che prima erano persone sane.

In particolare che i vaccini anti-covid-19 abbiano provocato malori e morti improvvise per incidente cardiovascolare anche in una fascia d'età (bambini e ragazzi) e in una categoria (gli atleti) in cui eventi simili sono sempre stati considerati come il **paradigma della rarità sanitaria**, è oggi riconosciuto sempre più nella letteratura ufficiale. I giocatori di calcio morti durante una partita o in allenamento **nel solo dicembre 2021** sono stati poco meno della media annuale tra il 2009 e il 2021. Il seguinte grafico illustra l'andamento in questi 13 anni:



Anche nel ciclismo (per esempio alla Parigi-Nizza, alla Tirreno-Adriatico e allo stesso Giro d'Italia) e nel tennis (per esempio al Miami Open) si sono avuti molti casi di ritiro da gare professionistiche di atleti vaccinati, in seguito a malori, con incidenze senza precedenti dello stesso livello.

Che le miocarditi siano una delle reazioni avverse ai vaccini anti-covid-19, soprattutto nei giovani di sesso maschile, è ormai sostenuto in diversi studi e, fin dal giugno 2021, anche dai CDC statunitensi. Uno studio israeliano ha trovato che nei mesi di gennaio-maggio 2021, a confronto con gli anni 2019-2020, c'è stato un aumento del 25% delle chiamate d'emergenza per arresto cardiaco o sindrome coronarica acuta nella fascia d'età tra 16 e 39 anni, associate in maniera statisticamente significativa **con i tassi di 1^a e 2^a dose vaccinale, ma non con i tassi di contagio**. Quindi non c'entra il covid-19, ma l'ennesimo sospetto cade sui vaccini anti-covid-19.

Eventi direttamente evitati

Torniamo al ragionamento del Rapporto. Gli **eventi (negativi)** che sono stati «evitati» grazie a un trattamento preventivo non possono, ovviamente, essere contati, ma solo **stimati**. Si tratta infatti di **misurare qualcosa che non è avvenuto**: che cosa sarebbe accaduto se non avessimo fatto quello che abbiamo fatto. Benché secondo un noto detto "la storia non ammette se", ciò non si deve prendere alla lettera in contesti in cui si possa ragionevolmente dire che una certa situazione si sia ripetuta, per certi aspetti importanti, in luoghi e/o tempi diversi. Ma dovrebbe essere chiaro che

servono **ragioni molto solide** per sostenere la parziale e significativa sovrapposizione tra due situazioni diverse.

Per citare un esempio elementare, l'esperienza ci può aver mostrato che il trasporto di bicchieri di cristallo con un certo tipo di imballaggio ne fa arrivare integri a destinazione, **a parità di altre condizioni che devono però essere esplicitate**, solo l'80%, mentre con un altro tipo di imballaggio ne arrivano integri il 95%. Si può allora dire che il trasporto di 1000 bicchieri di cristallo con il secondo tipo di imballaggio ha evitato, rispetto al primo, la rottura di

$$1000 \cdot (0,2 - 0,05) = 150$$

bicchieri. Questa formula si può scrivere anche nella forma:

$$1000 \cdot 0,2 \cdot (1 - 0,05/0,2) = 150$$

Il termine tra parentesi è l'**efficacia relativa** del nuovo imballaggio (rispetto a quello precedente), che qui è uguale a 0,75 (o il 75%). Se si pensa che l'efficacia relativa possa essere affetta **al massimo** da una possibile incertezza di $\pm 5\%$, si conclude che la stima del numero delle rotture evitate oscilla tra 140 e 160 (questo calcolo è un esempio di ciò che si dice *analisi della sensibilità*). Ovviamente, mentre 1000 è un dato oggettivo (la numerosità della popolazione di bicchieri da trasportare), il rischio di rottura con il vecchio imballaggio (0,2 o 20%) è esso stesso una stima. Essenzialmente la stessa idea è alla base del modello matematico che a molti lettori del Rapporto (in particolare sanitari e giornalisti) potrebbe essere apparso misterioso. Ne riproduco il paragrafo centrale che lo descrive (p. 12):

Si definisce NAV_{kjr} il numero settimanale dei casi evitati nella fascia di età j con $j = 1, \dots, 4$, per la Regione/PA r con $r = 1, \dots, 21$, dallo stato vaccinale k con $k = 1, \dots, K_j$, pari a

$$NAV_{kjr} = \frac{N_{rj} * VE_{kj} VC_{kjr}}{1 - \sum_{k=1}^{K_j} VE_{kj} VC_{kjr}}$$

dove:

- N_{rj} è la media mobile settimanale di eventi osservati di passo tre nella r -esima Regione/PA e nella j -esima fascia di età
- VE_{kj} corrisponde all'efficacia vaccinale mensile per il k -esimo stato vaccinale nella j -esima fascia di età
- VC_{kjr} è la copertura vaccinale settimanale per il k -esimo stato vaccinale, nella r -esima Regione/PA e nella j -esima fascia di età

In realtà, a parte la notazione appesantita da inutili "V come vaccino", la derivazione di questa formula potrebbe essere presentata in una lezione di scuola secondaria superiore.

Le fasce d'età considerate sono 4:

<60 (= da 12 fino a 59 anni); 60-69; 70-79; 80+ (= da 80 anni in su).

Anche gli stati vaccinali considerati sono 4:

«vaccinato incompleto», «vaccinato completo entro 120 giorni»,

«vaccinato completo da oltre 120 giorni», «vaccinato completo con dose aggiuntiva/booster.»

Gli indici in basso (k, j, r) sono importanti, perché chiariscono a che cosa sono relative le quantità N , VE , VC . In altre parole, nelle stime del Rapporto

- la media mobile settimanale **non distingue tra gli stati vaccinali delle persone a cui sono capitati gli eventi;**

- l'efficacia vaccinale mensile **non tiene conto della regione o provincia autonoma (PA).**

Entrambi questi difetti di informazione indeboliscono alquanto il valore delle conclusioni, dato che sarebbe stato altamente desiderabile sapere sia **quanti eventi negativi siano stati osservati per**

ogni dato stato vaccinale (per inciso, è questa assenza di dati più precisi la ragione della forma relativamente complicata del denominatore), sia quale efficacia abbiano i vaccini contro una condizione che, come era già chiaro da due anni, **ha una fisionomia fortemente regionale** (e, anzi, provinciale o addirittura comunale).

Inoltre, nel Rapporto non si fa differenza tra i diversi tipi di vaccino («non è stato possibile aggiustare per alcuni fattori, come il tipo di vaccino [...]»), anche se si sa che le loro efficacie “ufficiali” non sono sovrapponibili.

Il Rapporto omette di considerare gli effetti, in assenza di campagna vaccinale, dell'**immunità naturale**:

«Questa stima [...] non tiene conto di possibili interventi che sarebbero stati probabilmente intrapresi attraverso il sistema di monitoraggio della fase 2 in assenza di vaccinazione, dei diversi comportamenti della popolazione in assenza di una vaccinazione complessivamente efficace [sic!] **e dell'aumento progressivo della immunità naturale nella popolazione.**»

Di fatto, tale «aumento progressivo» **è stato inibito dalla campagna vaccinale**, il che rende la stima presentata nel Rapporto degli «eventi evitati» **semplicemente inservibile**.

Si ammette anche che

«negli ultimi mesi dell'anno 2021 e nel mese di gennaio 2022, dati gli alti livelli di copertura vaccinale, le stime di efficacia potrebbero risentire di uno sbilanciamento nella distribuzione della popolazione fra vaccinati e non vaccinati. **Quest'ultimi rappresentano una fetta molto piccola della popolazione, caratterizzata verosimilmente da fattori di rischio differenti** per i quali non è possibile aggiustare all'interno dei modelli per mancanza di adeguate informazioni a livello individuale (es. aspetti socio-comportamentali).»

Questa affermazione diventa più chiara quando si consultano le stime di efficacia nel prevenire una diagnosi di covid-19, fornite nel Rapporto (Tabella A 2.1, p. 32) a proposito del periodo menzionato nella citazione, e in particolare **quelle oltre i 4 mesi** dalla fine del completamento del ciclo vaccinale. Queste ultime stime presentano,

- per la **fascia d'età <60**: valori tra 52,0% e 60,2%;
- nella **fascia 60-69**: valori tra 57,2% e 67,1%;
- nella **fascia d'età 70-79**: valori tra 51,2% e 63,6%;
- e nella **fascia 80+**: valori tra 64,7% e 75,0%.

Come mai **stime così basse**, se confrontate con quelle mirabolanti, ai limiti del 100%, con cui questi vaccini erano stati promossi, soprattutto per gli ultrasettantenni? **Chi mai, nel secolo scorso, si era vaccinato per vedere la propria protezione abbassarsi in tempi così brevi?**

È proprio per questo che gli autori si avventurano a supporre che i «non vaccinati» potrebbero essere stati in condizioni di rischio inferiore rispetto ai «vaccinati», o meno propensi a sottoporsi a tamponi ecc. – senza però aprire nemmeno uno spiraglio alla possibilità che la loro “non vaccinazione” **possa aver avuto qualche merito nella minore incidenza di diagnosi** rispetto a quanto sperato (si direbbe) dagli autori...

Attenzione: “non confrontare i vaccinati con i non vaccinati!”

La strategia difensiva adottata nel Rapporto non ha niente di originale, ed è per esempio adottata anche in Gran Bretagna, dove non è stato possibile dissimulare che le percentuali di eventi negativi tra alcune (importanti) classi di vaccinati sono **superiori** a quelle delle corrispondenti classi di non vaccinati. Ecco un esempio del fenomeno:

Table 4. COVID-19 cases by vaccination status between week 32 and week 35 2021

Cases reported by week of specimen date between week 32 and week 35 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	167,832	15,901	141,676	8,132	1,366	757	476.0	1,192.9
18-29	176,392	19,529	53,187	4,598	66,545	32,533	711.1	1,520.8
30-39	113,373	12,452	33,986	1,497	22,434	43,004	782.2	1,143.9
40-49	97,881	8,930	15,106	496	6,000	67,349	1,116.2	880.4
50-59	84,488	6,868	7,552	168	2,248	67,652	962.0	729.7
60-69	45,252	3,657	2,650	54	772	38,119	672.3	487.5
70-79	25,499	2,034	910	12	273	22,270	480.5	367.5
80+	12,011	1,124	545	9	246	10,087	391.1	427.4

*Individuals whose NHS numbers were unavailable to link to the NIMS

Nel presentare questa e altre simili tabelle, le autorità inglesi [precisano in nota](#) a un rapporto del gennaio 2022 (cioè **dopo un anno di campagna vaccinale** in Gran Bretagna):

«Il confronto dei tassi di casi [per 100.000] della popolazione vaccinata [con 3 dosi] e di quella non vaccinata **non dovrebbe essere usato per stimare l'effettività del vaccino** contro l'infezione covid-19.»

E perché mai?

«I tassi dei casi nelle popolazioni vaccinata e non vaccinata sono tassi crudi e non aggiustati, che **non tengono conto di sottostanti distorsioni statistiche**, ed è probabile che ci siano differenze sistematiche tra questi 2 gruppi della popolazione. Per esempio:

- il **comportamento relativo al sottoporsi al test** è verosimile sia diverso tra persone con diverso stato vaccinale, e questo creerebbe differenze nella probabilità di essere identificato come caso;
- molti di coloro che erano primi nella coda per la vaccinazione sono **quelli a maggior rischio di covid-19** per età, occupazione, circostanze familiari o sottostanti problemi di salute;
- le persone pienamente vaccinate e le persone non vaccinate **possono comportarsi in maniera diversa**, in particolare rispetto alle interazioni sociali, e quindi possono avere effetti diversi di esposizione al covid-19;
- è più probabile che le persone che non si sono mai vaccinate abbiano preso il covid-19 nelle settimane o mesi precedenti il periodo trattato nel rapporto. **Ciò dà qualche immunità naturale al virus** che può aver contribuito a un tasso di casi inferiore nelle poche settimane precedenti.»

La *seconda* obiezione dipende dall'assumere che proprio sulle persone a cui era stata raccomandata fin dall'inizio, la vaccinazione ha **funzionato così poco** da far diminuire la stima d'effettività (l'efficacia sul campo, quella che poi più dovrebbe interessare) per tutta la corrispondente fascia d'età... È un'ammissione condivisibile, ma ha più peso se riferita all'inizio della campagna vaccinale, **non un anno dopo** (rispetto alla tabella riprodotta qui, si tratterebbe, comunque, di 8-9 mesi dall'inizio).

La *terza* obiezione significa che chi, essendo vaccinato, **pensa di potersi comportare in maniera più libera del non vaccinato si sbaglia**: e sbagliando nuoce alla reputazione del vaccino, abbassandone l'effettività relativa. Se non è ingratitudine questa... Ti vaccini? E allora **per ringraziare il vaccino come merita**, devi osservare le restrizioni imposte a tutti – anzi, con maggiore zelo. Anche questa è un'ammissione interessante.

La *quarta* è un capolavoro di *understatement*. In termini più espliciti, l'immunità naturale successiva a un'infezione (asintomatica nella stragrande maggioranza dei casi) è **a più ampio**

spettro e più duratura di quella “artificiale” del vaccino. Quello che non è chiaro è perché questo fatto non dovrebbe essere incorporato nella stima di effettività del vaccino, quando si consideri che **la vaccinazione non impedisce che poi ci si infetti.**

Ma l’obiezione a mio parere più ridicola all’interpretazione naturale di una tabella come quella sopra riportata (secondo cui i vaccini anti-covid-19 possono essere non solo inefficaci ma **controproducenti**) è la *prima*. Nelle [parole dell’agenzia sanitaria governativa britannica \(UKHSA\)](#) essa è riformulata come segue:

«Le persone che sono pienamente vaccinate potrebbero essere più attente alla propria salute [*health conscious*], ed è quindi più probabile che facciano il test per il covid-19, e così e più probabile che siano identificate come caso [...]

Questo è veramente imperdonabile a un’agenzia sanitaria. Ma non è forse noto a tutti che i vaccinati **evitano** di fare tamponi (con l’appoggio delle stesse normative vigenti) finché non abbiano sintomi significativi? Anzi, che proprio per ottenere questa “licenza” (che è stata anche una **“licenza di infettare”**) la maggior parte di essi si è vaccinata? E quella minoranza che si è vaccinata non per opportunismo, ma in quanto più impegnata a cercare di restare in buona salute, non avrebbe dovuto essere anche più fiduciosa nella capacità dei vaccini di proteggere dall’infezione, **e quindi meno psicologicamente e praticamente “dipendente dai tamponi”**? In Italia è certo che sono stati **di gran lunga** i non vaccinati ad “aiutare” le farmacie ad aumentare il fatturato con un tampone ogni due giorni (15 euro), necessario anche solo **per poter andare a lavorare.**

Insomma, le ragioni ufficialmente addotte per raccomandare di non confrontare i dati riguardanti i vaccinati con quelli riguardanti i non vaccinati **sono prive di valore**, e si rovesciano nel loro contrario per chiunque le faccia oggetto di un minimo di riflessione.

Vaccinati e no

Tornando al passo citato dell’ISS, vi si ammette implicitamente ciò che era stato sostenuto da molti, e cioè che garantire il libero consenso alla vaccinazione anti-covid-19 **sarebbe stato nell’interesse di tutti**, in quanto avrebbe permesso di mantenere un campione sufficientemente grande di individui non vaccinati in tutte le fasce d’età. Un’ipotesi che, ahimè, non si può escludere è che sia stato proprio **per impedire tale confronto in maniera corretta** che si è introdotto l’**obbligo vaccinale e il consenso forzato** (per esempio, con la sospensione del lavoro e dello stipendio).

Ricordo che, al contrario dell’agenzia britannica, l’ISS ha risolto brillantemente il problema dell’interpretazione “pericolosa” (cioè corretta) delle tabelle in termini di efficacia negativa **semplicemente abolendo la categoria dei mai vaccinati**. Infatti i «non vaccinati» nel senso dell’ISS **non sono i mai vaccinati**, il che **compromette l’attendibilità delle stime di efficacia**, da cui dipende in maniera cruciale (secondo la formula matematica sopra riportata) anche la stima di quanti eventi siano stati «evitati». In altre parole, in tutto il Rapporto (e altrove), non sono citati dati che riguardino **esclusivamente** ciò che è successo nel 2021 **a coloro che non abbiano assunto nemmeno una dose**. I «non vaccinati» nel senso dell’ISS **includono** «tutti i casi [...] vaccinati con prima o mono dose nei 14 giorni precedenti la diagnosi».

È un’eccezione innocente? Se si consultano i rapporti dell’Agenzia Italiana del Farmaco, l’ultimo dei quali, [l’11° del 19 aprile 2022](#) (= AIFA 11), copre il periodo dall’inizio della campagna vaccinale fino al 26 marzo 2022, si trovano due dati rilevanti.

Per qualsiasi dose (prima, seconda, terza) e vaccino anti-covid-19, il tempo di insorgenza dei sintomi associati alla vaccinazione da chi ne fa segnalazione (sono sintomi, si noti bene, **che possono generare «eventi negativi» come quelli trattati nel Rapporto!**) è il seguente:

Tabella 2 - Distribuzione delle segnalazioni per tempo di inizio sintomi rispetto alla data di vaccinazione

TEMPO DI INSORGENZA	N° SEGNALAZIONI	%
0 giorni	61.022	45,4%
1 giorno	36.101	26,9%
2-7 giorni	17.320	12,9%
>7 giorni	14.444	10,8%
Non definibile	5.474	4,0%
Totale	134.361	100%

Come si vede, **l'85,2% delle segnalazioni avviene entro 7 giorni dalla data di vaccinazione.**

E quante avvengono dopo la **prima** dose su 100.000 somministrazioni? Sempre da AIFA 11 risulta che sono circa 64, cioè non solo più di quelle dopo la seconda (27) e la terza (8), ma quasi il doppio che per la seconda e terza dose messe insieme. Quindi su 100.000 somministrazioni di dosi, **almeno 54 (l'85,2% di 64) segnalazioni di eventi avversi hanno conseguenze che l'ISS mette a carico dei «non vaccinati»!** Chiaramente una stima di efficacia di vaccini che confronta i vaccinati con quelli che sono, prevalentemente, **anch'essi** vaccinati, anche se non “completamente”, **non può essere presa sul serio.** Da un punto di vista puramente scientifico, è intollerabile che l'ISS non abbia pensato di **dover fornire dati distinti**, mese per mese, sugli eventi capitati ai **mai vaccinati** e quelli capitati ai **vaccinati con 1, 2 o 3 dosi**, ovviamente gli uni e gli altri stratificati secondo la fascia d'età e le precedenti condizioni di salute.

Ciò nonostante, come abbiamo già visto, l'“**esperimento naturale**” della non vaccinazione nel 2020 permette di per sé un confronto con il 2021 che risulta ben poco favorevole alla campagna vaccinale. Ci torneremo in dettaglio nella prossima sezione.

Ricordo infine che l'efficacia (sottinteso: **relativa**) dei vaccini anti-covid-19 è uno dei **punti dolenti** delle loro credenziali. Il Rapporto tenta di ovviare al problema con l'“analisi della sensibilità” del modello statistico (vedi sopra), che consiste nel vedere che differenze ci sarebbero se alle stime di efficacia si aggiungesse o si sottraesse il 5%. Ecco lo schema che viene fornito per i totali:

Tabella 4. Numero cumulato di eventi (diagnosi, ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi) associati al COVID-19 osservati ed evitati dalla vaccinazione in Italia e corrispettivo tasso di incidenza per 100.000 osservato e atteso, 1-31 gennaio 2022

Evento	N. osservato	N. evitati		Tasso osservato per 100.000	Tasso atteso per 100.000	
		Stima	Range (VE ± 5%)		Stima	Range (VE ± 5%)
Diagnosi	4.324.980	5.211.713	(4.307.493-6.375.478)	8.008	17.657	(15.983-19.812)
Ospedalizzazioni	47.444	227.763	(161.047-384.101)	88	510	(386-799)
Ricoveri in TI	3.222	19.166	(13.191-30.801)	6	42	(30-63)
Decessi	10.577	73.861	(48.320-130.238)	20	156	(109-261)

Per esempio, variando del solo 5% in più e in meno le stime delle efficacie (sempre, però, supposte ottimisticamente positive!) il numero totale delle diagnosi evitate oscilla intorno alla stima (5.211.713) tra, rispettivamente, -17% e +22%. Le stime dei decessi oscillano invece intorno alla stima (73.861) tra -34% e +76%. Quindi c'è **una grandissima oscillazione delle stime di eventi evitati in corrispondenza di una piccola variazione nelle stime di efficacia**, che, per le ragioni dette (vedi anche **qui**) potrebbero essere **molto** sopravvalutate: altro che 5%! (**Per inciso:** nei ragazzini di 12-17 anni si è osservata a New York, a distanza di circa un mese, **una caduta**

La 15^a settimana è quella dell'11-17 aprile. La curva del 2021-22 è più irregolare di quella del 2019-20, ma mostra il **consueto declino all'approssimarsi dell'estate**: quando cioè anche l'ISS, come ogni anno, cessa, appunto per la minore entità del fenomeno, di considerarlo degno di attenzione epidemiologica.

Che cosa dicono i dati numerici?

Vedremo adesso che affermazioni come quella che nel 2021 «sono stati evitati [grazie alle vaccinazioni anti-covid-19] circa 8 milioni di infezioni», **non possono essere vere**: sono artefatti del modello e di stime di efficacia irrealistiche.

In tutto il 2020, non solo senza vaccinazioni, ma:

- con una popolazione immunitariamente più indifesa,
- un sistema sanitario allo sbando,
- rimedi farmacologici utili “autorevolmente” sconsigliati,
- e persone convalescenti temerariamente trasferite nelle RSA,

le «infezioni» erano state, in totale, poco più di 2 milioni:

2.107.166

Chi ricorda che (per citare solo una, ma molto significativa, delle tante patologiche decretazioni pseudosanitarie con cui si è soffocata l'esistenza degli italiani per più di due anni) ai **ragazzi dai 12 anni in su** non vaccinati è stato proibito da gennaio fino **al 30 aprile 2022**, e lo era stato senza [Green Pass](#) **a partire dal 6 agosto del 2021**, di frequentare palestre e piscine – un divieto insensato e maligno – non potrà prendere sul serio quello che il Rapporto definisce in maniera tanto melliflua quanto fuorviante «un importante allentamento delle misure restrittive dalla **primavera/estate** del 2021». E meno che mai potrebbe credere che tale «allentamento» avrebbe potuto, senza il “miracoloso” contributo della campagna vaccinale, produrre nel 2021, **oltre a quelle registrate**, ben circa **4 volte le infezioni avvenute negli 11 mesi “pandemici” del 2020!**

Il dato invece che non si può sottovalutare è che in tutto il 2021 (**con** le vaccinazioni) i casi sono stati:

4.018.517

cioè **poco meno del doppio** che nel 2020.

L'ISS adesso afferma che, se non fosse stato per la campagna vaccinale, si sarebbero verificate circa 12 milioni di infezioni, cioè **circa 6 volte** quante nel 2020! Prima di sostenere qualcosa di così inverosimile, che a mio parere conferma solo l'inaffidabilità delle stime e l'ipersensibilità del modello matematico utilizzato, l'ISS avrebbe fatto bene a fornire esempi di altri Paesi in cui, con una copertura vaccinale **molto inferiore a quella italiana**, il numero dei casi avrebbe esibito nel 2021 questo fattore moltiplicativo o uno maggiore.

Penso di sapere perché l'ISS questi esempi non li ha forniti: **non ce ne sono**.

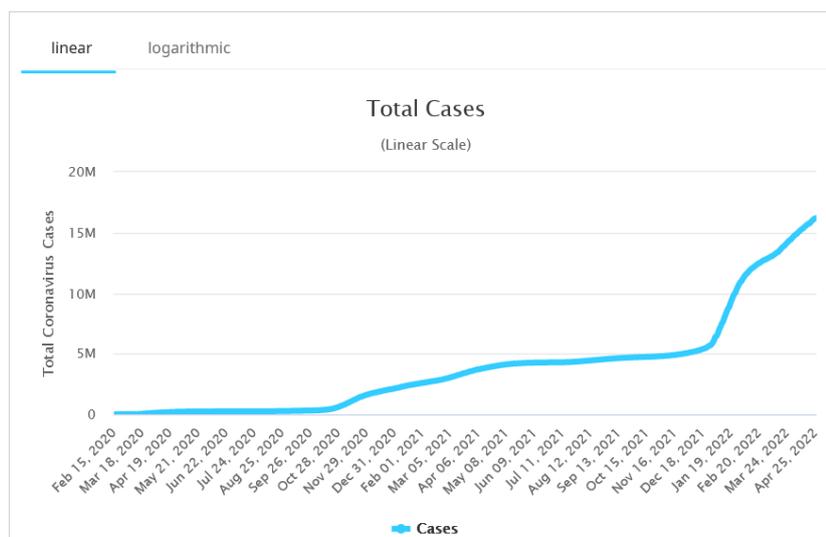
[Consideriamo la Repubblica Democratica del Congo](#) (RDC). È un Paese con 91.640.540 abitanti – diciamo **30 milioni di più dell'Italia** –, e la capitale, Kinshasa, ha 7 volte la popolazione di Roma, con una densità inferiore solo del 16%.

Ora, la percentuale della popolazione italiana che al 26 aprile 2022 era completamente vaccinata (con o senza dose aggiuntiva) era l'**84,1%**.

Invece la percentuale della popolazione congolese che al 6 aprile era completamente vaccinata era **140 volte inferiore: lo 0,6%**. Si può dire senza esagerare che la RDC era **praticamente scoperta**.

Guardiamo l'andamento della curva dei casi totali [in Italia](#):

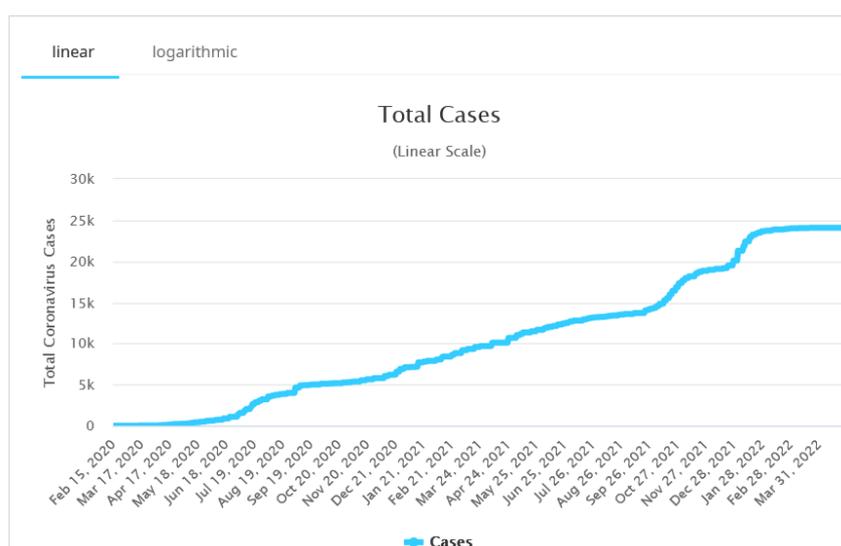
Total Coronavirus Cases in Italy



Questo grafico rappresenta in maniera più semplice i dati che abbiamo già visto sopra e quelli che citeremo in seguito.

Adesso consideriamo la [curva della RDC](#):

Total Coronavirus Cases in Congo



Dall’inizio del 2022 la curva congolese è **chiaramente stazionaria**: la crescita si è sostanzialmente fermata. La curva italiana è invece in **piena ascesa**.

Inoltre nel 2021 i casi nella RDC erano stati **1,8** volte quelli del **2020** – **non certo 6 volte o più**.

“Ma – qualcuno obietterà – anche la curva della RDC è crescente, anzi, leggermente di più di quella dell’Italia.”

Inviterei questo qualcuno a dare un’occhiata alla **scala** dell’asse delle ordinate nei due grafici. Nel caso della RDC c’è “5K” – cioè **5 migliaia**. Nel caso dell’Italia c’è invece “5M” – cioè **5 milioni**! Questo vuol dire che se si volesse includere l’andamento dei contagi della RDC nello stesso grafico dell’andamento dei casi dell’Italia, **il primo sarebbe descritto da una curva... indistinguibile da un segmento dell’asse delle ascisse**.

*“Va bene – insisterà lo stesso qualcuno – ma quello che conta sono i **decessi**, non i **casi**.”*

Piccola considerazione: è interessante che si possa trattare oggi con tanta disinvoltura quella condizione (l’essere positivo a un tampone) che tuttora impedisce **di andare a lavorare prima di**

essersi “**negativizzati**” anche se si è del tutto **asintomatici**. Vorrei sommessamente ricordare che “milioni di casi” significano **centinaia di milioni di ore di lavoro sottratte all’economia nazionale!** (Lo sottolineo per risparmiare al “qualcuno” una seconda replica basata sull’usurato *escamotage* del [lamento sulla spesa sanitaria](#) collegata ai ricoveri ospedalieri targati “**COVID-19**”). Ma veniamo ai numeri dei decessi “**COVID-19**”. Al 26 aprile in Italia ce n’erano stati, in tutto:

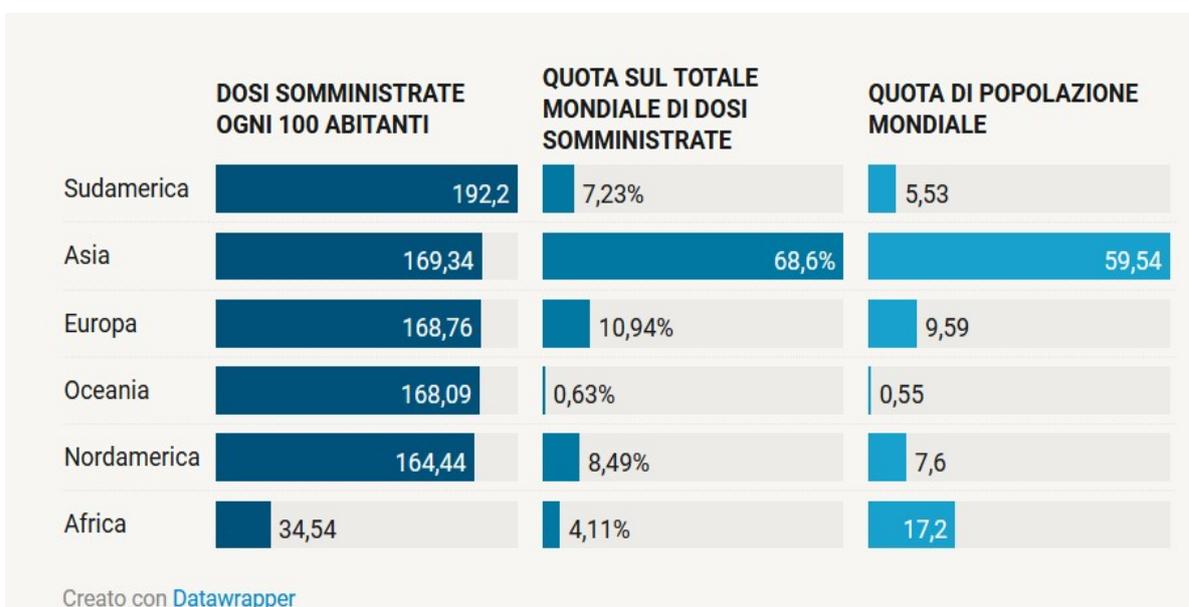
162.927

Invece nella RDC – **praticamente senza copertura vaccinale, ma con 30 milioni di abitanti in più** – i decessi associati al **COVID-19** sono stati:

385

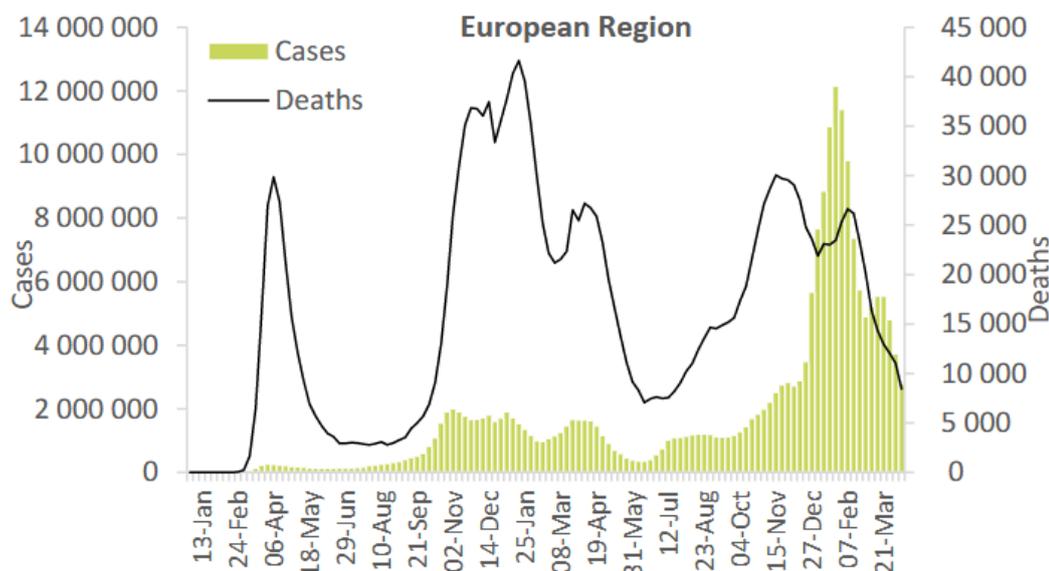
Sì: **trecentottantacinque**. Uno di meno di quanti se ne sono contati in Italia **nel solo 19 marzo 2021** (che è ben lungi dall’aver il primato per numero di morti “**COVID-19**” in un giorno).

Anche se, fin dall’inizio, nei miei scritti sulla “**pandemia**” ho preferito trattare [con particolare attenzione il caso italiano](#), anche perché anomalo sotto vari profili, c’è da dire che la disparità che ho appena indicato non riguarda solo l’Italia. Come si sa, la Regione Europea dell’OMS ha coperture vaccinali anti-**COVID-19** di gran lunga superiori a quelle della Regione Africana. Ecco, dal sito del *Sole 24 Ore*, lo schema della distribuzione delle dosi tra i vari continenti:



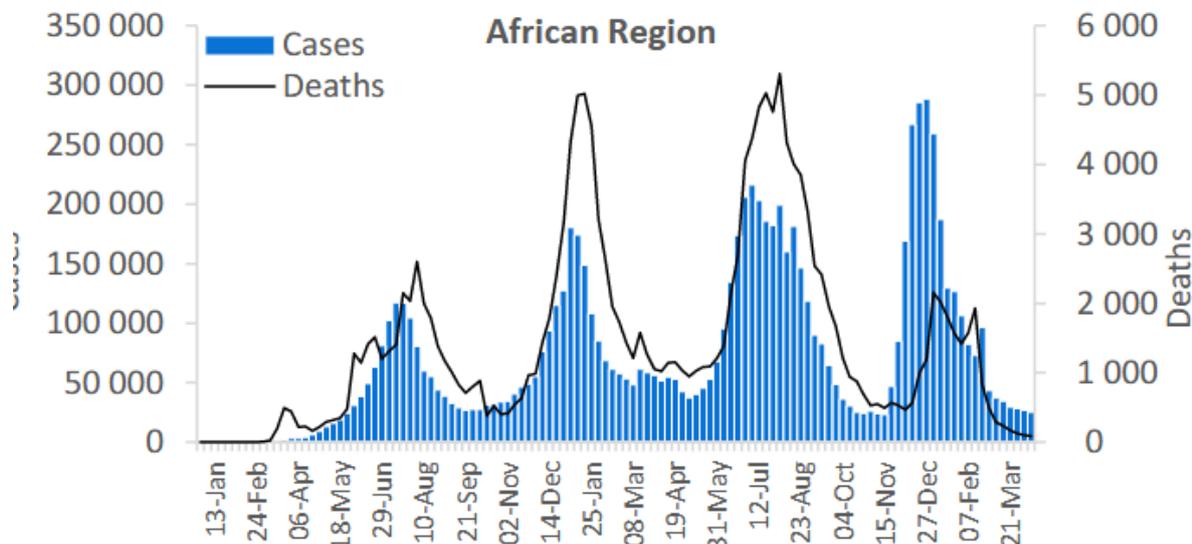
Quindi la popolazione dell’Africa ha una copertura vaccinale circa **4,9 volte minore di quella dell’Europa**.

Ebbene, ecco la situazione della Regione Europea secondo il [rapporto dell’OMS aggiornato al 17 aprile 2022](#):



Credo che anche il più fanatico dei vaccinisti (o dei vaccinolatri – perché per molti, ma non certo per chi ha messo in piedi l'intera operazione, è diventata una religione) non riuscirebbe a ricavare da questo grafico l'impressione che la campagna vaccinale abbia dato il colpo di grazia al covid-19 in Europa...

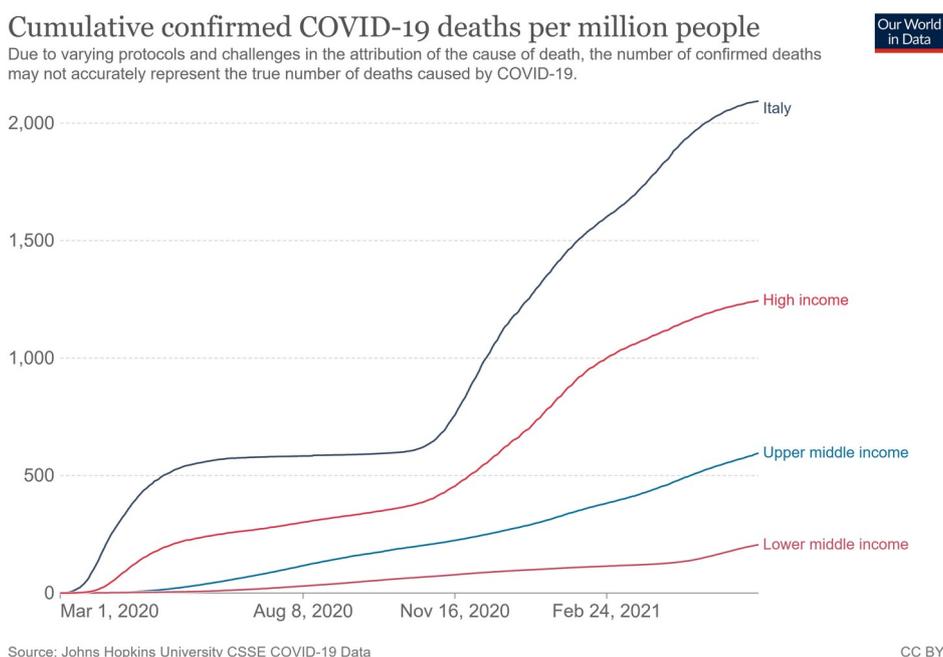
Passiamo adesso alla Regione Africana, sempre secondo lo stesso rapporto dell'OMS:



Anche qui si avrà cura di osservare che le unità sui due assi verticali, sinistro e destro, sono, rispettivamente, **50mila e 1000**; mentre nel caso della Regione Europea sono, rispettivamente, **2 milioni e 5000**. Le linee nere sono, in entrambi i casi, quelle dei decessi.

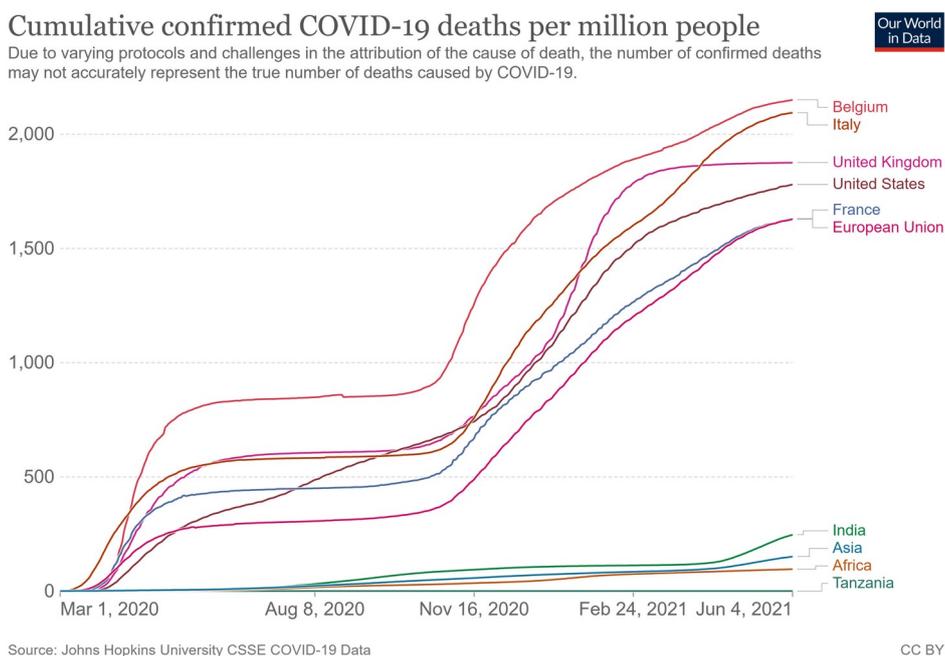
Vale la pena di sottolineare di nuovo che, in questi grafici, quando si legge “Deaths” si parla delle **sole morti associate al covid-19**, non di quelle provocate dai vaccini stessi – le quali, ovviamente, **sono molte di più dove molte più dosi sono state somministrate**.

Grazie al sito “[Our World in Data](#)” possiamo mettere a confronto in uno stesso grafico la **mortalità “covid-19” per milione di persone** nelle aree globali a **basso, medio e alto** reddito, e in particolare nelle regioni europea e africana, aggiungendo l'Italia come termine di confronto:



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

Ed ecco un confronto tra Africa (in particolare la [Tanzania](#)) e Asia (in particolare India) da un lato, e Unione Europea (in particolare nazioni ad alto tasso vaccinale come Francia, Belgio, Gran Bretagna, Italia, Belgio) e Stati Uniti:



Non credo che occorra insistere che, nonostante le diverse incertezze nei conteggi effettuati nelle diverse aree geografiche, il bilancio “covid-19” della Regione Africana, a fronte di una copertura vaccinale **molto inferiore**, è **enormemente migliore** di quello della Regione Europea. Penso che molti ancora ricorderanno le [accurate previsioni ufficiali, un anno e mezzo fa](#), di quello che sarebbe potuto succedere in quella stragrande maggioranza dell’Africa che non si sarebbe potuta permettere una vaccinazione di massa...

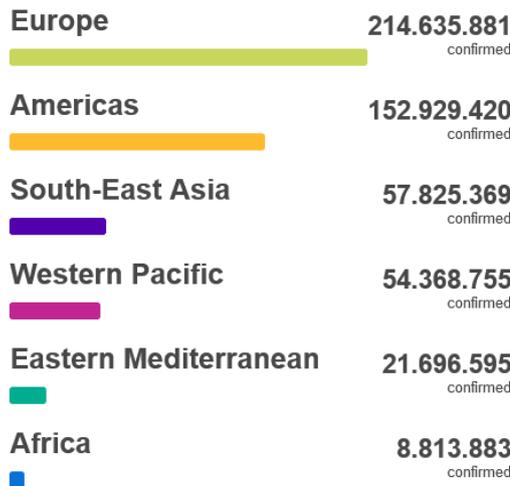
Alcuni avevano arguito (chiaramente **dopo** che le previsioni apocalittiche sull’Africa si erano rivelate fallaci) che in Africa il covid-19 era stato meno pericoloso perché l’**età media** degli africani era più bassa che in Europa e negli Stati Uniti. Ora, in un [articolo di Lancet sponsorizzato](#) dalla Bill and Melinda Gates Foundation, si osserva che, nel periodo precedente le campagne vaccinali, «la nazioni africane sub-sahariane e asiatiche avevano in generale i valori più bassi di IFR, **standardizzato rispetto all’età**, su tutte le fasce d’età». L’IFR (= infection-fatality rate) è la probabilità che un infetto muoia per le complicanze associate all’infezione. Questo dato significa che, **anche rispetto alla stessa fascia d’età**, era meno probabile morire in seguito al covid-19 in Africa che in Europa. E come mai?

Secondo questo studio, le RSA sono state **focolai dell’infezione nelle sue forme letali** ([non esattamente una novità](#)), e più in generale il fatto che l’IFR è maggiore in nazioni con «ben forniti sistemi sanitari» indica che «**fattori al di là della capacità sanitaria**» sono importanti. Ciò è ancora più vero – un punto che adesso approfondiremo – se includiamo nella «capacità sanitaria», **oltre alle sconsiderate raccomandazioni sanitarie dei governi**, quella di vaccinare quante più persone è possibile (ma gli autori hanno deciso di non occuparsi della delicata questione...).

L’impatto globale delle campagne vaccinali anti-covid-19

[Al 19 aprile 2022](#), queste erano le statistiche dei casi di covid-19 totali a livello globale secondo l’OMS:

WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard



Europa e Americhe sono quindi ai primi posti

**sia per coperture vaccinali anti-covid-19,
sia per casi covid-19.**

È difficile capire come si possa considerare soddisfacente una tale situazione, o anche solo **comprensibile** nel quadro di quella esaltazione della campagna vaccinale che ha motivato la stesura, tra gli altri documenti ufficiali, dello stesso Rapporto.

Anche rimanendo in Europa, del resto, si possono trovare Paesi che forniscono un utile termine di confronto. Si prenda la Bielorussia, che ha una popolazione di 6,5 volte inferiore a quella italiana. La sua copertura vaccinale è elevata, ma molto inferiore a quella italiana, essendo arrivata al 17 aprile 2022 [a "solo" il 60% di completamente vaccinati](#):

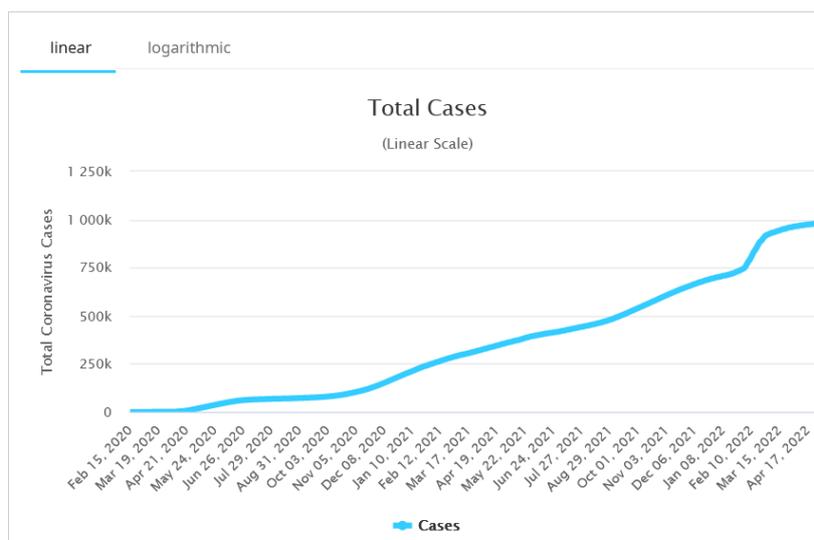
Paese	Data	▼ Dosi somministrate	Dosi ogni 100 ab	% almeno una dose	% completamente vaccinati
Bielorussia	17 apr	12.144.023	129	64,6%	60%

Creato con [Datawrapper](#)

cioè a una percentuale che è stata generalmente considerata [nettamente inferiore a quella sufficiente per avere una ragionevole protezione della popolazione](#).

Eppure questa è la sua [curva dei casi](#):

Total Coronavirus Cases in Belarus



Anche qui si noterà che l'unità di misura sull'asse delle ordinate è 250.000 e non 5 milioni come nel grafico dell'Italia. In tutto, i casi in Bielorussia sono stati **980.828**, contro i **16.523.859** in Italia: cioè non 6,5 volte di meno, ma **16,8 volte di meno**; e i decessi sono stati **6951**, cioè non 6,5 volte meno di quelli italiani, ma **23,4 volte di meno**. Il fatto che i principali media non abbiano mai dato spazio a confronti come quelli presentati in questa sezione conferma che cosa bisogna pensare della [loro integrità professionale](#).

Il fenomeno non riguarda solo i Paesi che abbiamo citato. Ecco una sintesi della situazione che si leggeva in uno [studio del settembre 2021](#):

«A livello di nazione, non appare esserci una distinguibile relazione tra la percentuale della popolazione pienamente vaccinata e i nuovi casi covid-19 negli ultimi 7 giorni. [...] **Di fatto, la linea di tendenza suggerisce un'associazione marginalmente positiva, tale che le nazioni con una percentuale di popolazione pienamente vaccinata hanno più casi covid-19 per milione di persone.** È degno di nota che Israele, con più del 60% della sua popolazione pienamente vaccinata ebbe il numero più alto di casi covid-19 negli ultimi 7 giorni. La mancanza di un'associazione significativa tra percentuale di popolazione pienamente vaccinata e nuovi casi covid-19 è ulteriormente esemplificata, per esempio, confrontando Islanda e Portogallo. **Entrambi le nazioni hanno più del 75% della loro popolazione pienamente vaccinata, eppure hanno più casi covid-19 per milione di nazioni come Vietnam e Sudafrica, che hanno circa il 10% della loro popolazione pienamente vaccinata.**»

Un analista quantitativo, [Joel Smalley](#), ha effettuato uno studio (aggiornato al 2 aprile 2022) sugli effetti delle vaccinazioni di massa anti-covid-19 in 202 nazioni in tutto il mondo, e l'ha compendiato in un video in cui si susseguono i grafici, uno per ogni nazione, che secondo me dovrebbe essere mostrato e discusso nelle scuole e nelle università (e magari nella [Notte Europea dei Ricercatori](#), a ciclo continuo...). Ecco una sintesi delle sue conclusioni:

«C'è una distinguibile riduzione nel tasso della **mortalità "covid-19"** in soltanto 38 delle 202 nazioni studiate (19%). Pertanto, **nella stragrande maggioranza delle nazioni, sia il tasso dei casi, sia quello delle morti "covid-19", dopo le campagne vaccinali, è più alto di prima.**

Di fatto, il tasso di morti "covid-19" (la media **globale** giornaliera per milione) sale da 1,4 a 2,0 dopo l'inizio della vaccinazione di massa, un aumento del 42%. Al diavolo i fattori confondenti! [...]

I tassi di mortalità per tutte le cause sono più alti dopo le vaccinazioni di massa.

Nel 69% delle nazioni che hanno dati sulla **mortalità per tutte le cause** (70 su 101), il tasso dell'eccesso di mortalità cumulativa è **più alto dopo le campagne vaccinali anti-covid-19.** **In nessuna l'eccesso di mortalità cumulativa è più basso** di quello che era al tempo in cui la vaccinazione di massa cominciò.

Di fatto, il tasso di eccesso di mortalità (media **globale** giornaliera di morti per milione) sale da 3,1 a 4,1 dopo l'inizio della vaccinazione di massa, **un aumento del 33%.**

Il tasso dell'aumento di mortalità "covid-19" appare positivamente correlato al tasso di vaccinazione.»

E su questo sfondo – non è chiaro se censurato o ignorato (mai porre limiti all'incompetenza) –, l'ISS e il MS calcolavano i casi **evitati** in Italia dalla campagna vaccinale, trovandone **milioni...**

Difendere l'indifendibile

Ci si può chiedere perché l'ISS abbia accettato il rischio di coprirsi di ridicolo per i decenni a venire pubblicando affermazioni oltre il limite della verosimiglianza. Un rischio piccolo, certo, almeno per il momento, dato che la pubblica gogna è evitata grazie ai principali media impegnati a rilanciare le conclusioni mirabolanti del Rapporto senza entrare nel merito – cioè a continuare il "lavoro" che svolgono "coscienziosamente" da 2 anni.

La risposta non è però tanto recondita. Il Rapporto ha – mi permetto un’ipotesi ragionevole, che è però in linea con altri esempi di prestazioni di dubbio valore ([qui](#) e [qui](#)) – la principale funzione di **dissimulare un dato ufficiale**.

Il dato è che **nei soli primi quattro mesi del 2022**, si sono registrati **più di 10 milioni di casi!** Precisamente fino al **25 aprile** incluso i **casi** sono stati:

10.035.656

In altre parole siamo di fronte a una **crescita più che esponenziale** (il doppio del doppio...) di anno in anno, cioè a una crescita esplosiva (si può seguire giorno dopo giorno questo eccezionale fenomeno consultando la voce “[Pandemia di COVID-19 in Italia](#)” di Wikipedia). Bisogna ammettere che se era **questo** lo scopo della campagna vaccinale – cioè arrivare a far infettare l’**intera** popolazione italiana in pochi anni con il SARS-CoV-2 – allora si può dire che sta avendo un **eccellente successo**.

Il guaio è che a causa dei vaccini anti-covid-19 (disegnati a partire da ipotesi sulla versione **originaria** del virus) le infezioni si sono differenziate rispetto a quella primitiva (**proliferazione delle “varianti”**), e quindi la situazione infettivologica, invece di configurare una tranquillizzante protezione “di gregge” della collettività, è diventata **fortemente instabile** (vedi sopra la citazione di G. V Bosschen).

In breve, sembra probabile che la campagna vaccinale anti-covid-19 non solo non abbia risolto il problema iniziale della diffusione del SARS-CoV-2, ma lo abbia reso **intrattabile**.

Non rivendico nessuna originalità per questa ipotesi. Oggi **molti scienziati governativi, e perfino l’OMS**, affermano la necessità di un richiamo vaccinale **almeno ogni anno**, che si immagina poter essere [calibrato sul tipo di variante del SARS-CoV-2 circolante in quel periodo](#) – un po’ come si fa per le varianti dei virus dell’influenza, per le quali bisogna ogni anno produrre un nuovo vaccino.

Dati i risultati scadenti del vaccino antinfluenzale, che sono più o meno da tutti riconosciuti come tali, l’analogia è tutt’altro che rassicurante. È per questo che l’industria e gli scienziati governativi si sono messi a promettere che si riuscirà a trovare **un vaccino universale, che “copra” tutte le varianti**. Anche Albert Bourla, l’ormai famoso amministratore delegato della Pfizer, dice che ci sono [buone possibilità di arrivarci entro l’anno](#) (e Bourla «[is an honorable man](#)»...).

È una novità? No, è una storia vecchia di **almeno mezzo secolo** (o bisognerà chiamarla “una variante”?). Nel 1973 era stata annunciata in maniera trionfale sulla stampa la scoperta di un vaccino antinfluenzale universale da parte dell’Institut Pasteur, con tanto di avallo di un famoso premio Nobel (vedi [qui](#), pp. 154-5).

Ma, ovviamente, non era vero.

Conclusione

Le evidenze su cui si fondano le stupefacenti tesi del Rapporto sugli eventi negativi che sarebbero stati evitati grazie ai vaccini sono inquinate dalla sovrapposizione temporale con l’impatto di altri cambiamenti (sociali, normativi e climatici) nel modo di affrontare il covid-19 da parte della popolazione italiana, anche secondo direzioni interdette o sconsigliate dalle autorità.

La determinazione a usare come termine di confronto della vaccinazione una categoria ibrida (il “non vaccinato”... che però può aver assunto una dose di vaccino) non permette di ottenere un bilancio coerente dei costi-benefici della vaccinazione di massa.

Il non mettere nel bilancio degli eventi quelli avversi sicuramente causati dalla campagna vaccinale, e sempre meglio documentati nella letteratura scientifica, distorce propagandisticamente il quadro della situazione.

In Paesi con copertura vaccinale enormemente inferiore a quella italiana, i casi di covid-19 si contano in migliaia e non in milioni, e i decessi in centinaia e non centinaia di migliaia. Già solo il fatto che di questi dati l’Istituto superiore di Sanità e il Ministero della Salute non sembrano essersi accorti rende lo statuto scientifico delle loro analisi estremamente dubbio e i loro calcoli un esercizio accademico senza portata reale.

Che su basi così inconsistenti si possa continuare con obblighi vaccinali, decretazioni d'urgenza e richieste di fiducia che hanno di fatto esautorato il Parlamento come organo legislativo è un'offesa reiterata, al tempo stesso, alla scienza e alla Costituzione, [nel silenzio dei garanti istituzionali di quest'ultima](#). **L'unica scelta accettabile, dal punto di vista del diritto e della scienza, è arrestare la campagna vaccinale – per tutte le età, ma con la massima urgenza per quanto riguarda giovani e bambini.**

Esemplari sentenze di tribunale (a cui avrebbe dovuto essere concesso di diritto visibilità sui principali canali televisivi, e non solo su una televisione finanziata da libere donazioni di cittadini – vedi [qui](#) e [qui](#); per un importante precedente si veda la [sentenza del giudice di pace di Frosinone](#)) stanno facendo sgretolare il castello di artificiose menzogne, scientifiche e giuridiche, che ha imprigionato la vita degli italiani per due anni e mezzo.

Purtroppo, non c'è nessun meccanismo istituzionale autocorrettivo su cui si possa fare affidamento, e chi ha portato l'Italia (e il mondo intero) fino a questo punto lotterà con ogni mezzo, e sfruttando tutte le complicità ottenute nelle istituzioni scientifiche pubbliche e private, nella politica e nella magistratura, per sottrarsi a un giudizio che non potrebbe finire se non con la condanna.

Inserito: 6 maggio 2022; aggiunta: 7.V.2022; refuso p.7: 18.II.2024
Scienza e Democrazia/Science and Democracy
www.hansruesch.net/sci-dem