

## Considerazioni sul primo anno di una strana campagna vaccinale

Dobbiamo pianificare la libertà, e non solo la sicurezza, se non altro perché solo la libertà può rendere sicura la sicurezza.

*Karl R. Popper*

“Più della stessa cosa” è una delle più efficaci ricette per un disastro che si sono evolute sul nostro pianeta

*P. Watzlavick*

Introduzione.....	1
Sondaggi?.....	2
L’invisibilità del dibattito sulla campagna vaccinale.....	3
Giornalismo?.....	4
Successo e fallimento.....	5
Nessun disaccordo?.....	7
Tacite ammissioni.....	9
Farmaci sperimentali.....	10
Prove cliniche.....	11
La fiducia è una cosa seria.....	14
Vaccini anti-covid-19: che cosa si afferma su di essi?.....	14
Pretese mutevoli.....	16
“Ma è colpa delle varianti!”.....	17
Etica e diritto.....	18
Che cos’è un “vaccinato”?.....	18
Rischi.....	19
I «non vaccinati» negli ospedali.....	20
Letalità: come quella del complesso delle similinfluenze.....	21
«Nove volte più alto».....	22
Rischio relativo.....	23
Reazioni avverse.....	24
Mortalità e vaccini anti-covid-19 – aspetti giudiziari.....	25
Mortalità e vaccini anti-covid-19 – aspetti statistici.....	27
“No-vax”.....	28
Conclusione.....	29

### Introduzione

C’è bisogno di dire altro sulla campagna vaccinale anti-covid-19? Secondo me tutto ciò di essenziale che doveva essere detto per orientare i cittadini a una decisione razionale lo è già stato da un anno o quasi (da me e da altri).

Eppure in ogni ora del giorno e della notte i principali media e i nostri presunti rappresentanti politici continuano instancabilmente a dire – no, non occasionali inesattezze, ma **il contrario della verità**. E la verità è che siamo testimoni di un **gigantesco fallimento di misure sanitarie**, che era prevedibile, era stato previsto e, **come vedremo, è tacitamente ammesso anche dalle autorità**, ma che soggetti economici e politici capaci di influenzare il governo e il sistema dei media in Italia e

nel resto del mondo cosiddetto “sviluppato” volevano e sono riusciti a imporre a una cittadinanza terrorizzata.

I principali media, con il conforto di istituti che stanno dilapidando sconsideratamente la propria reputazione – come il Censis («*Da oltre 50 anni interpreti del Paese*») –, cercano di rappresentare quello che si potrebbe più realisticamente descrivere come il conflitto tra una maggioranza di illusi e ossequiosi alle direttive del governo e una minoranza (ma crescente) di resistenti all’inganno, come la **riedizione di un mitico conflitto tra scienza e antiscienza** – la scienza essendo, per fortunatissima coincidenza, rappresentata dalla suddetta maggioranza. Insomma, dopo essere stati ammorbati per due anni con il vaniloquio che «la scienza non è democratica», scopriamo adesso che la verità scientifica è... ciò in cui crede la maggioranza.

A chi si meravigliasse di questi voltafaccia va ricordato che mentre la coerenza è il cardine del discorso razionale, **la propaganda non è un discorso razionale**, e quindi fa volentieri a meno della coerenza ogni volta che torni utile violarla. Ciò spiega anche come grotteschi personaggi (anche in posizioni di responsabilità politica) che si sono distinti per le più spericolate e ingiustificate giravolte, oltre che per gravi errori di fatto, possano ancora essere intervistati come pozzi di saggezza, senza che sia mai loro ricordato che avevano sostenuto, pochi giorni o poche settimane fa, tesi opposte e/o fatto affermazioni provatamente false.

È chiaro che l’appello alla razionalità, in una situazione come questa, sarà ascoltato solo da pochi. Per capire che cosa stia succedendo in Italia (e altrove) penso che più che l’ennesima discussione analitica (come è, prevalentemente, quella che io stesso sto adesso proponendo), sarebbe molto più indicata la lettura del classico di Robert Cialdini, *Influence – Science and Practice* (in particolare il 4° capitolo, sulla psicologia sociale del conformismo).

## Sondaggi?

[A proposito del Censis](#), è lecita la seguente domanda. Questo istituto statistico ha sottoposto a un campione di cittadini un questionario che comprendeva, tra gli altri, due quesiti:

- 1) *se i vaccini anti-covid-19 siano farmaci sperimentali*;
- 2) *se la Terra sia piatta*.

Domanda retorica: si tratta di quesiti che possono figurare **insieme** in un sondaggio di opinioni con legittime aspirazioni scientifiche?

Al quesito 1) il 31,4% del campione intervistato ha risposto SÌ – e **ovviamente**, mi dispiace per il giudizio che bisogna trarne sulle competenze del Censis, **ha ragione nel senso più rigorosamente documentabile del termine**. Un farmaco la cui sperimentazione non è stata completata resta **un farmaco sperimentale**, anche se lo si è autorizzato (non approvato) in considerazione di una ipotetica [situazione di emergenza priva di alternative](#). In particolare, i genitori che fanno somministrare ai propri figli i cosiddetti vaccini anti-covid-19 li stanno trattando (per lo più perché vittime di un inganno, è chiaro) **come cavie** – e questa non è un’opinione, ma un fatto (si veda anche [qui](#) e [qui](#)). Non cessa di essere un fatto solo perché presidenti, ministri e autorità varie dichiarano il contrario – e nemmeno se lo dicessero in coro con tanto di accompagnamento musicale: in tal caso l’unico dubbio sarebbe su chi ha scritto lo spartito.

Per quanto riguarda 2), il Censis ha trovato, nel suo campione (ma loro, con tipica modestia scientifica, dicono: «gli italiani») «il 5,8% sicuro che la Terra sia piatta, precipitando così in un sorprendente rigurgito premoderno».

Questo risultato mi ha colpito. Si dà infatti il caso che, per una insolitamente ricca conoscenza internazionale di scienziati dei più vari settori ed indirizzi, ho conosciuto anche molti scienziati e appassionati di scienza ma non professionisti (quelli che chiamo [laici](#)) i quali, presi insieme, dubitavano di molti dei capisaldi della scienza contemporanea. Eppure non ho **mai** incontrato **nessuno** che ritenesse probabile, per non dire «sicuro», che la Terra sia piatta. Neanche uno solo, neanche per scherzo. Invece secondo il Censis questi, già solo in Italia, sarebbero **milioni!**

Detto questo, mentre ho rispetto (come l'aveva Albert Einstein – bisogna pur ispirarsi a un modello) per gli eretici e i dilettanti della scienza, non vorrei avere niente a che fare con chi ha un livello di conoscenza **storica** così **disperatamente basso** da sentire in sé il «rigurgito» di associare la tesi della “Terra piatta” con il «premoderno» – e su queste basi imbarcarsi in un'indagine sull'«irrazionalità», senza rendersi conto di **esserne proprio lui un esponente** (ammessa la buona fede, ovviamente).

## **L'invisibilità del dibattito sulla campagna vaccinale**

La prova che la scienza è ben diversa dalla propaganda che ci sta inondando da quasi due anni, e di cui la maggioranza dei cittadini è vittima, è che il dibattito, anima del progresso scientifico, è stato sistematicamente censurato.

I medici sono stati sottoposti a procedimenti disciplinari, e addirittura radiati, se hanno espresso opinioni su come affrontare la “pandemia” in disaccordo con le raccomandazioni del Ministero della salute. Qualcuno dice: è giusto, visto che, disobbedendo, facevano rischiare la vita ai loro pazienti. No, nella fattispecie è proprio il contrario: **li guarivano**. Le loro opinioni si sono dimostrate di gran lunga più corrette, **sul piano dell'efficacia clinica**, di quelle ministeriali! In altre parole, è stato punito il medico che guariva i suoi pazienti contro le direttive ministeriali, invece di avviarli, con la benedizione del Ministro e del Presidente del consiglio, ai reparti ospedalieri di urgenza e/o al cimitero. Ippocrate redivivo sarebbe sicuramente rimasto stupito.

Il fatto che la professione medica sia governata da Ordini dei medici che trattano i medici come caporali o soldati semplici **dovrebbe far protestare tutti i medici degni di esercitarla** – intendo protestare apertamente e visibilmente, non nella forma di sfoghi privati o anonimi. Se lo facessero in numero sufficiente potrebbero rendere inevitabile **una radicale riforma di Ordini che stanno da anni screditando, esautorando e snaturando la professione**. Che una **protesta di vaste dimensioni** sia in corso tra i medici di tutto il mondo è attestato da dichiarazioni [come la seguente](#), su cui tornerò.

La stessa università pubblica è ammutolita – con relativamente poche eccezioni, che ammontano a qualcosa come [il 2% della classe docente e ricercatrice](#) – in un momento in cui sarebbe stato suo dovere mostrare ai cittadini che finanziare la ricerca e l'istruzione superiore non significa alimentare forme di artificioso parassitismo, ma garantire la presenza di una **coscienza critica istituzionalizzata**, pronta a intervenire con autorevolezza e a viso aperto in ogni caso in cui il potere giustifichi il proprio operato con argomentazioni o pretese scientifiche abusive. Non mi pare che in [novant'anni dall'ignominiosa resa incondizionata](#) al giuramento al regime fascista, che fu rifiutato solo dall'1% dei docenti universitari italiani, si possa dire che in questa categoria professionale siano stati fatti passi da gigante nel senso della responsabilità civica. Immaginando – ottimisticamente – che 90 anni sia il tempo di raddoppiamento della percentuale degli universitari sensibili alla questione dei diritti civili, per superare il 50% ci vorrebbero altri 4 secoli. Dalla qualità delle dichiarazioni di un noto [filosofo-psicologo-giornalista](#) e professore emerito, e dal puerile compitino firmato nientemeno che da un centinaio di [«filosofi e intellettuali italiani»](#), si intuisce che potrebbero anche non bastare.

Il rifiuto del dibattito nella sfera pubblica non è mai stato così evidente come nel proliferare di una specie di “caporali della verità scientifica”, **spesso privi di qualsivoglia competenza** (come nel caso di tanti “opinionisti” o “sondaggisti” su giornali e telegiornali), ma con licenza di assegnare patenti di incompetenza o «irrazionalità» a chiunque dissenta dalla versione ufficiale.

Eppure è evidente che se si muovono critiche ragionate e di merito ai consulenti governativi – per esempio al Comitato Tecnico-scientifico (CTS) o all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (e lo hanno fatto diversi scienziati, me compreso) – **dovrebbero essere loro stessi a replicare** in maniera puntuale e documentata, non i suddetti “commissari”.

Naturalmente lo scopo, quando si contrappone – [per esempio](#) – un'autorità in materia di comunicazione medica con una delle tante nullità giornalistiche che infestano gli studi televisivi, è

**già raggiunto prima che aprano bocca:** suggerire al telespettatore che **il primo** (l'autorità vera) **non si merita come interlocutore niente di più** (che una nullità giornalistica).

## Giornalismo?

Le notizie più curiose e accattivanti sono state censurate pur di non mettere “**idee sbagliate**” (cioè, traducendo dalla Neolingua corrente, **giuste**) nella testa dei lettori e telespettatori. Ecco tre esempi, che per l'onore dei paladini dei vaccini anti-covid-19 (i **vaccinisti**) – soprattutto quelli che pensano che **associare la parola “scienza”** alle proprie opinioni abbia la virtù taumaturgica di **farle diventare scientifiche** – sarebbe altamente desiderabile che fossero altrettante fandonie:

### Ristorante chiude per Covid, 11 positivi su 12: l'unico negativo non è vaccinato, “tutto è iniziato quando un dipendente è stato male con febbre a 39, era vaccinato con due dosi”

11 delle 12 persone che lavoravano in un ristorante di Pescara sono risultate positive al Covid: la maggior parte era stata vaccinata con due dosi

A cura di Beatrice Raso 8 Agosto 2021 17:38

SCIENZA E SALUTE

### Regno Unito: 4.700 contagi al concerto riservato ai possessori del Green Pass

25 AGOSTO 2021 - 14:00 90290

### Scoppia focolaio nella squadra di basket serie A2 di Udine. Tutti i giocatori sono vaccinati ad eccezione di uno solo guarito dal covid ad agosto



eVenti Avversi



Novembre 17, 2021

ITALIA



6167



3 minute read

Purtroppo per i vaccinisti **queste sono invece notizia vere (qui, qui e qui)**: e sarebbero state capaci di interessare una vasta porzione dell'opinione pubblica, se non altro perché sorprendenti rispetto a quanto si sente dire costantemente (cfr. la fantomatica «**pandemia dei non vaccinati**»). Ipotizzo che se fossero state annunciate – come meritavano – in un **telegiornale nazionale**, avrebbe stimolato dibattiti leggermente più interessanti di quelli sulle **piroette della falsa fronda governativa**. Però i direttori dei canali RAI/Mediaset/Cairo non si turbano per così poco: notizie come queste non le presenterebbero con adeguato risalto **nemmeno se fossero certi di triplicare così il proprio pubblico**. Chi pensava che per giornali e televisioni “l'audience è tutto” ha avuto in questo biennio innumerevoli **controesempi** di tale opinione, diffusa ma disperatamente falsa, sulla funzione dei media.

Un mese e mezzo fa un conduttore televisivo, **nel corso di una trasmissione**, ha fatto cadere un libro sul pavimento, e rivoltosi a una partecipante che aveva poco prima criticato la faziosità del giornalismo «mainstream», le ha chiesto: «Senta, mi dica: io lascio cadere questo libro, no?, [e lo fa cadere] È la forza di gravità: questo è mainstream?».

Per un momento si poteva pensare che l'analogia fosse tra la caduta del libro e il calo della protezione conferita dai vaccini anti-covid-19 – be', in tal caso **sarebbe stata una buona metafora**.

Purtroppo sembra di capire che il conduttore intendesse che la visione propagandata dal giornalismo **governativo** (come si vede, la lingua italiana ha un'adeguata traduzione per "mainstream", almeno in materia di covid-19) è di evidenza paragonabile a quella della caduta di un grave. L'Ordine dei giornalisti avrebbe dato per una volta un senso alla propria esistenza "disciplinando" quel giornalista (e altri presenti), ma anche questa occasione è andata persa.

Nel frattempo procedeva, e ancora continua, l'atroce [tortura giudiziaria](#) di Julian Assange (una concreta metafora di che cosa sia il libero giornalismo oggi), nel silenzio della stragrande maggioranza dei suoi "collegli", italiani e non.

Complessivamente, l'unico merito finora accertabile dei "caporali della verità scientifica" è il loro apparente impegno nel combattere la **discriminazione**. La discriminazione, cioè, contro chi esercita la prostituzione nel senso tradizionale del termine – e il loro modo di combatterla è di esibire un modello di comportamento pubblico analogo, ma di gran lunga più socialmente dannoso. Niente di nuovo, dato che l'analogia fu schiettamente esposta da [un famoso giornalista statunitense](#) intorno al 1880. La lingua italiana non ha avuto in questo caso la versatilità dell'inglese, in cui si è potuto recentemente coniare per tale modello di comportamento un termine molto felice:

«[presstitute](#)» (comunque anche l'inglese sembra per il momento in difficoltà per trovare termini brevi ed espressivi, dei quali c'è **urgente bisogno**, per "prostituzione scientifica" e "prostituzione accademica"). Di esso la cosiddetta informazione "covid-19" ha offerto in questo biennio numerosi esempi che saranno di grande aiuto, per spiegare il concetto, agli autori dei prossimi manuali di scienze della comunicazione e sociologia dei media (ecco [un altro esempio](#), che supera anche l'"ordinaria indecenza").

Si noti, sul piano fattuale, che questo accostamento non si basa su vaghe ipotesi circa la psicologia di certi giornalisti, ma ha un riscontro oggettivo in **atti legislativi**, come per esempio il decreto-legge **19 maggio 2020**, n. 34 (art. 195: [«Fondo emergenze emittenti locali»](#)), dove si legge:

«Al fine di consentire alle emittenti radiotelevisive locali di continuare a svolgere il servizio di interesse generale informativo sui territori attraverso **la quotidiana produzione e trasmissione di approfondita informazione locale a beneficio dei cittadini** [sic!], è stanziato nello stato di previsione del Ministero dello sviluppo economico **l'importo di 50 milioni di euro per l'anno 2020**, che costituisce tetto di spesa, per l'erogazione di un contributo straordinario per **i servizi informativi connessi alla diffusione del contagio da COVID-19**. Le emittenti radiotelevisive locali beneficiarie si impegnano a trasmettere i messaggi di comunicazione istituzionale relativi all'emergenza sanitaria all'interno dei propri spazi informativi.»

Insomma, che ciò che è stato dato in pasto alla maggioranza dei cittadini per due anni sia stato **giornalismo prezzolato** non è un'insinuazione, ma un fatto che dovrà essere riportato nei libri di storia del XXI secolo. E che il comportamento servile dei giornalisti di regime sia stato giudicato molto positivamente dai loro "datori di lavoro" è confermato dal recente [stanziamento di 2,5 miliardi di euro di denaro pubblico](#) per colmare l'enorme buco di bilancio dell'Istituto di previdenza dei giornalisti.

## Successo e fallimento

Premessa (già da me fatta da molti mesi): i vaccini anti-covid-19 sono chiamati così per suggerire un'analogia **che non c'è** con i vaccini tradizionali. Si tratta di farmaci di nuova concezione e che non erano mai stati utilizzati su niente che si avvicinasse a questa scala. Come ha spiegato [in un brillante intervento](#) Peter Doshi del *BMJ*, si è arrivati a far cambiare all'inizio del 2021 (tra il 18 e il 26 gennaio) la voce "vaccine" in uno dei più famosi dizionari della lingua inglese (il Merriam-Webster) per perfezionare questo **trucco da imbonitore**. Nel contesto covid-19 bisognerebbe quindi scrivere sempre "vaccini" (e derivati) con le virgolette, e se non lo faccio è solo per non appesantire la scrittura.

Entriamo adesso nel merito: come si fa a vedere se una campagna vaccinale è riuscita o ha fallito?

Innanzitutto, **prima di promuoverla** si sarebbe dovuto definire **sotto quali condizioni** la si sarebbe giudicata **fallita**.

Non è un paradosso, ma un requisito minimale per poter presentare come scientificamente fondata una tale campagna. Un celebre epistemologo, Karl Popper, sostenne che una teoria è scientifica solo se nella sua formulazione sono indicate condizioni sotto le quali dovrebbe essere considerata in disaccordo con fatti osservabili (o **falsificata**), e quindi da scartare. Spostare o modificare arbitrariamente il traguardo via via che l'esperienza si incarica di mostrare il mancato raggiungimento di quello prefissato **significa agire da pseudoscientisti**.

Benché sulle posizioni di Popper si sia sviluppato un ampio dibattito nell'ultimo mezzo secolo, questa sua intuizione circa la natura della scienza empirica – peraltro anticipata in termini sostanzialmente identici **da diversi grandi pensatori, compreso Einstein** – si può considerare corretta, e tanto più corretta quanto più delimitato è il campo di indagine di cui si occupa la teoria in esame.

Diamo un esempio che ci servirà nel seguito. Dire:

*“il vaccino Pfizer-Biontech (o Astra-Zeneca ecc.) funziona”*

**non configura, come tale, una tesi scientifica**, perché non include la specificazione di sotto quali condizioni la considereremmo confutata dai fatti. Non si tratta di ambire alla “purezza metodologica”, ma di **poterci far guidare affidabilmente da quella opinione**. E cioè:

- In primo luogo, quale **tipo e livello di protezione** il vaccino conferirebbe all'individuo vaccinato?
- E poi: a quale **copertura vaccinale** – cioè a quale percentuale di vaccinati e di quali classi (sesso, fasce d'età, professioni ecc.) – si considererebbe “protetta”, **e in che senso**, la popolazione?
- Ed **entro quanto tempo** dal raggiungimento della fissata copertura vaccinale si realizzerebbe la suddetta protezione della popolazione?

Se non si precisano questi parametri **non si sta facendo scienza, ma solo gettando fumo negli occhi e alimentando illusioni nella cittadinanza** – e basta questo a far sorgere nel cittadino consapevole sospetti del tutto giustificati di finalità non sanitarie.

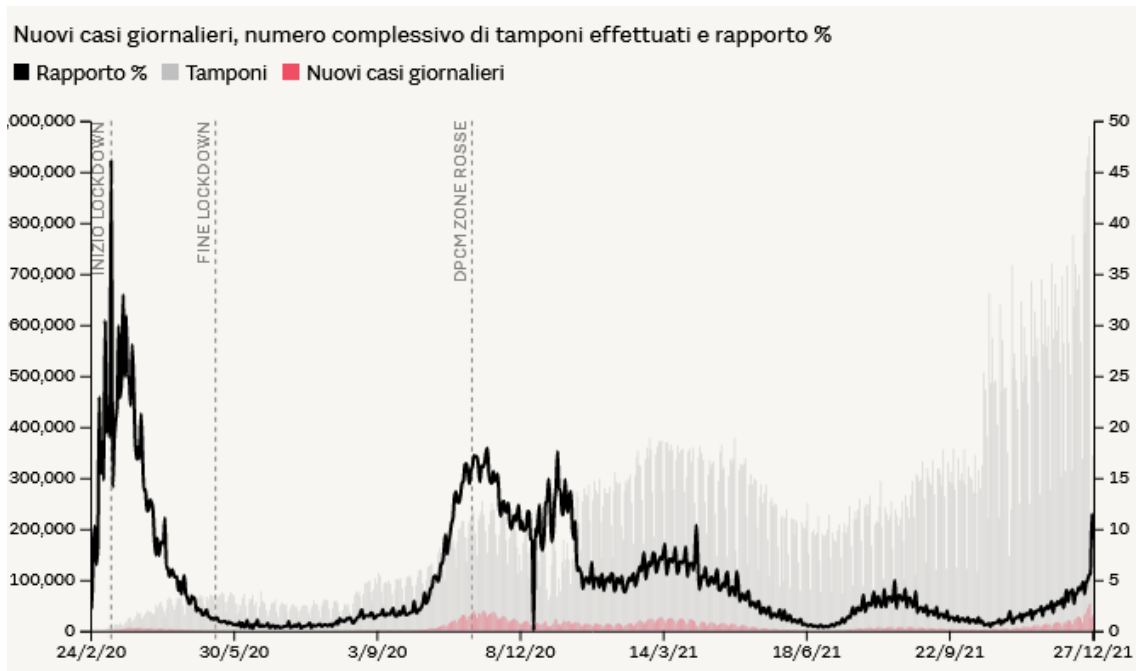
Per esempio, il 4 ottobre 2020 il prof. Crisanti [dichiara](#): «L'immunità di gregge si raggiunge **tra il 63 e 70%** della popolazione». Il 25 dicembre 2021, però, lo stesso scienziato [polemizza duramente](#): «Se fossi stato lì presente, gli [a Draghi] avrei chiesto che fine ha fatto l'immunità di gregge, **con la quale hanno veramente confuso gli italiani fino a pochi mesi fa**».

Con maestri di pensiero di tale limpidezza penso che la confusione degli italiani non sia straordinariamente difficile da spiegare.

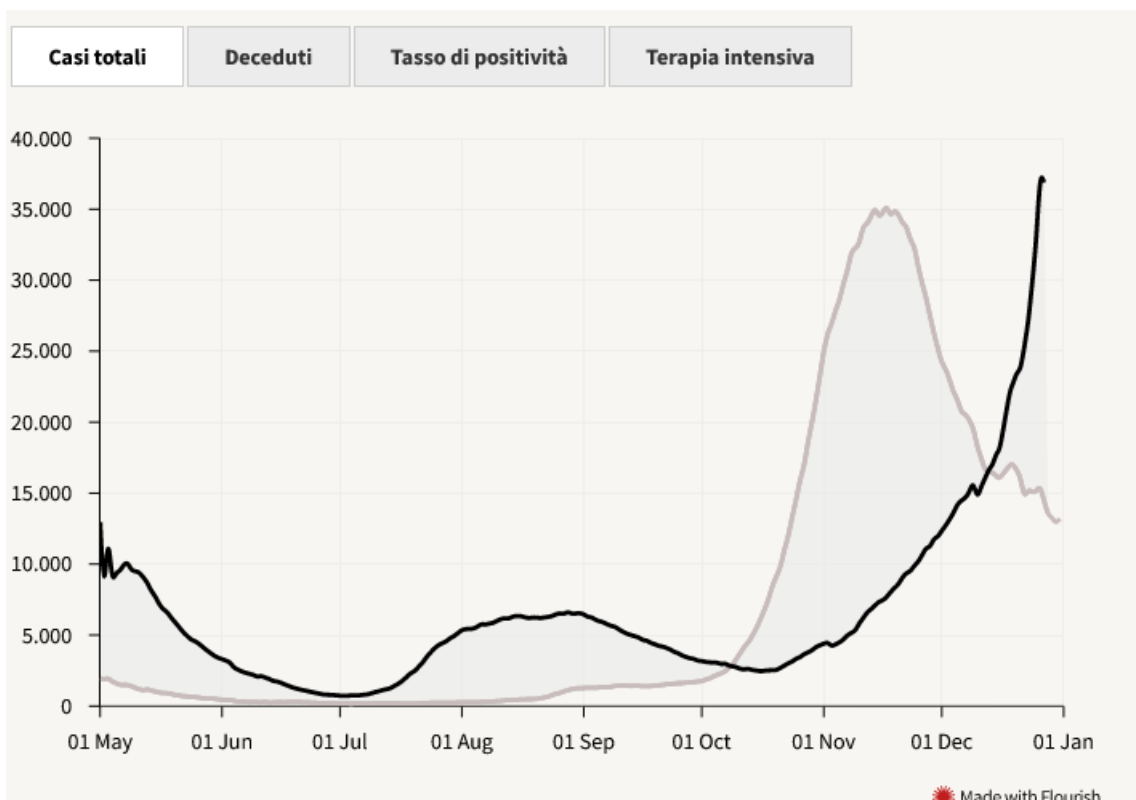
In ogni caso, il «[Piano vaccinale anticovid](#)» della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in data **13 marzo 2021**, poneva come obiettivo la «vaccinazione di massa (**almeno l'80%** della popolazione [vaccinabile, cioè dai 16 anni in su] vaccinata) entro il mese di settembre». Ecco come descrive la situazione l'**11 dicembre** il sito del *Sole24Ore* sotto il significativo titolo “[Quando raggiungeremo il 90% di vaccinati?](#)”:

«L'80% della popolazione vaccinabile è stato raggiunto il **9 ottobre 2021**, in linea con le previsioni del governo per fine settembre. **Per arrivare al 90%, nuovo target per poter alleggerire l'obbligo di green pass**, a questo ritmo ci vorrebbero 2 mesi e 9 giorni.»

Veniamo così a sapere che l'obiettivo logistico prefissato (cioè quante persone vaccinare entro quando) era stato raggiunto. **Invece il traguardo sostanziale (o “bersaglio”, target) è stato nel frattempo modificato**. Cioè è **cambiata** l'ipotesi sull'effetto che ci si aspettava dalla campagna vaccinale e sul raggiungimento della immunità di gregge. O, per essere ancora più chiari, si ammette, **anche se solo implicitamente**, che l'ipotesi originaria è stata **falsificata**. Dal [grafico sottostante](#) si vede che i casi hanno ricominciato a partire da poco dopo il raggiungimento del traguardo originario:



Un grafico ancora più chiaro è quello che confronta il 2021 con il 2020:



**La linea scura è quella corrispondente al 2021.** Come si faccia a considerare un successo una campagna vaccinale il cui effetto sui “contagi” è quello rappresentato dai due grafici qui riprodotti (i numeri si possono trovare muovendo il mouse sui grafici originali nel sito citato) costituisce un problema più difficile da risolvere di quello circa le origini del SARS-CoV-2.

## Nessun disaccordo?

Un aggiornamento per la [questione](#) delle origini del SARS-CoV-2, ma anche per molte altre, è offerto da una autorevole [denuncia al Tribunale Penale Internazionale](#) del 6 dicembre 2021, che avrebbe dovuto “fare notizia” in tutti i telegiornali. Occorre aggiungere che ciò non è accaduto? Uno dei firmatari della denuncia è Mike Yeadon, ex vicepresidente e direttore di ricerca in farmacologia respiratoria alla Pfizer.

Tornando alla trasmissione della “caduta del libro” sopra citata e risalente al **23 novembre 2021** una “giornalista scientifica” (pochi minuti prima di distinguersi per l’[argomento più ridicolo finora formulato](#) per negare a Luc Montagnier autorevolezza nel suo giudizio negativo sui vaccini anti-covid-19) [dichiarò](#):

**«Il problema è che non c'è nessun disaccordo nella comunità scientifica, è inutile che continuiamo a dirci che ci sono degli scienziati che pensano che non si debba vaccinare, che pensano che il vaccino crei dei problemi, che pensano che il vaccino non è utile, non c'è questo disaccordo nella comunità scientifica, è una cosa che continuiamo a ripeterci per accreditare qualcosa che non esiste.»**

Di fronte a queste affermazioni il conduttore non ha fatto una piega (e non ha neppure fatto cadere un altro libro a scopo dimostrativo). Eppure bastava una semplice ricerca su Internet per dimostrarne la falsità. Ecco [un documento datato 9 maggio 2021](#) e firmato da 57 eminenti scienziati; vi si legge, in particolare:

**«Malgrado inviti alla prudenza, i rischi della vaccinazione per il SARS-CoV-2 sono stati minimizzati o ignorati dalle organizzazioni sanitarie e dalle autorità governative.**

Facciamo appello al bisogno di un dialogo pluralistico nel contesto delle misure sanitarie, sottolineando questioni critiche che richiedono risposte urgenti se desideriamo evitare una erosione globale della fiducia pubblica nella scienza e nella sanità.»

Forse questi dubbi erano stati risolti nel frattempo? Il **12 settembre 2021 è stata presentata a Roma una dichiarazione, poi firmata da ben 10.000 (diecimila)** tra scienziati e medici, e che è nota come la [dichiarazione di Roma](#), nella quale si presentano le seguenti tre risoluzioni:

**«Che i bambini sani non siano soggetti a vaccinazione forzata.**

**Che persone naturalmente immuni guarite dal SARS-CoV-2 non siano soggette ad alcuna restrizione o a obblighi vaccinali.**

**Che tutte le agenzie e istituzioni sanitarie cessino di interferire con i medici che curano i loro pazienti individualmente.»**

Nel video collegato il testo completo della dichiarazione, con ulteriori preziose osservazioni, è letto da **uno dei creatori della tecnologia dei vaccini mRNA**, Robert Malone. L’eminenza scientifica di Malone [non è bastata ad evitargli la chiusura della sua pagina Twitter](#), seguita da più di **mezzo milione** di persone (ricordare quanto detto sopra a proposito della “audience”).

Oppure si può consultare la lista di scienziati che ha sottoscritto la richiesta di un **«immediato blocco dei "vaccini" sperimentali anti-covid-19»**, promossa dal [Consiglio Mondiale per la Salute](#).

Oppure si può sentire la lucida e informativa audizione del dottor [Vladimir Zelenko](#) (subito rimossa da Facebook).

O infine (ma solo per farla breve) si può ascoltare l’[ormai celebre intervento](#) di Peter Doshi all’audizione convocata dal senatore statunitense Ron Johnson il 3 novembre 2021: **sono solo 5 minuti**, e di una chiarezza tale che il fatto che alcuni “caporali della verità” abbiano pensato che necessitassero di un’interpretazione, piuttosto che di un “mea culpa” da parte loro, basta a mostrare la pochezza intellettuale ed etica della categoria.

Ora, da un giornalista non si pretendono elevate capacità di analisi e consapevolezza metodologica, ma almeno **di riconoscere un fatto quando ne vede uno** (figuriamoci se sono... diecimila). È sconcertante che, in materia di covid-19, siano considerati accettabili negli studi televisivi esempi di così scarsa professionalità che costerebbero il posto a un cronista di un giornale locale.



Una testimonianza che fa capire come sia in funzione una macchina della disinformazione globale **impegnata a negare anche le verità più fattuali e palesi sul lato oscuro delle vaccinazioni anti-covid-19** è quella di [Astrid Stuckelberger](#). Si tratta di una studiosa con un'esperienza di oltre 30 anni come ricercatrice sanitaria, ha lavorato dal 2009 al 2013 all'OMS nel settore "pandemie", ed è autrice di 180 articoli scientifici e 12 libri. Direi che in termini di competenze settoriali rilevanti per trattare della questione covid-19 e di come affrontarla, il suo parere, **da solo**, dovrebbe avere maggior peso di tutta la corte dei miracoli di ospiti fissi, scientifici e giornalistici, della televisione italiana **messi insieme** (la scienza non è democratica – giusto? –, quindi quanto ho appena detto non dovrebbe in linea di principio scandalizzare nessuno).

Ora, secondo la dr. Stuckelberger (e altri scienziati) le analisi di laboratorio dei sieri anti-covid-19 hanno mostrato contenuto pericoloso per la salute e già solo per questo le vaccinazioni **dovrebbero essere bloccate immediatamente**:

«È a causa del contenuto dei vaccini. Dopo 30 anni di ricerca so che non hai bisogno di fare altra ricerca se si hanno uno, due, tre studi di dettaglio e cerchi sotto al microscopio prove di concetto. Quello che vedi sotto al microscopio è una prova sufficiente. Se fino a dieci esperti in tutto il mondo vedono la stessa cosa sotto al microscopio, questo è abbastanza. **Vedono nei vaccini grafene, parassiti, metalli... È per questo che dobbiamo bloccare la vaccinazioni e mettere al bando tutte le iniezioni [anti-covid-19]. Quelli che continuano dovrebbero essere perseguiti.**»

Mi sembra abbastanza per concludere che il disaccordo nella comunità scientifica circa il valore dei vaccini anti-covid-19 **è tutto fuorché un'invenzione**. Certo, si può non essere d'accordo con questo o quello scienziato, ma in chi non vede il **macroscopico disaccordo**, anzi, lo nega formalmente, **c'è di sicuro qualcosa che non va**.

## Tacite ammissioni

Del resto, che la campagna vaccinale non sia stata affatto un successo è ammesso tacitamente anche dalle autorità sanitarie, che sono state costrette, **appunto dall'insuccesso**, a prendere le seguenti misure:

- 1) hanno **aumentato la copertura vaccinale necessaria** nella popolazione vaccinabile (come abbiamo visto, dall'80% al 90%);
- 2) hanno **ampliato la stessa popolazione vaccinabile**, includendo prima, [a partire dal 28 maggio](#), i ragazzi dai 12 ai 15 anni, e poi, [a partire dal 16 dicembre](#), i bambini dai 5 agli 11 anni;
- 3) hanno **irrigidito le regole sulla circolazione delle persone**, con l'introduzione, dapprima, del "Green Pass" il 6 agosto (una versione perversa dell'omonimo certificato dell'UE) e, poi, del Super Green Pass (o Green Pass rafforzato) dal 6 dicembre (misure che stanno compromettendo gravemente la stagione turistica invernale, [per non dire di quel «Natale» che si diceva di voler «salvare»](#));
- 4) pur adottando lo slogan della «pandemia dei non vaccinati» (**traduzione**: i vaccinati sono protetti), sono partiti con la somministrazione di una **seconda** dose per il vaccino autorizzato come **monodose** Johnson & Johnson, e con la **terza** dose per il vaccino presunto a due dosi Pfizer, permettendo anche la «vaccinazione eterologa», cioè l'alternanza tra diversi tipi di vaccini (in Isarele, dove si somministra il solo vaccino Pfizer, si è arrivati intanto ad autorizzare la 4ª dose, [anche se ci sono esitazioni su quando cominciare](#));
- 5) hanno stabilito, in contrasto con lo scopo stesso del Green Pass europeo (che era di **facilitare l'attraversamento delle frontiere** tra i Paesi dell'UE), che **il certificato di vaccinazione presentato all'ingresso in Italia (riconosciuto come Green Pass europeo) non basta se non è accompagnato da un tampone negativo** (salvo [deroghe](#));
- 6) hanno prorogato in Italia il 14 dicembre lo **stato di emergenza fino al 31 marzo 2022**.

Il punto 3) è particolarmente istruttivo: chi è sprovvisto della “certificazione verde rafforzata” o “Super Green Pass” non può oggi andare praticamente in nessun luogo pubblico, e anche all’aperto (in comune, questo, con chi ne è provvisto) deve indossare la mascherina al primo avvistamento di un altro essere umano. Ebbene, in queste condizioni **come si fa a ipotizzare che un’eventuale diminuzione dei “casi” sia accreditabile alle coperture vaccinali?** E come farebbero i non vaccinati a propagare l’eventuale contagio, ammesso che ne siano stati colpiti loro stessi? Forse che dopo l’entrata in distribuzione dei vaccini il covid-19 avrebbe cambiato le sue modalità di trasmissione interumana? I vaccini anti-covid-19 sono efficaci contro il malocchio?

Il punto 4) è particolarmente indicativo del torbido clima pseudoscientifico in cui è stata condotta l’intera operazione: da chi mai era stato provato che l’effetto protettivo non raggiunto con 2 dosi lo sarebbe stato con 3? In quale testo di farmacologia è provato che un farmaco inefficace a un certo dosaggio diventerà efficace nel senso desiderato se si aumenta il dosaggio, **e non virerà, piuttosto, verso un diverso effetto?** Nel caso della “terza dose” questa eventualità è già stata **sollevata sulla base di dati**. E quali studi approfonditi erano stati fatti sul **tipo di aumento** delle reazioni avverse **nel caso della somministrazione di 3 dosi invece che di 2?** Probabilmente gli stessi effettuati per permettere la **vaccinazione eterologa**: cioè **nessuno**. Eppure l’aumento potrebbe essere più che lineare, e anche “solo” quello lineare sarebbe un’enormità: senza studi specifici, e della giusta durata (appunto almeno i 10-15 anni che sono stati la media per tutti i precedenti vaccini), **era impossibile effettuare una predizione attendibile**. E come fanno, allora, le agenzie regolatorie a ripetere la melensa litania che «i rischi sono inferiori ai benefici»? **Quali rischi e quali benefici? E di chi?**

Di fatto non è nemmeno univoco il significato di “funziona” in questo contesto (per non dire dell’ormai celebre «**funzionicchia**» di un **barone accademico** trasformato in oracolo della scienza medica – miracoli della televisione di regime). Dire se un vaccino “funzioni” non richiede affatto lo stesso tipo di prove, e **non ha nemmeno lo stesso significato**, che dire se funzioni un asciugacapelli.

Poiché certi personaggi si ostinano a diffondere confusione presso l’opinione pubblica, ricorderò qualche concetto essenziale.

## Farmaci sperimentali

Quando una casa farmaceutica propone a un’agenzia regolatoria un certo medicinale per l’immissione in commercio, allega alla domanda i dati di sue sperimentazioni che, in primo luogo, dimostrino la cosiddetta “efficacia” (concetto altamente problematico) del medicinale contro la condizione indesiderata (diciamola X) per cui il medicinale è stato sviluppato, e in secondo luogo la sua “sicurezza relativa”, cioè se la sua insicurezza sia adeguatamente controbilanciata dall’efficacia e dai danni associati all’evoluzione di X.

Poiché ultimamente capita di sentire qualcuno accusare le agenzie regolatorie di non aver valorizzato gli esiti di certi esperimenti su animali che facevano sospettare il peggio, questione di cui mi sono occupato in generale ampiamente **altrove**, mi limiterò qui a precisare che i “modelli animali” sono **una parte del problema della efficacia e sicurezza dei farmaci**, e non certo la loro soluzione. E affidare problematiche sanitarie a scienziati che hanno spietatamente eseguito esperimenti (insensati anche dal punto di vista scientifico) su animali per tutta la loro carriera è un **evidente azzardo**.

Del resto, la sicurezza dei vaccini anti-covid-19 era impugnabile (**ed era stata impugnata**) sulla base di esperimenti su animali **già da oltre un anno**. Se la vivisezione fosse qualcosa di più di una tragicommedia pseudoscientifica, ciò avrebbe dovuto rallentare drasticamente il processo di autorizzazione dei vaccini. Ma, come accaduto praticamente sempre, non l’ha fatto.

Oppure si consideri un **articolo recente**, che ha scoperto che **sui topi** la nanoparticella lipidica utilizzata come vettore nei “vaccini” Pfizer e Moderna è «altamente infiammatoria». Perché questo

esperimento? Lo studio è stato intrapreso per “spiegare” effetti avversi **riscontrati sugli umani** quali «dolore, gonfiore, febbre e sonnolenza» – che sono **notoriamente** indicatori di infiammazione, ma erano stati interpretati dai difensori d’ufficio di tali vaccini (indovinate un po’) come risposta immunitaria e quindi prova dell’efficacia del vaccino. Verosimilmente ciò darà impulso a una serie di nuovi esperimenti su topi che allungheranno la lista delle pubblicazioni di ricercatori biomedici in tutto il mondo... Ma c’è veramente qualcuno con un minimo di conoscenze della storia recente della medicina e della sanità che penserà che quello che non riescono a produrre le statistiche sugli innumerevoli eventi avversi negli umani, cioè **un drastico mutamento di strategia sanitaria**, potrebbe mai produrlo l’ipotesi di un’analogia con la fisiopatologia umana di certi effetti riscontrati su topi?

Una questione ancora più fondamentale è se si possa considerare seria una procedura in cui le agenzie regolatorie non hanno la possibilità di effettuare verifiche per conto proprio ma devono limitarsi a valutare l’incartamento fornito da chi, ovviamente, ha un solo interesse: farsi autorizzare il medicinale. E chi è che fa richiesta di tale autorizzazione? **I principali finanziatori di quelle stesse agenzie, cioè le industrie farmaceutiche.** La questione ammette quindi una risposta semplice e chiara: **no, non è una cosa seria.**

In altre parole, siamo costretti a ragionare su procedure di autorizzazione e approvazione di farmaci che una persona ragionevole non accetterebbe per basare su di esse l’acquisto di un’automobile usata o la scelta del ristorante dove organizzare una festa (in epoca pre-covid-19, naturalmente).

## **Prove cliniche**

I dati sottoposti all’agenzia (per esempio alla FDA negli Stati Uniti, o all’EMA nell’Unione Europea) per l’approvazione di un trattamento della condizione X dovrebbero includere la documentazione di una sperimentazione **clinica** soddisfacente alle seguenti condizioni:

- A) **La popolazione dell’esperimento era rappresentativa di quella a cui è mirato il trattamento (in particolare, sufficientemente numerosa).**
- B) **La popolazione era stata divisa in due rami, del tutto simili per quanto riguarda la condizione X.**
- C) **A uno dei rami era stato somministrato il trattamento in esame, all’altro un trattamento del tutto simile, ma neutro (un placebo).**
- D) **La somministrazione era avvenuta senza che né ai soggetti né agli operatori sanitari né a chi doveva alla fine valutare gli effetti fosse noto, prima del completamento dell’esperimento e della valutazione, quali soggetti avessero ricevuto il medicinale e quali il placebo.**
- E) **Il punto finale della sperimentazione (cioè l’obiettivo misurabile che dovrebbe distinguere il trattamento dal placebo) era stato fissato anticipatamente.**
- F) **Era stato prefissato l’arco di tempo entro il quale studiare gli effetti del trattamento.**
- G) **Erano stati monitorati scrupolosamente gli effetti avversi del trattamento, investigandoli attivamente, piuttosto che restando in attesa di eventuali segnalazioni volontarie.**
- H) **I dati forniti alle agenzie erano completi e valutabili indipendentemente per quanto riguarda la loro integrità.**

Commentiamo brevemente questi punti.

### **A) Popolazione rappresentativa**

Ciò significa, per esempio, che se il farmaco è destinato ai bambini di 5-11 anni, la popolazione su cui è stata fatta la sperimentazione dovrebbe essere appunto di questa fascia d’età. **Non basta averlo sperimentato su persone dai 16 anni in su.** Oppure, se il farmaco è un analgesico contro i disturbi mestruali, non basta averlo sperimentato su una popolazione di maschi.

Inoltre, sempre per esempio, se l’effetto che ci si aspetta dal farmaco è piccolo, la popolazione dev’essere grande. Quindi un farmaco destinato a bambini di 5-11 anni nei quali una certa malattia guarisce quasi sempre senza specifici interventi (come succede per il covid-19), **potrebbe** esibire un

impatto positivo solo su un piccolo residuo “sfortunato”: ma allora occorrerà studiare una popolazione molto grande per poterlo misurare.

Poiché data la disinvoltura esibita dalle autorità sanitarie nell’estendere ai ragazzi e ai bambini la vaccinazione anti-covid-19 qualcuno potrebbe pensare che queste considerazioni siano di natura solo teorica, bisogna dire subito che **così non è** e che prove cliniche che soddisfacessero le esigenze qui delineate **non sono state eseguite**.

#### B) Due rami simili

È un requisito tutt’altro che facile da soddisfare, tranne – e questo nemmeno sempre – per la numerosità dei due rami. Valgono le considerazioni del punto 1), stavolta relative ai due rami e alle caratteristiche e circostanze che possono influire sull’impatto, positivo o negativo, del farmaco.

#### C) Trattamento e placebo

Per esempio, se si tratta di un farmaco iniettabile, anche il placebo deve esserlo; se è una pasticca con certi eccipienti, anche il placebo deve averli; se ha una certa posologia (cioè tempi, modalità e dosi), deve essere la stessa anche per il placebo ecc. E il placebo deve soddisfare due condizioni conflittuali: da un lato non deve avere effetti, dall’altro la sua somministrazione deve stimolare **una risposta non specifica** simile a quella del medicinale, che, in più, è però supposto avere anche un **effetto specifico**. Se infatti, per esempio, il medicinale causa spesso un rialzo febbrile il giorno dopo la sua somministrazione e il placebo no, allora diventa facilmente comprensibile chi abbia assunto che cosa, e ciò non va bene per il punto seguente.

#### D) Triplo cieco

Il requisito del «triplo cieco» non è affatto semplice da soddisfare, in quanto un placebo, per definizione, non dovrebbe avere alcun effetto avverso – ma proprio questa condizione potrebbe mettere sull’avviso sia il soggetto, sia chi gli fa la visita periodica di controllo, sia chi valuta gli effetti sui due rami. Nondimeno è un requisito importante, perché una lunga esperienza storica, consacrata appunto dall’adozione di questa regola metodologica, indica che la conoscenza di chi abbia preso il farmaco vero e chi quello fasullo distorce **la valutazione e addirittura l’esito** dell’esperimento. Se addirittura il gruppo placebo viene rivelato prima della fine, la serietà scientifica dell’esperimento è compromessa.

#### E) Punto finale

Se da un certo trattamento ci si aspetta che **guarisca** la malattia X, per esempio, l’esperimento è fallito se ciò che si verifica è che **diminuisce da 4 giorni a 3,5 giorni la durata dei sintomi**. Cambiare in corso di sperimentazione o addirittura in fase di valutazione finale l’obiettivo della sperimentazione e dichiarare che “il trattamento si è rivelato efficace, in quanto ha diminuito del 12,5% la durata dei sintomi” significa ingannare i lettori meno attenti (comprese le agenzie regolatorie e successivamente i medici che prescrivono).

A volte si sostituisce il punto finale naturale (qui la guarigione) con un **surrogato** che si può ipotizzare associato in qualche misura ad esso (per esempio, non c’è stata guarigione, ma la febbre è risultata di 3 decimi inferiore a partire dal terzo giorno, oppure è migliorato un certo parametro ematico che si ipotizza legato al processo di guarigione). Queste sostituzioni “salvano” l’investimento finanziario e “umano” nella sperimentazione solo al costo di una perdita più o meno grave del valore scientifico.

#### F) Durata della sperimentazione

Questo è un punto tanto elementare quanto importante, ma molti si sforzano di non capirlo, e ancor più di non farlo capire al pubblico. In breve: interrompere la sperimentazione quando sembri che uno dei due rami se la cavi meglio dell’altro è **paragonabile a interrompere una partita di calcio al primo tempo se la squadra di casa è in vantaggio**. Nessun tifoso o sportivo accetterebbe, ma a quanto pare la sperimentazione dei medicinali è spesso considerata una questione meno seria di una partita di calcio.

Così avviene che si decida **prima della fine della sperimentazione** di **somministrare il trattamento anche al ramo placebo**, “perché”- si dice - “non sarebbe etico sottrarre ai pazienti di questo ramo un

trattamento efficace”: suona bene, ma... è già stata forse dimostrata l’efficacia? Analogia: “perché sarebbe stato crudele ritardare l’esultanza dei tifosi della squadra vincente”. Ma... aveva vinto?

### G) Effetti avversi (o dell’“effetto ghigliottina”)

È evidente a ogni persona di buon senso che un trattamento per X non è accettabile se aumenta l’incidenza di **altre** malattie, di gravità paragonabile, in chi vi si sottopone. Purtroppo questo punto elementare sembra sfuggire a quegli statistici che si concentrano, ad esempio, sui soli decessi (o altri esiti) **dovuti a X**. È un “errore” comprensibile da parte delle ditte a cui il produttore del farmaco appalta la sperimentazione, e che vogliono fornire dati il più possibile favorevoli al farmaco, **ma non da parte dell’autorità pubblica**. Eccone un’illustrazione fantastorica (ma non troppo) che spero chiarisca una volta per tutte il concetto.

Ci viene detto che nell’autunno 1793 a Parigi c’è stata una significativa diminuzione di casi di **morte per tubercolosi e che fosse in corso la sperimentazione di un nuovo trattamento anti-tubercolosi**. Si direbbe che tale trattamento fosse molto efficace.

Poi però veniamo a sapere anche un altro dato: **nello stesso periodo sono aumentate vertiginosamente le morti per decapitazione**. E l’efficacia del trattamento era un’illusione.

Possiamo almeno dire che la ghigliottina ebbe un’alta efficacia nell’evitare la morte per tubercolosi? **Ovviamente sì**: la sua efficacia, come ognuno può capire a priori, è **addirittura del 100%**! Ma non per questo la si proporrebbe come una misura preventiva da potenziare (per esempio estendendo la classe dei reati passibili di condanna a morte) – anche se non ci dovremmo stupire più di tanto se i produttori di ghigliottine mettessero l’accento su questo effetto preventivo.

Propongo di chiamare “**effetto ghigliottina**” l’apparente efficacia di un trattamento derivante in realtà dalla sua sovrapposizione con fattori indipendenti dal trattamento e che riducono il numero degli esiti negativi del trattamento. Ad esempio, se c’è [una tendenza decennale di aumento del tasso di mortalità in una certa popolazione per cause non direttamente legate alla condizione X trattata](#), il trattamento potrebbe **sembrar** diminuire, nel corso di un anno di sperimentazione, la mortalità **specifica** per X: ma sarebbe un effetto **illusorio** (in realtà persone con X che, anche dopo il trattamento, sarebbero comunque morte, **sono morte prima per le cause della tendenza decennale**).

Per la stessa ragione, la ricerca **attiva** delle reazioni avverse gravi a un **vaccino** non è un lusso metodologico o una pignoleria: è **invece essenziale perché si possa anche solo cominciare a pensare di proporre il vaccino come una ragionevole misura preventiva**. Ma proprio per questo un sistema di rilevazione **passiva** delle reazioni avverse è un insulto all’epidemiologia clinica non meno che all’interesse dei cittadini. Come [ho già ricordato altrove](#), le reazioni avverse spontaneamente segnalate dai cittadini o dai loro medici **sono stimate da 1/20 a meno di 1/100 di quelle realmente avvenute**. Giocare così al ribasso sulla salute dei cittadini è intollerabile, e continuare a fare finta che questo non sia un problema squalifica i sedicenti esperti.

Personalmente considero un **falsario** un professionista della sanità (per non dire di un giornalista o di vari altri improbabili personaggi circolanti negli studi televisivi) **che non premetta questa essenziale avvertenza a qualsiasi valutazione sui dati disponibili relativi ai danni da vaccini** (o di altri medicinali!).

### H) Integrità dei dati

Se vogliamo questo è il più banale dei requisiti: ci vogliono garanzie sulla qualità del vino più forti del fatto che l’oste ne tessa le lodi. Le agenzie regolatorie devono avere facoltà di verificare che quanto è stato loro consegnato è **tutto** ciò che è emerso dalla sperimentazione, e che è **esattamente come** emerso dalla sperimentazione.

Ma non basta: l’accesso ai dati (debitamente anonimizzati, ma questo non crea ritardi, perché è tenuta a farlo l’industria al momento di sottoporre l’incartamento all’agenzia regolatoria) deve essere possibile **a tutti gli interessati**. Non deve essere necessario ricorrere ai giudici per avere questo accesso. E l’accesso dev’essere **immediato**, non una semplice promessa.

Per citare un esempio rilevante, la Food and Drug Administration (FDA), dopo un'azione legale (Freedom of Information Act) dell'associazione Public Health and Medical Professionals for Transparency (PHMPT), è stata condannata a rendere noti i documenti sottoposti dalla Pfizer per l'autorizzazione del suo vaccino anti-covid-19. Solo che ha dichiarato che per rendere disponibile l'intera documentazione ci vorranno almeno... **75 anni**. È uno scherzo? No, è esattamente quello che ha risposto (i poveretti mancano di personale...). Ovviamente PHMPT [ha fatto ricorso](#) (13 dicembre 2021).

In breve: **ai cittadini si chiede di rischiare la vita (letteralmente) su un farmaco le cui credenziali sono e resteranno per tre quarti di secolo inverificabili da parte di scienziati indipendenti.**

**Nota [7.I.2022] Il 6 gennaio** è stata emessa [una sentenza che dà ragione ai ricorrenti](#), e che ordina alla FDA di rendere disponibili i documenti al ritmo di **55.000 pagine al mese (30 gg)**, invece che di 500 pagine al mese. Quindi invece di 75 anni, circa 8 mesi, cioè entro il 2022 dovrebbe essere accessibile l'intero incartamento presentato dalla Pfizer per farsi autorizzare il vaccino nel 2020.

Alla fine di questa sezione mi sembra doveroso precisare che poco di ciò che ho detto si può considerare originale. Sono in gran parte cose risapute, in particolare il pericolo dell'uso di punti finali surrogati e della considerazione della mortalità specifica invece della mortalità per tutte le cause (si veda ad esempio questo [articolo di trent'anni fa](#), e recente e con riferimento al vaccino della Pfizer, [quest'altro](#)). Ma proprio per questo il **primitivismo metodologico in cui è precipitata l'apologetica della campagna vaccinale** preoccupa: perché è difficile pensare che chi lo adotta sia veramente ignaro di ciò che sta facendo.

Se, come è stato detto, la **prima** vittima di ogni guerra è la verità, la **seconda** vittima della guerra al covid-19 è stata la **medicina basata sulle prove** (o, come si dice in inglese, *evidence-based medicine*).

L'ultimo punto merita di essere illustrato in una sezione separata con altri particolari sull'esempio già citato.

### **La fiducia è una cosa seria**

Che la Pfizer non fosse esattamente una industria con una tale specchiata pagella di correttezza da garantire l'affidabilità delle sue assicurazioni circa la sicurezza e l'efficacia del suo vaccino anti-covid-19 era ben noto a chiunque si occupi di [transnazionali del farmaco](#), e ne avevo parlato già [un anno fa](#), come anche del fatto che teneva **i governi per il bavero**.

Non prevedevo però che, in tempi così rapidi, sull'inaffidabilità dei dati della sperimentazione clinica ci sarebbe stata una segnalazione **dall'interno**, da parte cioè di una scienziata che ha denunciato la **manipolazione** e la **fabbricazione** di dati nel segmento della sperimentazione appaltato a Ventavia, una grossa impresa privata di sperimentazione clinica. La segnalazione diretta per e-mail alla Food and Drug Administration (FDA) **non ebbe la capacità di far aprire alla FDA un'inchiesta in merito**. In compenso riuscì a far licenziare, **il giorno stesso**, la coraggiosa scienziata.

La vicenda ha avuto un'eco internazionale grazie al fatto che il *BMJ* (una rivista medica tra le più meritatamente autorevoli al mondo) [ha deciso di occuparsene](#). E la migliore prova che l'articolo nel quale ne ha trattato ha avuto una grande circolazione è che... è stato **censurato da Facebook** con la scusa di una "verifica fallita della notizia". (L'idea di Facebook che censura il *BMJ* o di Twitter che censura Malone sembra tratta da un romanzo satirico: invece è la realtà del nostro miserando presente).

Si è cercato di minimizzare l'incidente (chiamiamolo così) osservando che i partecipanti alla prova clinica di cui si occupava Ventavia erano «più di 1000» mentre l'intera prova clinica ne comprendeva circa 44.000. Ora, da un lato anche un relativamente piccolo numero di dati

manipolati [può avere grandi effetti](#) sulle stime di efficacia. Ma quello che di più grave questa vicenda conferma è che i dati con cui una grande industria privata può ottenere l'autorizzazione di un medicinale sono praticamente **in suo totale controllo** – salvo quei casi rarissimi in cui un dipendente di eccezionale tempra morale accetta di rischiare il posto di lavoro per rivelare una malversazione.

### **Vaccini anti-covid-19: che cosa si afferma su di essi?**

Quanto detto nella penultima sezione riguarda più o meno qualsiasi farmaco o indicazione terapeutica per una certa malattia. Nel caso di un vaccino ci sono però **difficoltà aggiuntive**.

Un medicinale è prescritto a chi sia malato, perché guarisca o, quanto meno, per migliorarne la condizione clinica. Della malattia in questione si conosce il decorso senza trattamenti o con i trattamenti usuali, e si può quindi valutare con una certa precisione l'impatto della terapia in fase di sperimentazione, anche in termini temporali (se cioè la guarigione o il miglioramento sopravvenga in tempi mediamente più brevi).

Non si ripeterà mai abbastanza che con i vaccini la situazione è **completamente diversa**, particolarmente se il malanno che si vorrebbe evitare per mezzo del vaccino è mal definito. Questo **è notoriamente il caso del covid-19**. Tutte le cosiddette statistiche dei “contagi” sono affette da un test che **confonde tra SARS-CoV-2 e altri virus similinfluenzali** (si veda [qui](#) e [qui](#)). Quanto dicevo nei miei interventi, due dei quali sul forum del *BMJ*, ha ricevuto di recente una conferma indiretta, **oltre che dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, anche dai Center for Disease Control and Prevention (CDC), che hanno pubblicato il 7 dicembre 2021 l'avviso che dal 31 dicembre i test utilizzati per stabilire i casi di covid-19 **sarebbero stati ritirati**: questo per favorire l'adozione di nuovi metodi che «possano **facilitare rilevazione e differenziazione dei virus SARS-CoV-2 e influenzali**».

Il vaccino è somministrato a persone sane, che potrebbero non trovarsi mai, in tutta la durata della sperimentazione, a rischio di essere contagiate – **non esiste infatti un tempo massimo** in cui si può condurre una normale esistenza senza diventare positivi al test per il covid-19. Non solo, ma nel periodo della sperimentazione **potrebbe darsi che l'infezione circoli poco**, e quindi la differenza tra chi è protetto e chi no potrebbe essere statisticamente non significativa, anche in presenza di un vaccino che sarebbe capace di proteggere in situazioni di rischio.

Inoltre, qual è esattamente il punto finale della sperimentazione?

Si direbbe che ce n'è uno molto naturale: **le percentuali dei casi covid-19 nei due rami**. Ci sono però due problemi.

Uno è quello già discusso [qui](#), ed è che per ottenere una misura di efficacia a partire da queste percentuali ci sono almeno due metodi: l'efficacia assoluta e quella relativa, **che danno risultati diversi** – e, soprattutto, **orientano verso scelte pratiche diverse**.

Il secondo problema è stato toccato sopra in G). Limitarsi alle percentuali di casi covid-19 trascura un aspetto essenziale: le percentuali di **malattie diverse dal covid-19 che colpiscono i due rami nel corso della sperimentazione**. Nessuna persona sana di mente, se debitamente informata, vorrebbe evitare di ammalarsi di covid-19 al rischio di una pericardite, di una miocardite, di un ictus o di una trombosi (eccetera eccetera). E questo vale anche se l'assunzione del vaccino **garantisce** l'immunità al covid-19, **il che sicuramente non è**.

Più rigorosamente ci si potrebbe chiedere: **quali sono i livelli di protezione dal covid-19 da un lato, e la probabilità di gravi reazioni avverse dall'altro, che convincerebbero una persona razionale a correre il rischio delle seconde per raggiungere la prima?**

È una questione complicata, ma quello che è certo è che **non esiste una risposta unica valida per tutti**.

Chi andava in battaglia nell'antichità si portava lo scudo; ma chi non era chiamato alle armi non è che sentisse il dovere di andare al mercato cittadino con lo scudo. **Campagne vaccinali universali assumono ciò che non è**: che tutti siano ugualmente esposti ed egualmente a rischio di forme gravi

di malattia se colpiti. **È una sciocchezza**, e vorrei che i medici lo dicessero abbandonando ogni reticenza. Anche un medico o un infermiere che abbia lavorato in un reparto “covid-19” si scredita se promuove una vaccinazione (peggio ancora se lo fa **incitando l’odio** contro chi non si vaccina) della cui reale efficacia non sa nemmeno quello che potrebbe imparare **studiando** la letteratura: perché, dato il lavoro che fa, **non avrà avuto certamente il tempo di esaminare la letteratura con lo scrupolo che richiede**.

Poiché c’è ancora qualcuno che pensa di poter trattare la questione delle reazioni avverse con una scrollata di spalle, ecco la lista dei possibili effetti avversi dei vaccini anti-covid-19 elaborata **già più di un anno fa** (il 22 ottobre 2020) dalla [Food and Drug Administration](#):

**FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines :**  
**DRAFT Working list of possible adverse event outcomes**  
**\*\*\*Subject to change\*\*\***

- Guillain-Barré syndrome
- Acute disseminated encephalomyelitis
- Transverse myelitis
- Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/meningoencephalitis/meningitis/encephalopathy
- Convulsions/seizures
- Stroke
- Narcolepsy and cataplexy
- Anaphylaxis
- Acute myocardial infarction
- Myocarditis/pericarditis
- Autoimmune disease
- Deaths
- Pregnancy and birth outcomes
- Other acute demyelinating diseases
- Non-anaphylactic allergic reactions
- Thrombocytopenia
- Disseminated intravascular coagulation
- Venous thromboembolism
- Arthritis and arthralgia/joint pain
- Kawasaki disease
- Multisystem Inflammatory Syndrome in Children
- Vaccine enhanced disease

Come si può vedere, prima che cominciasse la campagna vaccinale, si sapeva che i vaccini potevano aumentare, per citare solo 5 della trentina di effetti avversi qui elencati, l’incidenza di **miocarditi, pericarditi, encefaliti, infarti e decessi**.

Ciò nonostante, le autorità sanitarie e il giornalismo governativo hanno insistito sulla totale innocuità dei vaccini anti-covid-19, se non, al più, per il tipo di conseguenze che può avere l’assunzione anche del più comune dei farmaci da banco, e ridicolizzando e insultando anche quelli dei loro colleghi che invece facevano presente quanto risultava dalla letteratura.

## **Pretese mutevoli**

Ma quali vantaggi avrebbe avuto il vaccinarsi contro il covid-19? Se c’è qualcosa che tutti dovrebbero sapere è che **le pretese avanzate al riguardo sono progressivamente e rapidamente cambiate nel corso del 2021**, nonostante adesso si senta dire, **falsamente**, dagli “esperti governativi” che loro avevano affermato la stessa cosa fin dall’inizio.

All’inizio della campagna vaccinale la tesi sostenuta dalle autorità sanitarie era:

**T1 - I vaccini anti-covid-19 impediscono l’infezione, nel senso che un “vaccinato” inizialmente non positivo è immune.**

Le virgolette saranno chiarite tra poco. Chi abbia sentito qualche volta un bollettino sulla campagna vaccinale avrà notato che i giornalisti **hanno sempre utilizzato “vaccinato” e “immunizzato” come sinonimi**. Bene: **non sono sinonimi**, e chi li tratta come tali cerca di mistificare l’uditorio.

Siamo “vaccinati” se ci siamo sottoposti a una certa procedura medica, siamo “immunizzati” se il risultato di tale procedura (o della guarigione dalla malattia naturale!) è di averci reso inattaccabili dal covid-19: cioè, di aver fatto sì che, qualora fossimo esposti al contagio, non diventeremmo positivi. Usare come sinonimi i due termini è **come usare il termine “vincitore della lotteria”**



come sinonimo di “acquirente di un biglietto della lotteria”. A mio parere un giornalista che abbia praticato sistematicamente questo tipo di disinformazione, in particolare se della RAI, avrebbe dovuto essere severamente ammonito e penalizzato (purtroppo sto parlando della **quasi totalità** di tali giornalisti).

In ogni caso, si è presto scoperto che i “vaccinati” **potevano diventare positivi**, e così si sostituì T1 con:

**T2** - *I “vaccinati”, anche se diventano positivi, non sono sintomatici (cioè non sono malati in senso proprio).*

**Ma poi** si è visto che i “vaccinati” potevano non solo diventare positivi, **ma anche avere sintomi**. Allora si è sostituita T2 con:

**T3** - *I “vaccinati”, anche se con covid-19 sintomatico, hanno sintomi più blandi dei non vaccinati.*

**Ma poi** si è visto che i “vaccinati” non solo potevano diventare positivi e mostrare sintomi, **ma anche aver bisogno di un ricovero ospedaliero!** Nuova sostituzione:

**T4** - *I “vaccinati”, anche se diventano positivi ed eventualmente bisognosi di ricovero per covid-19, non sono però contagiosi.*

**Ma poi** si è visto che vaccinati e non vaccinati, quando diventano positivi, **hanno lo stesso carico virale e quindi lo stesso potenziale di contagio!** Si è quindi passati alla seguente tesi sui presunti meriti dei vaccini anti-covid-19:

**T5** - *I “vaccinati” diventano positivi (e quindi contagiosi) ed eventualmente bisognosi di ricovero per covid-19 **meno spesso** dei non “vaccinati”.*

Ma nemmeno questa tesi è risultata così convincente, e la si è – tacitamente, come le precedenti – sostituita con:

**T6** - *I “vaccinati” diventano positivi (e quindi contagiosi) ed eventualmente bisognosi di ricovero **in terapia intensiva per covid-19 meno spesso** dei non “vaccinati”.*

Di solito T6 è stata (ed è) abbinata a:

**T6bis** - *I “vaccinati” diventano positivi (e quindi contagiosi) ed eventualmente **muoiono** per covid-19 **meno spesso** dei non “vaccinati”.*

È chiaro che mentre T1 dava una **buona** ragione per vaccinarsi (anche se non una ragione **decisiva**: il rischio di reazioni avverse gravi andava comunque valutato), il valore a livello decisionale dell'accoppiata T6-T6bis **dipende in gran parte dalla stima di quel “meno spesso”**.

L'avvicendamento delle tesi sopra elencate è, in sostanza, **la storia di una sequenza di confutazioni che hanno permesso di salvare il programma vaccinale iniziale solo al costo di indebolirne le pretese**. Di strada ne è stata fatta... Vediamo che cosa si è perso nel percorso:

- chi si vaccina non è al riparo (= **immunizzato**) dal covid-19;
- chi si vaccina non è al riparo nemmeno dalle forme gravi di covid-19 che richiedono il ricovero, e nemmeno dal pericolo di vita;
- ma soprattutto non è sicuro di non trasmettere l'infezione;
- è quindi impossibile che, anche qualora in una popolazione si vaccinassero **tutti**, si conseguirebbe l'**immunità di gregge** (cioè si arresterebbe la circolazione del virus in quella popolazione);
- ne segue in particolare che non può essere **socialmente doveroso** vaccinarsi;
- quindi una legge che stabilisca un obbligo di vaccinazione è **scientificamente infondata** e, già solo per questo, manifestamente **viola il «rispetto della persona umana»** prescritto, **senza eccezioni**, dall'articolo 32 della Costituzione.

**“Ma è colpa delle varianti!”**

La spiegazione che comunemente si dà per lo slittamento da T1 a T6 è che non si poteva prevedere che avremmo avuto a che fare non solo con il SARS-CoV-2 originario ma anche con sue varianti –

così numerose che adesso c'è da temere che l'alfabeto greco possa non bastare. Ma **veramente l'aumento di casi con varianti non ha niente a che fare con la campagna vaccinale stessa?**

Il Gruppo Vaccini dell'ISS [ha pubblicato](#) il 7 agosto 2021 un documento così annunciato:

«Covid: dall'Iss un vademecum contro le fake news sui vaccini»

Ora, già l'uso del termine “fake news” per definire **opinioni in contrasto con quanto sostenuto dal governo** dà la misura intellettuale e civile dell'operazione. Ci sarebbe molto da dire su tutto l'opuscolo, ma ecco l'esempio che qui ci interessa:

**«Più vacciniamo più escono nuove varianti»**

La pretesa confutazione dell'ISS è interamente basata non sulla sostanza della questione, ma sull'uso colloquiale del verbo “uscire”:

«Le varianti emergono perché il virus, replicandosi [anche nell'ospite infettato! (NdC)], tende a sviluppare nuove mutazioni. I vaccini, **riducendo la circolazione** [del virus originale (NdC)], limitano quindi la possibilità che il virus muti. Le varianti in circolazione in questo momento inoltre, compresa la ‘Delta’, sono state osservate per la prima volta lo scorso dicembre, quando ancora le campagne vaccinali erano iniziate in pochissimi paesi»

Insomma, **per l'ISS Darwin non è mai esistito**. Assunta la correttezza storica di quanto detto dall'ISS (cioè che le varianti in circolazione abbiano **preceduto** l'inizio della campagna vaccinale e che i vaccini anti-covid-19 siano efficaci), la campagna vaccinale **non può che aver facilitato la diffusione delle varianti** – appunto «riducendo la circolazione» del virus originale. In altre parole: nella misura in cui i vaccini anti-covid-19 sono efficaci, **essi conferiscono un vantaggio selettivo alle varianti** – “nuove” in quanto diverse dal virus su cui è stato progettato il vaccino.

In questo senso è **perfettamente vero che “più vacciniamo più escono [cioè diventano epidemiologicamente rilevanti] nuove varianti”**.

Si può aggiungere questa verità che non sorprenderà nessuno che si intenda realmente del tema: è **chi non si vaccina che si sacrifica per la collettività**, in quanto, rinunciando alla protezione fornita dal vaccino, **ostacola il diffondersi di nuove varianti. È a chi non si vaccina che la società deve essere grata**.

I veri opportunisti, indifferenti a un'evoluzione virale che potrebbe approdare a varianti contro cui la profilassi vaccinale diventa del tutto inefficace (e ne abbiamo già i segnali), **sono precisamente quelli che si vaccinano nelle attuali condizioni**. Proprio come l'abuso degli antibiotici (**in primo luogo nei reparti ospedalieri**, dove – [non mi stancherò mai di ripeterlo](#) – muoiono nella generale indifferenza delle nostre amorevoli autorità sanitarie **circa 50.000 persone all'anno per infezioni ivi contratte**) crea ceppi antibiotico-resistenti contro cui la farmacologia attuale è impotente. Vaccinare una popolazione senza una scelta opportuna dei tempi (in particolare vaccinarla con l'epidemia in atto) è pericoloso per gli individui come per la collettività, e questo lo si poteva perfettamente prevedere.

Naturalmente altro discorso è quello della **gravità (letalità, virulenza) delle varianti**, che c'è ogni ragione di ritenere che sia [ingigantita dalla propaganda](#) per mantenere in uno stato di soggezione permanente la popolazione.

## **Etica e diritto**

A proposito del presunto “dovere di vaccinarsi”, non pensavo che spettasse ad autorità politiche di pronunciarsi su questioni etiche.

Mi auguro comunque che, per coerenza, presto il presidente della Repubblica, prima di cedere il testimone al suo successore, **elevi il monito** che non bisogna bere alcolici e consumare carne rossa o lavorata (ricordo a chi lo avesse dimenticato che, secondo la massima autorità sanitaria mondiale in materia, la International Agency for Research on Cancer (IARC), si tratta infatti di **cancerogeni sugli umani**), e non bisogna mangiare troppo e fare vita sedentaria, per non contribuire a una **reale pandemia**, che è [quella dell'obesità](#) o, come anche la si chiama, della [diabesità](#).

**Nello stesso monito**, potrebbe cogliere l'occasione per auspicare che l'**indice di massa corporea** di ogni medico, e **particolarmente di ogni presidente di ordine dei medici**, fosse monitorato mensilmente, e che se per due volte consecutive superasse il valore 30, ciò comportasse la sospensione nel caso del medico, e le dimissioni immediate nel caso del presidente. Infatti un medico obeso (per non dire di un presidente di ordine) manda ai suoi pazienti un messaggio sanitario **molto più fuorviante** che se non si fosse sottoposto a nessuna vaccinazione, visto che di quest'ultima circostanza, dopo tutto, sarebbe consapevole solo lui (si veda anche [qui](#)).

Soprattutto – qui si passerebbe dall'etica al diritto, un campo che dovrebbe essere più familiare al Presidente – vorrei che dalla più alta carica dello Stato venisse l'auspicio che gli amministratori delegati delle **industrie che inquinano** siano inchiodati alle loro responsabilità con altrettanto impegno e severità con cui chi circola in certi luoghi pubblici senza Green Pass viene identificato e multato dalle forze dell'ordine – tra le quali, peraltro, il disagio e la protesta [stanno crescendo](#).

Per quanto riguarda la questione della **costituzionalità**, gli esperti di diritto costituzionale dovrebbero riconciliarsi con una nozione abbastanza semplice e che, al tempo stesso, né detrae dalla loro maggiore competenza in materia, né travisa la portata e il senso della Costituzione italiana.

La nozione è: mentre c'è talvolta bisogno di un esperto di diritto per valutare la compatibilità della Costituzione con possibilità di azione o di scelta che all'epoca della sua stesura non erano realizzabili, **qualsiasi cittadino di media istruzione** è in grado di capirne i principî fondamentali e come si applichino in contesti ordinari. Questo perché **la Costituzione è il contratto sociale degli italiani**. Trattarlo come uno di quei contratti commerciali le cui clausole in caratteri minuscoli capovolgono il significato manifesto del testo principale è un gratuito insulto ai Padri costituenti e alla Repubblica Italiana.

### **Che cos'è un “vaccinato”?**

E adesso veniamo alle virgolette di “vaccinato”. Si potrebbe dire che non c'è niente di più semplice: si è vaccinati contro il covid-19 se ci si è fatti inoculare uno dei vaccini anti-covid-19.

Purtroppo non è così. Il concetto **operativo** di “vaccinato” è stato insensibilmente trasformato in quello **normativo** di “completamente vaccinato”. Nelle statistiche che vengono citate, ad esempio, per confrontare i ricoverati in terapia intensiva vaccinati con quelli non vaccinati, si intende che, se il vaccino è, per fissare le idee su quello maggiormente diffuso in Italia, il Comirnaty della Pfizer, la persona “vaccinata” è quella “completamente vaccinata”, alla quale cioè

- a) sono state somministrate **due dosi** del vaccino;
- b) e siano trascorsi **almeno 14 giorni dalla seconda dose**.

Quindi se a una persona è stata somministrata una dose del Comirnaty e prima che le venga somministrata una seconda dose si ammala e viene ricoverata con covid-19, essa sarà contata tra i ricoverati **che non erano vaccinati**.

Si potrà dire: giusto, in fondo non ha completato il ciclo vaccinale prescritto per quel certo vaccino. Ora, ciò sarebbe abbastanza corretto **se a noi interessasse soltanto** l'effetto dell'intero ciclo vaccinale nella prevenzione del ricovero “covid-19”.

Ma a noi interessa, **o dovrebbe interessare**, anche altro.

In particolare ci dovrebbe interessare sapere **se chi ha assunto una sola dose sia a maggior rischio di chi non ne ha assunta nessuna**: e non solo a rischio di un ricovero “covid-19”, ma anche di quello per altre malattie. L'assunzione anche di una sola dose del vaccino **potrebbe avere effetti dannosi su certi individui e, tra l'altro, renderli più suscettibili dei “per niente vaccinati” al covid-19**.

Analogamente, fino a qualche mese fa si poteva sentir affermare – con il tono apodittico di chi ha la licenza di dire qualsiasi sciocchezza, purché conforme alle direttive del governo – che i vaccini anti-covid-19 **protegevano per anni**. Adesso si ammette che i dati epidemiologici raccontano una storia molto diversa, e che, per esempio, **oltre i 5 mesi dalla prima dose la protezione diminuisce**

**drasticamente.** Così, le cifre più “fulgide” del confronto tra “vaccinati” e “per niente vaccinati” riguardano un intervallo temporale di

5 mesi - 21 giorni (intervallo tra le due dosi) -14 giorni (trascorsi dalla seconda dose) cioè meno di 4 mesi. Be’, **credo che nessuno, in tutta la storia della medicina, si sia mai vaccinato contro una qualsiasi malattia con la promessa di diminuire la probabilità di prendersi la malattia... soltanto per circa 4 mesi.**

Se poi la malattia non è la peste bubbonica, ma **una ipotetica infezione tale che, nella stragrande maggioranza dei casi, occorre sottoporsi a un test di dubbio valore per sapere di averla**, è chiaro che questa offerta di prevenzione generalizzata è una **proposta irragionevole.**

Bisogna essere consapevoli dei giochi di parole che si stanno facendo per mettere nella luce migliore una campagna vaccinale che si era preannunciata come una delle più catastrofiche di tutta la storia delle vaccinazioni – e solo in questo ha confermato le previsioni. L’ultima notizia al riguardo è la dichiarazione di Anthony Fauci che [il concetto di “completamente vaccinato” andrà ridefinito](#), con l’aggiunta di una o più dosi; per Fauci non si tratta di una semplice ipotesi: «**Si tratta di quando, non se**».

## Rischi

Il 4 dicembre gli italiani sono stati informati da giornali e telegiornali di un effetto dei vaccini anti-covid-19 che sembra molto notevole: i non vaccinati rischierebbero di morire 9 volte più spesso dei vaccinati! Ecco la forma in cui la notizia [è stata data](#):

«Dagli ultimi dati dell’ISS arriva l’ennesima conferma sull’efficacia dei vaccini anti Covid, soprattutto contro le forme gravi della malattia. Per un non vaccinato il rischio rispetto a un vaccinato da meno di 5 mesi è 10 volte maggiore di ricovero, 16 volte maggiore di terapia intensiva, **9 volte maggiore di morte**: sono questi gli ultimi dati aggiornati dell’Istituto superiore di Sanità e contenuti nel documento esteso del monitoraggio settimanale pubblicato oggi, in cui si fa il punto sull’efficacia del vaccino nei 5 mesi.»

Su questa base ci sono state affermazioni come la seguente, di un professore di Malattie Infettive e direttore scientifico della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), che [in televisione è arrivato a dire che](#):

«“con l’obbligo vaccinale avremmo avuto 30 mila o 40 mila morti in meno” [...] “Abbiamo visto ha detto il professore - che c’è una riduzione di almeno sette-otto volte della mortalità in soggetti vaccinati, quindi il fatto che non sia stato messo l’obbligo vaccinale corrisponde a circa 30 mila, 40 mila morti in più”. Questo secondo Andreoni il conto approssimativo. Perché l’obbligo avrebbe consentito di raggiungere anche quelle persone troppo paurose e indecise, conducendole sulla strada di un vaccino che sta risparmiando un sacco di morti.»

Ora, lasciamo perdere il **salto logico** con cui da un dato che si vuole della natura di un fatto scientifico si passa a una prescrizione etico-giuridica. È possibile che chi fa queste dichiarazioni non se ne renda conto o è il **clima eversivo** in cui il nostro paese è palesemente immerso da quasi due anni che le rende psicologicamente “accettabili”?

L’idea alla base (“tutto, pur di salvare vite umane”) sarebbe peraltro una novità assoluta.

Come ho spiegato più volte, in Italia la mortalità per livelli di **inquinamento** che hanno costretto la Commissione Europea ad aprire procedure d’infrazione contro il nostro paese, e la mortalità per le già citate **infezioni ospedaliere** (che il suddetto professore dovrebbe conoscere molto bene), sono dell’ordine di quella che, in maniera estremamente ipotetica (come vedremo), sarebbe a parere del professore attribuibile all’assenza di un obbligo vaccinale. Oppure si considerino le morti per **fumo di tabacco** in Italia, stimate tra le 70.000 e 83.000 all’anno.

È sicuramente strano che certi luminari medici non si siano per tanti lunghi anni mai esposti, nella maniera severa e insistente con cui oggi lanciano i loro accorati appelli a vaccinarsi, per condannare i comportamenti **istituzionali** e **individuali** alla base di queste emorragie annuali di vite umane. E tra le cause istituzionali non dovrebbe essere mai dimenticata la ultradecennale **serie di tagli alla**

**spesa sanitaria**, che l'attuale governo, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, non solo non ha interrotto, ma, dopo una parziale correzione nel 2020, [ha riconfermato](#) (si torna indietro di 6 miliardi nel prossimo biennio 2022-23).

Ciò che invece non diminuisce mai, [ma cresce](#) (pandemia o no), è la **spesa militare**, di quasi 25 miliardi per il 2021, con un aumento dell'8,1% rispetto al 2020 e di ben il 15,7% rispetto al 2019. Anche questo capitolo di spesa ha lo scopo di salvare vite umane?

## I «non vaccinati» negli ospedali

E i «non vaccinati» che affollerebbero le corsie degli ospedali? La questione è più sottile di ciò che sembra a prima vista.

► Innanzitutto, c'è la difficoltà descritta in G): le statistiche riguardano solo i ricoveri “**COVID-19**”. Per esempio, se il vaccinato è colpito da una encefalite e ricoverato, ciò non viene contato come un ricovero “**COVID-19**” a meno che non sia risultato positivo: quindi, ai fini del suddetto confronto, **è come se non fosse avvenuto**. Certo, un'accurata perizia (che non è affatto scontato che venga mai eseguita!) potrebbe poi (a volte **molto** poi) stabilire ufficialmente un nesso con l'avvenuta vaccinazione. Ma se ciò accadesse il caso sarebbe catalogato, comunque, tra le reazioni avverse riconosciute, **non tra i ricoveri “COVID-19”**.

Si dirà: è giusto così, il vaccinato a cui il vaccino ha provocato un'encefalite ma che è rimasto negativo al tampone non è un «caso di **COVID-19**». Ma dal punto di vista delle persone **forzate** – ad esempio per non perdere lo stipendio o il lavoro – a vaccinarsi, **è veramente così importante che le gravi conseguenze subite, forse anche il decesso, non siano etichettate “COVID-19”**? In parole povere: a chi servono, realmente, statistiche di questo tipo – **ai cittadini o agli spacciatori di vaccini**?

Viceversa, come detto sopra, se un «non vaccinato» finisce in ospedale per qualsiasi causa e un tampone ivi effettuato lo trova positivo, **eccolo istantaneamente trasformato in un un ricovero “COVID-19”** (si veda anche [qui](#)). Cadono le braccia a constatare che anche personalità accademiche di qualche rilievo sembrano prendere sul serio un sistema di censimento dei casi “**COVID-19**” ospedalieri che è evidentemente **truccato**.

Come ho già scritto (insieme a molti altri autori), quando si deve valutare l'impatto sanitario di una campagna vaccinale **le sole statistiche degne di considerazione sono quelle relative alla morbilità di ogni tipo e alla mortalità per tutte le cause**. Se, insomma, si accerta un'aumentata incidenza di miocarditi e infarti, e/o un'aumentata mortalità tra i vaccinati, questo è un dato epidemiologico di gran lunga più importante che il sapere che ci sono stati più decessi “**COVID-19**” tra i non vaccinati che tra i vaccinati.

► In secondo luogo, l'essere ricoverati come caso “**COVID-19**” è un effetto **sia** della condizione clinica individuale **sia** della sua gestione sanitaria.

Delle disastrose linee guida emanate dal Ministero della salute si sa ormai abbastanza, e se ne è parlato anche in alcune trasmissioni televisive: **non c'è alcun dubbio che sono state un fattore dell'aggravamento dei casi “COVID-19” e dell'aumento della mortalità corrispondente**.

Ma è essenziale anche chiedersi **quanti** di quelli che risultano ricoveri “**COVID-19**” siano diventati tali solo dopo che un tampone, effettuato al momento dell'ammissione, è risultato positivo su un paziente ricoverato per tutt'altre ragioni. Per citare [un esempio che riguarda la Gran Bretagna](#), a Londra la percentuale di ricoveri per ogni tipo di malattie diventati “**COVID-19**” **solo dopo l'entrata in ospedale è il 70%**. Che questo fenomeno non abbia niente di “**squisitamente inglese**” [l'avevo documentato oltre un anno fa](#) e anche [più recentemente](#).

► In terzo luogo, dire che la probabilità che un non vaccinato sia ricoverato per “**COVID-19**” sia il doppio o 9 volte quella che lo sia un vaccinato, fa una certa impressione solo su chi non capisce di che cosa si sta parlando, ma da solo non è sufficiente per concludere che i non vaccinati avrebbero fatto meglio a vaccinarsi: si tratta infatti di una stima del rischio **relativo**, non **assoluto**, e **le persone razionali decidono sulla base del secondo e non del primo**. Anzi, le persone razionali

decidono sulla base del **proprio** rischio assoluto – che **dipende dall'età, dal lavoro, dallo stile di vita, dalla presenza o assenza di altre patologie e dall'assunzione, collegata, di farmaci**. Un medico che non sia impedito dal fare il proprio mestiere da una gestione oppressiva e umiliante della sua professione da parte di **Ordini obbedienti a strani ordini**, potrebbe aiutare il cittadino a definire il proprio profilo di rischio e a decidere con maggiore consapevolezza.

A proposito della differenza tra rischio relativo e rischio assoluto, la seguente analogia può aiutare a capirne l'importanza: chi acquista 1 biglietto della lotteria ha un rischio 9 volte maggiore di non vincere nessun premio rispetto a chi ne ha comprati 9. Ne segue che dovremmo tutti acquistare 9 biglietti (o 90 biglietti, o 900 biglietti ecc.) della lotteria? Ci stiamo avvicinando alla fine dell'anno, questo problema necessita di una risposta urgente...

Vale la pena, in relazione alla propaganda indecente che i media di regime stanno facendo a favore delle vaccinazioni, sottolineare che il non vaccinato (autentico o "giornalistico") che, dopo essere stato ricoverato come caso grave di "covid-19", si dichiara pentito davanti alle telecamere di non essersi vaccinato **commette tre errori**:

- il **primo** è ritenere che ridurre la probabilità di ricovero "covid-19" significhi mettersene del tutto al riparo;
- il **secondo** è assumere che, **nel suo caso**, il vaccino avrebbe avuto solo effetti benefici e non anche gravi conseguenze avverse;
- e il **terzo, e più grande**, è credere che aver rischiato di morire migliori la sua capacità di giudizio.

Fatte queste necessarie premesse, esaminiamo più da vicino la base dell'affermazione sulle "9 volte meno spesso", dopo essere tornati ancora una volta sul tema della letalità del covid-19.

### **Letalità: come quella del complesso delle similinfluenze**

Consideriamo l'ultimo [bollettino ISS aggiornato al 24 novembre 2021](#), e che è la fonte della suddetta affermazione. Ecco innanzitutto il bilancio:

«Dall'inizio dell'epidemia, sono stati segnalati al sistema di sorveglianza **4.954.380 casi [su una popolazione di 60,3 milioni di abitanti, cioè]** confermati di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali e **132.747** decessi.»

Quindi la letalità nel senso del rapporto tra il numero dei deceduti positivi e il numero dei positivi ([quella che ho chiamato  \$L\_3\$](#) ), è 2,6%, minore di quella al 7 aprile 2021, che era 3,0%. Come ho spiegato, il 2,6% coincide essenzialmente con la **letalità delle similinfluenze**: vale a dire la probabilità di decesso in chi ne sia colpito – quindi **non** la mortalità, **che è meno di 1/12 di  $L_3$ , cioè circa 0,21%**: e anche a proposito di questa percentuale va ripetuto che i decessi tra i positivi **non sono uniformemente distribuiti** secondo l'età e lo stato di salute. La suddetta **percentuale non aveva mai fatto invocare lo stato di emergenza**. Se a un certo punto si deciderà di trattare il covid-19 come una similinfluenza, lo si farà tacitamente e, per citare [un recente articolo di Doshi e Anderson](#), «**le televisioni non ne parleranno**».

Bisogna sottolineare anche che lo 0,21% **non è la vera mortalità del covid-19**, per le ragioni da me spiegate, e confermate nell'ultimo rapporto covid-19, che avverte:

«I soggetti a cui, **per qualsiasi motivo**, non viene effettuato il test **non vengono conteggiati** perché non rispondono alla definizione di caso di Covid-19 riportata nella circolare del Ministero della Salute n.705 dell'8 gennaio 2021. Inoltre, si sottolinea che un **test sierologico positivo** e il conseguente test molecolare o antigenico negativo attesta una pregressa infezione; **questi casi progressi, se non hanno mai effettuato un test molecolare o antigenico con risultato positivo non rientrano nella casistica dei casi positivi.**»

Quindi, come da me già detto nel luogo citato, la mortalità **vera** del covid-19 è **al massimo** dell'ordine di quella similinfluenzale, ma **molto probabilmente è nettamente inferiore** (fino a meno di 1/5 di 0,21% – fino a meno di 0,04%: 40 su 100.000).

## «Nove volte più alto»

Riprendiamo la definizione di «non vaccinato» secondo l'ISS, che voglio riportare testualmente:

«**casi non vaccinati**: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 che

- non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino, oppure
- **sono stati vaccinati con prima o mono dose nei 14 giorni precedenti la diagnosi stessa**, ovvero prima del tempo necessario per sviluppare una risposta immunitaria almeno parziale al vaccino.»

Questo significa che i deceduti **con diagnosi di covid-19** entro 2 settimane dalla prima dose di Pfizer, AstraZeneca, Moderna, o dalla somministrazione del «monodose» (ma bisognerebbe dire: **ex monodose**) Janssen, sono classificati come «non vaccinati». Ne segue che secondo l'uso dell'ISS «non vaccinato» **include ma non coincide** con «**mai vaccinato**».

È solo un'innocente convenzione linguistica? No.

Se per esempio la «singola dose» provoca **entro due settimane** un abbassamento delle difese immunitarie **che rende più facile contrarre il covid-19**, oppure **causa reazioni gravi di altro tipo, decesso incluso** – questi effetti entreranno nelle statistiche dei «**non vaccinati**»!

Si noti che, quando vuole, l'ISS può andare **molto** per il sottile, come quando arriva **a spaccare in 3** (letteralmente: cioè a dividere in 3 categorie) i «**completamente vaccinati**»:

entro 6 mesi | oltre 6 mesi | con dose aggiuntiva

Avrebbe quindi, per coerenza metodologica e trasparenza, potuto semplicemente aggiungere **un'altra** categoria e lasciare che i casi non vaccinati fossero quelli **veramente** non vaccinati: **non vaccinati nemmeno con una dose**. Per evitare confusioni li chiamerò «**mai vaccinati**».

A questo punto possiamo tornare alla stima delle «9 volte»:

«Analizzando il numero dei ricoveri in terapia intensiva e dei decessi **negli over 80**, si osserva che il tasso di ricoveri in terapia intensiva dei non vaccinati (15 ricoveri in terapia intensiva per 100.000) è circa otto volte più alto di quello dei vaccinati con ciclo completo da meno di sei mesi (2 ricoveri in terapia intensiva per 100.000) e da oltre sei mesi (1,8 ricoveri in terapia intensiva per 100.000) mentre, **nel periodo 1/10/2021 – 31/11/2021 [sic!], il tasso di decesso nei non vaccinati (82 per 100.000) è circa nove volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo entro sei mesi (9 per 100.000) e sei volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da oltre sei mesi (11 per 100.000).**»

Quindi si parla degli ultra-80 nel bimestre ottobre-novembre del 2021. In tale periodo i decessi «covid-19» degli ultra-80 sono stati 200 tra i «non vaccinati», e 423 tra gli altri. Quindi i «non vaccinati» hanno formato il 32% (cioè meno di un terzo) dei deceduti: **una netta minoranza**. Il rapporto lo chiama «effetto paradosso», come dire: «no, non è come vi sembra...».

In realtà non c'è nulla di misterioso. Più dei 2/3 dei decessi «covid-19» (423 su 623) sono a carico della sottopopolazione **che ha accettato di farsi inoculare dosi di sieri anti-covid-19, e questa è la stragrande maggioranza della popolazione vaccinabile**, il che ha ovviamente effetti **assoluti** sulle stime che, come tra poco vedremo, non permettono di ricavare direttamente gli effetti **relativi**.

Il vero «paradosso», **insanabile**, è duplice.

Da un lato la scelta di farsi «vaccinare» - vuoi completata, vuoi non completata, vuoi con terza dose, vuoi entro 6 mesi, vuoi dopo 6 mesi - **non previene con certezza le forme gravi di covid-19, e nemmeno la morte «covid-19»**. Ma non era stato detto per mesi e mesi **l'esatto contrario**, e cioè che se ti vaccini, almeno sei sicuro che non patirai le forme di covid-19 più gravi e pericolose per la vita? Ebbene, **era falso e questi dati ne sono la più ufficiale delle confutazioni**.

Possiamo quindi assicurare chi abbia scelto di non aderire alla campagna vaccinale ma finisce ricoverato in ospedale con tampone positivo («caso covid-19» ricoverato): **se si fosse vaccinato, poteva ancora essere contagiato, ammalarsi in forma grave e dover essere ricoverato in un**

**reparto “covid-19”** (specialmente se il suo medico curante si era attenuto strettamente alle indicazioni ministeriali).

Prima di trattare questo punto, dobbiamo però dire qual è **l'altro lato del paradosso**. È che, **in termini assoluti**, c'è poco da fare: **negli ospedali i vaccinati sono più dei non vaccinati** ((cfr. anche il [rapporto ISS del 31 dicembre 2021](#), p. 25).

Ora, da dove proveniva e proviene l'insistenza nel far vaccinare tutti?

Lo scopo ufficiale sarebbe ridurre la pressione sui reparti di terapia intensiva. Diciamo subito che la sincerità di questo proposito è messa in dubbio dalla circostanza che **le percentuali di occupazione di tali reparti sono state via via rese più restrittive**: prima [la soglia critica era del 30%](#), adesso, con la [legge di conversione del 6 settembre 2021, n. 126 del decreto-legge 105 del 23 luglio](#), è scesa, **incredibilmente**, al 10%.

Insomma, si stanziavano **2,5 miliardi per il trattamento pensionistico dei giornalisti** (vedi sopra), ma si stringe la cinghia quando si tratta di sanità!

Ma, se accettiamo queste regole del gioco – cioè regole **perversamente disegnate per intensificare il giro di vite autoritario** –, resta nondimeno indubitabile che **sono i vaccinati a pesare di più sulle casse dello Stato**: sono loro i più numerosi.

Se **veramente** si pensasse che la minoranza di mai vaccinati siano maggiormente a rischio, **si potrebbe serenamente accettare che una piccola percentuale di essi vada a occupare la minor parte dei reparti di terapia intensiva**, mentre il resto di essi sarà formato dai **mai ammalati** o dai **guariti senza essere mai stati ricoverati** – questi ultimi restando immuni per un anno o più, e anche a più largo spettro dei vaccinati rispetto alle varianti. **Quindi perché mai si dovrebbe trasformare la campagna vaccinale in una guerra di religione?** Chiaramente nessuna delle ragioni ufficialmente dichiarate per mascherare, se non difendere, questa trasformazione ha la minima verosimiglianza.

## Rischio relativo

Veniamo adesso alla questione se chi non si è vaccinato corra **un maggior rischio** di chi si è vaccinato: cioè sull'interesse del singolo a vaccinarsi.

Come abbiamo visto, si tratta delle tesi T6 e T6bis: quelle della **minore percentuale** di casi gravi e decessi “covid-19” tra i vaccinati rispetto ai non vaccinati.

Al 6 novembre l'ISS dà come percentuale di «non vaccinati» over-80 il 5%; agli altri corrisponde quindi il 95%. Quindi si potrebbe dire, come fanno loro, che **il rischio relativo di decesso “covid-19” «non vaccinati»/vaccinati nella fascia over-80** è 9, cioè il rapporto:

$$200/5 : 423/95 = 8,98... \text{ circa } 9.$$

Ma data la maniera in cui sono categorizzati i decessi, non sappiamo veramente quanti siano i decessi tra i **mai vaccinati**.

Supponiamo che i decessi “covid-19” dei **mai vaccinati** fossero il 30% di 200, cioè 60; allora **il rischio relativo di decesso “covid-19” mai vaccinati/tutti gli altri nella fascia over-80** sarebbe il rapporto (approssimando, per il 6 novembre, al 4,5% la percentuale, al 25 dicembre, del 4,18 % per i mai vaccinati [fornita dal Sole 24Ore](#)):

$$60/4,5 : 563/95,5 = 2,26... \text{ cioè poco più del doppio}$$

Meno impressionante, vero?

Naturalmente se saranno pubblicati dati ufficiali sui **decessi tra i mai vaccinati** provvederò subito (diversamente da come fanno le cosiddette “autorità”) ad avvertirne i miei lettori aggiungendo una nota in una nuova versione di questo articolo. Ciò che però abbiamo appena provato oltre ogni dubbio è che la scelta di costruire la **strana categoria dei «non vaccinati»** (in una maniera che, francamente, non verrebbe in mente a nessuna persona ragionevole che debba decidere se cominciare a vaccinarsi o no) **ha un impatto potenzialmente importante sulle stime di efficacia dei vaccini**.



Ciò detto, bisogna chiedersi ancora una volta: ci dobbiamo preoccupare solo del rischio di decesso “covid-19”? No: per decidere razionalmente dobbiamo stare attenti non solo all’«effetto paradossale», ma anche all’**effetto ghigliottina** (cfr. G)), come adesso vedremo.

## Reazioni avverse

Consideriamo infatti le segnalazioni di reazioni avverse ai vaccini anti-covid-19 e consultiamo il 5° rapporto AIFA sulla «Sorveglianza dei vaccini covid-19»:

«**Non sono state osservate sostanziali differenze dei tassi di segnalazione fra 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose** dei vaccini Comirnaty e Moderna, che risultano in linea con il tasso cumulativo.»

E per quanto riguarda i decessi?

«In Italia, al 26 maggio 2021, sono state inserite **328 segnalazioni con esito “decesso”** con un tasso di segnalazione di 1/100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal nesso di causalità. [...] **In 211 casi il decesso è registrato dopo la prima dose, in 98 dopo la seconda** (ove specificato nella scheda di segnalazione).»

Quindi le segnalazioni con esito “decesso” **dopo la prima dose sono più del doppio di quelle dopo la seconda dose!** C’è puzza di bruciato? Verifichiamo l’ultimo (finora) di questi rapporti, [il 9°](#), che arriva al 26 settembre:

«Complessivamente, dopo aver verificato la presenza di duplicati, ovvero di casi per cui è stata inserita più di una segnalazione, **608 segnalazioni gravi riportano l’esito “decesso”** al momento della segnalazione o come informazione acquisita successivamente al follow up. Il tasso di segnalazione è di 0,72/100.000 dosi somministrate, indipendentemente dalla tipologia di vaccino, dal numero di dose e dal nesso di causalità, simile a quello riportato nel Rapporto precedente. [...] **In 397 casi il decesso è registrato dopo la prima dose e in 211 dopo la seconda.**»

Un po’ meno del doppio, ma siamo lì: **la maggioranza (circa i 2/3) dei decessi, dall’inizio della campagna vaccinale, segnalati dopo una vaccinazione anti-covid-19 sono stati registrati tra la prima e la seconda dose.** La seconda dose nel vaccino più diffuso, il Comirnaty, è somministrata dopo 21 giorni. Non è possibile sapere in quale delle 3 settimane dalla prima dose è avvenuto un decesso, ma ammettendo una distribuzione uniforme (anche se verosimilmente sarà proprio nelle prime 2 settimane che si è concentrata la stragrande maggioranza dei decessi “dopo la prima dose”), possiamo assumere che circa 2/3 delle segnalazioni di decesso associate al Comirnaty (cioè 2/3 di 397, ossia, approssimando, 265) **sono state attribuite ai cosiddetti «non vaccinati»!**

Come già detto, il fattore di sottosegnalazione è stimato tra 20 e oltre 100. Quindi al posto di 608 reazioni avverse fatali dovremmo considerare **una possibile stima tra 12.160 e 60.800 per tutte le età in 9 mesi (gennaio-settembre 2021).** In due mesi avremmo quindi una media di **2702-13.511** reazioni avverse fatali, **che ovviamente non riguarderebbero i mai vaccinati.** Poiché «l’età media [delle segnalazioni “decesso”] è di 76 anni», possiamo supporre che gli ultra-80 totalizzino circa la metà di tali segnalazioni. Prendendo, per metterci nelle condizioni più favorevoli ai vaccinati, il valore minimo, otteniamo che il rischio relativo di decesso (non solo covid-19!) tra mai vaccinati e vaccinati **connesso alla scelta vaccinale** (se non vaccinarsi oppure sì) sarebbe **minore di 1:**

$$60/4,5 : (563+1351)/95,5 = 0,66...$$

In altre parole il rischio di decesso connesso alla scelta vaccinale per i vaccinati ultra-80 **sarebbe una volta e mezza (1/0,66 = 1,51...) quello dei mai vaccinati!**

Quindi:

**se al rischio relativo di decesso “covid-19” si sostituisce il rischio relativo di decesso “connesso alla scelta vaccinale anti-covid-19”, risultano in svantaggio, sulla base di ipotesi plausibili, non i mai vaccinati ma i vaccinati.**

Non presento la stima sopra riportata come certa, ovviamente, ma **come perfettamente verosimile allo stato delle informazioni disponibili.** In altre parole, è confermato che **la campagna vaccinale**

**anti-covid-19 in Italia potrebbe non aver salvato nemmeno una vita, anzi, potrebbe averle fatte perdere.**

Prima di continuare la campagna vaccinale promuovendo dosi aggiuntive ed estensioni della popolazione vaccinabile, bisognerebbe avere dati molto più solidi, per non trasformare l'insistenza a vaccinare tutti in una specie di **ultima carica...** del generale Figliuolo.

### **Mortalità e vaccini anti-covid-19 – aspetti giudiziari**

A considerazioni di questo tipo spesso si obietta: ma se fosse vero che la campagna vaccinale sta facendo morire le persone, **come mai questo aumento della mortalità non si nota nelle statistiche?**

Una parte della spiegazione l'abbiamo già vista: è perché le statistiche della mortalità si limitano ai decessi "covid-19", che ovviamente sono solo una parte, e nemmeno la maggiore, dei decessi connessi alla scelta di vaccinarsi.

Ma – si obietta ancora – è sbagliato considerare le "segnalazioni con esito decesso" come equivalenti a "decessi causati dalla vaccinazione". Ecco per esempio l'analisi fornita dal 9° rapporto AIFA:

«Continuano a non essere segnalati decessi a seguito di shock anafilattico o reazioni allergiche importanti, **mentre è frequente che il decesso si verifichi a seguito di complicanze di malattie o condizioni già presenti prima della vaccinazione.**»

In questa osservazione si esclude **implicitamente** che la vaccinazione abbia potuto far precipitare le «malattie o condizioni» preesistenti. Questo ci dovrebbe far ricordare qualcosa.

Nel 2017-18 la propaganda sanitaria insisteva sul dovere di vaccinarsi per proteggere gli **immunodepressi** che non potevano vaccinarsi (ecco un [esempio](#) tardivo che ha per protagonista la "famosa" ex ministra della Salute): 2-3 anni dopo essi diventano, [inopinatamente](#) fino a pochi mesi prima, i [primi della fila vaccinale](#)... E se muoiono? L'idea sembra essere: tanto "sarebbero morti comunque...". È un argomento non solo sgradevole, ma anche incoerente: a che pro vaccinare persone in condizioni così precarie da rendere il bilancio rischi-benefici della vaccinazione nella migliore delle ipotesi fortemente incerto? Ma proseguiamo:

«**Il 71,5% (435/608) delle segnalazioni con esito decesso presenta una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo dell'OMS**, in base al quale il 59,5% dei casi (259/435) è non correlabile, il 30,6% (133/435) indeterminato e il 6,2% (27/435) inclassificabile per mancanza di informazioni sufficienti. Complessivamente, **16 casi (3,7%) sui 435 valutati sono risultati correlabili** (circa 0,2 casi ogni milione di dosi somministrate), di cui 14 già descritti nei Rapporti precedenti. Le rimanenti 2 segnalazioni si riferiscono a 2 pazienti di 76 e 80 anni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver completato il ciclo vaccinale.»

Quindi, su 608 segnalazioni "decesso", 173 **non** «presenta[no] una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo OMS». Non è detto perché. Si continua a insistere sulla «fragilità» dei deceduti, che però è **caratteristica anche della stragrande maggioranza dei decessi "covid-19"**. L'unico punto fermo è:

**secondo l'AIFA, 16 persone sono morte perché si erano vaccinate.**

Ora: **come fa questa ammissione a non demolire ipso facto ogni obbligo vaccinale anti-covid-19?** Un vaccino potenzialmente letale dovrebbe preoccupare, se non l'AIFA, almeno **il governo**.

In effetti una famosa sentenza della Corte Costituzionale su un ricorso della Regione Veneto, [la n. 5 del 2018](#), enunciava così le **tre condizioni per la non anticostituzionalità di un obbligo di trattamento sanitario**:

«La legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con il parametro costituzionale se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; **se si prevede che esso**

**non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili;** e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria.»

Ne segue, in tutta evidenza, che un trattamento sanitario che può **uccidere** chi vi si sottopone è «**incompatibile con il parametro costituzionale**», e quindi **non può essere imposto per legge** – a nessun cittadino italiano, per non dire a intere categorie professionali.

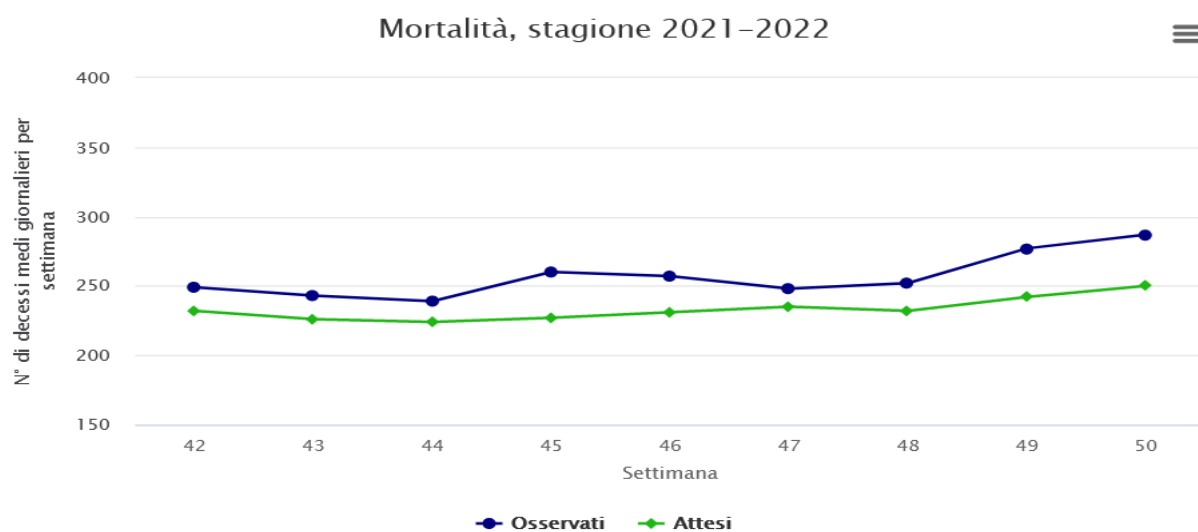
Poiché immagino che questo punto **del tutto ovvio** sia stato fatto presente in numerosi ricorsi di sanitari e di personale scolastico, la domanda, questa sì obbligatoria, è: **che cosa fa la magistratura?** Insieme al Quarto Potere (i media) anche il Terzo Potere (quello giudiziario) è stato fagocitato dal Primo Potere (il governo), che nel frattempo aveva divorato, a colpi di decreti, anche il Secondo Potere (quello legislativo)? Lo Stato di diritto in Italia è eroso - si può dire - quotidianamente, come ben sottolineato da [Giorgio Agamben](#), che ha anche parlato dell'«abolizione di quel principio fondamentale del nostro diritto che è la certezza della legge».

A proposito, la sentenza suddetta è anche nota come «**sentenza Cartabia**», e non è un caso di omonimia: si tratta di un membro del governo Draghi, anzi, è proprio l'**attuale ministra della Giustizia**. Almeno lei se ne dovrebbe ricordare.

## Mortalità e vaccini anti-covid-19 – aspetti statistici

Consideriamo il seguente [grafico](#), che confronta la mortalità per tutte le cause degli ultra-65 nel 2021 rispetto alla media dei 5 anni precedenti (compreso il 2020, quindi):

Numero di decessi medi giornalieri osservati ed attesi per settimana nella popolazione di età ≥ 65 anni



È chiaro da questo grafico che la media settimanale nel 2021 tra la 42<sup>a</sup> e la 50<sup>a</sup> settimana è **sempre al di sopra** della corrispondente media calcolata sul quinquennio precedente.

Un'analisi più ravvicinata mostra un fatto altamente inquietante: l'**aumento nel 2021 della mortalità tra i giovani in Italia**. Ecco come uno [studioso indipendente](#) compendia il suo accurato esame dell'argomento:

« La mortalità nella fascia di età 15-39 è sempre diminuita, negli ultimi 10 anni, di diversi punti percentuali ogni anno.

In soli due anni vi è stato un incremento: nel 2018 dello 0,2% e nel 2015 del 1,1%.

**Solo nel 2021 si è presentato un incremento complessivo del 5,5 % sui dati reali e di quasi il 12% se prendiamo in considerazione la tendenza di lungo periodo alla decrescita.»**

Un aspetto che ha colpito tutti gli osservatori neutrali della situazione epidemiologica internazionale è stato **il gran numero di atleti colpiti da ictus, infarti e altri eventi gravi**. Si tratta di persone giovani, sotto stretto o almeno periodico controllo medico, e che in passato solo molto raramente sembravano essere state vittime di tali eventi – o è solo un effetto della maggiore attenzione per questo genere di notizie nel clima pandemico? Era difficile pensarlo.

Ora **uno studio** ha passato in rassegna i problemi cardiaci insorti nei giocatori di calcio nei 6 anni precedenti il 2021, e ha confermato l'impressione che molti di noi si erano fatti: nel 2021 tali problemi sono **raddoppiati** rispetto al valore atteso.

Ci sono casi che, anche se non fatali, dovrebbero far riflettere. Ne cito uno, che trovo particolarmente significativo.

Il campione mondiale di **apnea statica** – uno sport che, come è ovvio, richiede capacità respiratorie eccezionali anche a livelli amatoriali – si chiama Florian Dagoury. Il suo primato è stato di aver trattenuto il respiro, da fermo, per il tempo lunghissimo di 10 minuti e 30 secondi. Ebbene, 40 giorni dopo la seconda dose del vaccino Pfizer è stato colpito da **miocardite e pericardite**. La diagnosi l'ha ricevuta quando, dopo aver constatato **una riduzione significativa nella sua capacità di trattenere il respiro**, si è fatto visitare da un cardiologo che gli ha detto che si trattava di un effetto collaterale comune per quel vaccino. Probabilmente **la sua carriera è finita**. Ancora una volta: **per lui** i benefici del vaccino hanno superato i rischi?

Per altri esempi si può consultare il sito **Eventi Avversi**, molto aggiornato (in particolare **qui, qui, qui, qui, qui**).

Costringere tanti atleti, di tutte le età, a vaccinarsi per accedere ai luoghi dove effettuare allenamenti e gare appare come qualcosa che non rientra in una logica sanitaria, ma è un odioso atto di forza, a cui solo personaggi di grandissima autorevolezza si sono potuti permettere di sottrarsi, come è il caso del **campione mondiale di tennis** Novak Djokovic (**qui** e **qui**). L'indifferenza dei propagandisti della campagna vaccinale anti-covid-19 per questo tipo di forzature e i loro esiti a volte drammatici, a volte addirittura infausti, in persone che rappresentano agli occhi di tutti **un ideale di forza e salute** rende difficile vederli nella luce di benefattori dell'umanità.

### **“No-vax”**

Premetto che sono solidale con i titolisti dei giornali italiani, e capisco la loro invidia per quelli anglofoni. In inglese comporre per un articolo un titolo espressivo utilizzando poche e brevi parole è di gran lunga più facile che in italiano. E “no-vax” è stata in quest'ultimo anno una parola difficile da superare per brevità.

Il guaio è che **non significa niente – oppure troppe cose**. Una parola breve priva di un significato univoco può solo confondere l'opinione pubblica e impedire un fruttuoso confronto di idee. **Forse è stata introdotta appunto per questo**.

In effetti “no-vax” è quotidianamente utilizzata in tutte le seguenti accezioni, non esplicitate e non logicamente equivalenti. È definito, di volta in volta, “no-vax” chi soddisfa almeno una delle seguenti condizioni:

- si oppone ai vaccini in generale;
- si oppone alle campagne vaccinali di massa in generale;
- si oppone all'obbligo vaccinale in generale;
- si oppone ai vaccini anti-covid-19;
- si oppone alla campagna vaccinale anti-covid-19;
- si oppone all'obbligo vaccinale per i vaccini anti-covid-19;
- si oppone alle forzature del consenso alla vaccinazione mediante il cosiddetto Green Pass;

- rifiuta personalmente di assumere vaccini in generale;
- rifiuta personalmente di assumere i vaccini anti-covid-19 nell'attuale situazione sanitaria;
- contesta la tesi della necessità dei vaccini per combattere il covid-19;
- contesta l'eziologia del covid-19 (e qui si aprirebbe uno spettro di alternative);
- contesta la gravità del fenomeno epidemiologico "covid-19";
- **si oppone all'invasività delle politiche sanitarie (con o senza vaccini) sul terreno dei diritti costituzionalmente garantiti.**

L'ultima condizione è particolarmente indicativa del magma creato dalla propaganda: si può essere "no-vax" anche se in realtà si hanno obiezioni di principio a **tutte** le forme antigenetiche che può assumere la politica sanitaria, e anche se per di più si ritiene **che i "vaccini anti-covid-19" non siano nemmeno vaccini.**

Questa lista è già lunga ma non è esaustiva. Per esempio le differenze regionali nella mortalità nel corso della pandemia suscitano [seri dubbi sulla natura del covid-19](#). Ultimamente è [stato anche notato](#):

«[...] appare chiaro che la mortalità 2020 in Lombardia, che ha sconvolto le coscienze di tutti, in realtà si era già verificata in Campania nel 2019. **Bisogna dunque pensare che viviamo in una nazione in cui i cittadini muoiono nell'indifferenza generale un anno e provocano un allarme globale l'anno successivo?** Da cosa dipende? Dalla zona d'Italia dove si verificano le morti, oppure dalla convenienza politica di ignorare i decessi del passato e sovraesporre quelli del presente?»

Porre interrogativi sulla regionalità del covid-19 che facciano dubitare della saggezza delle misure sanitarie adottate rientra anch'esso nell'ombrello semantico "no-vax"?

In ogni caso utilizzare la stessa parolina "no-vax" per tutte queste diverse posizioni crea un **senso di accerchiamento**, e fa sì che anche persone di solito equilibrate esordiscano, quando fanno un intervento pubblico in materia, **praticamente scusandosi di esistere.**

Alcuni assicurano: "Non sono contro i vaccini!" (variante più decisa: "Non sono mai stato contro i vaccini!").

Altri aggiungono: "Anzi, mi sono già vaccinato contro il covid-19".

I più zelanti precisano: "E aspetto ansiosamente l'n-ma dose, che ho subito prenotato".

Altri ancora entrano nel melodramma: "E ho pure fatto vaccinare tutti e 12 i miei figli" (ispirato alla classica frase, qui abilmente adattata alle circostanze: "Lo giuro sulla testa dei miei figli").

L'idea dietro questi autobiografismi sarebbe: ho pagato (anzi, ho strapagato) la mia quota della scommessa pseudosanitaria del governo, **quindi** adesso ho diritto di parlare sul covid-19 e i presunti vaccini.

**E no, signori.**

Il diritto di parlare è iscritto nell'articolo 21 della Costituzione, e per goderne non bisogna pagare alcuna quota di partecipazione: **basta essere cittadini italiani.**

Quanto alla logica, è chiaro che se un soggetto si è vaccinato, può averlo fatto – e gli auguro che l'abbia fatto – dopo aver tenuto conto del **proprio profilo sanitario**. Potrebbe darsi che **nel suo caso** vaccinarsi, poniamo, con il [Vaxzevria di Astra-Zeneca](#) fosse una scelta in cui i **suoi** benefici superavano i **suoi** rischi. E un tale calcolo è bene che rimanga confinato nella sua sfera privata, senza esternazioni che nella migliore delle ipotesi **sanno di tribunale dell'inquisizione**. Ciò nonostante, che cosa costui pensi di parecchi **altri** punti **resta indeterminato**, ed è questa la parte non solo più importante, ma anche **la sola importante**. O, più esattamente: la parte più importante sono **gli argomenti** che adduce a favore o contro.

Una **variante** tortuosa di "no-vax" è chi dice: "Non sarei contro la vaccinazione anti-covid-19, ma l'accetterei solo se il governo **si assumesse la responsabilità** di renderla obbligatoria!" (la parte in grassetto deve essere detta con tono di sfida).

In altre parole, questo peculiare critico del governo **lo applaude quando esso obbliga sanitari e personale della scuola a vaccinarsi**: solo che, per lui, non è abbastanza – l’obbligo deve essere universale! In alcuni casi questa è una provocazione, da parte di chi – evidentemente di ritorno dall’Isola-che-non-c’è dopo la fuga di Capitan Uncino – si è convinto che i governi che fin qui si sono succeduti abbiano suscitato le ire della Commissione Europea pur di pagare tempestivamente e completamente gli indennizzi relativi alle vaccinazioni pediatriche obbligatorie. È un’ipotesi nobile e affascinante, che meriterebbe però di essere approfondita consultando il sito del [Coordinamento Nazionale Danneggiati da Vaccino](#).

Purtroppo anche queste prese di posizione stanno facilitando il compito a quella che è, a tutti gli effetti, una **banda eversiva** che si sta impadronendo da due anni gradualmente e **quasi** senza colpo ferire (ricordiamo i portuali di Trieste!) delle istituzioni del nostro Paese.

## Conclusione

Lo scopo di questo articolo non è stato di passare in rassegna tutti gli argomenti dell’attuale discussione sui vaccini anti-covid-19. Questo non solo sarebbe impossibile (data la mole della letteratura internazionale sul tema – cercando “covid-19 vaccine” su PubMed si trovano, il 2 gennaio 2022, 15.922 risultati), ma è anche inutile ai fini della formazione di una decisione razionale in merito, sia sul piano individuale, sia sul piano politico. **Le ragioni contrarie a questa scommessa sulla salute pubblica erano già decisive un anno fa**, e quello che è successo nel 2021 non ha fatto altro che confermare quanto era prevedibile da parte di chiunque si fosse degnato di informarsi **anche solo a partire dai dati ufficiali** e non avesse un partito preso a chiudere gli occhi alla realtà.

Ora, mi rendo conto che la possibilità di convincere certi personaggi e ospiti televisivi abituali che quanto affermano sui meriti dei vaccini anti-covid-19 è falso **è dello stesso tipo** di quella di convincere Otello a non “uccidere” Desdemona, durante una rappresentazione della tragedia shakespeariana, gridando dalla platea: “Non farlo, è innocente!”. Naturalmente l’attore che impersona Otello ha letto la tragedia, e sa che Desdemona è innocente, ma sa anche che, nella finzione teatrale, **deve** ucciderla – fa parte del suo mestiere.

La ragione per cui, nondimeno, ho ritenuto necessario scrivere questo e i precedenti articoli è duplice.

Da un lato, contribuire a testimoniare, a beneficio se non altro degli storici di un futuro **sempre più plumbeo e irrazionalistico**, che **non tutta la comunità scientifica e accademica è scritturabile**.

Dall’altro, appoggiare la **resistenza** di chi (sanitari, poliziotti, studenti, vigili del fuoco, docenti ecc.) è ormai da due anni sotto un **tentativo di sopraffazione senza precedenti nella storia recente**, e che vorrebbe, in particolare, che i cittadini offrissero anche i propri figli come vittime sacrificali a un esperimento di massa **non etico e metodologicamente senza né capo né coda**.

Particolarmente odioso e insensato è l’obbligo al **personale della scuola**, che sta privando i giovani italiani di [circa 40.000 docenti capaci e con esperienza](#) i quali, giustamente, si rifiutano di sottostare a questo **pericoloso e inutile sopruso** – mentre il ministero dell’Istruzione osa pensare di sostituirli anche con **non laureati**, facendo strame della professionalità e di un autentico diritto allo studio.

Quanto ai vertici della chiesa cattolica, che sono venuti meno anche al rispetto per i propri valori tradizionali pur di favorire una strategia autoritaria di compressione dei diritti e [depopolazione](#), non si può certo dire che la loro millenaria vicenda storica alimentasse grandi illusioni. Ma che cosa sarebbe potuto accadere quando al soglio papale fosse salito un gesuita – come è appunto avvenuto nel 2013 per la prima volta nella storia – era abbastanza chiaro a chi avesse letto le *Provinciali* (dalla 5<sup>a</sup> in poi) di Blaise Pascal.

Nel 1965 un **prete cattolico** aveva descritto perfettamente il tipo di problema etico di fronte a cui si trovano oggi tanti lavoratori, tanti genitori e tanti giovani:

«A dar retta ai teorici dell'obbedienza e a certi tribunali tedeschi, dell'assassinio di sei milioni di ebrei risponderà solo Hitler. Ma Hitler era irresponsabile perché pazzo. Dunque quel delitto non è mai avvenuto perché non ha autore.

C'è un modo solo per uscire da questo macabro gioco di parole.

**Avere il coraggio di dire ai giovani che essi sono tutti sovrani, per cui l'obbedienza non è ormai più una virtù, ma la più subdola delle tentazioni**, che non credano di potersene far scudo né davanti agli uomini né davanti a Dio, che bisogna si sentano ognuno l'unico responsabile di tutto.

A questo patto l'umanità potrà dire di aver avuto in questo secolo un progresso morale parallelo e proporzionale al suo progresso tecnico.»

Don Lorenzo Milani non divenne però né papa, né cardinale. Per la lettera aperta da cui questa frase è tratta fu processato per apologia di reato.

Un giorno, che spero vicino, chi ha detto di sì, con atti e omissioni, allo stato di emergenza con le sue leggi eccezionali e alla **campagna vaccinale “a prescindere”, cioè senza argomenti o con argomenti dimostrati inconsistenti**, sarà additato come **traditore della Costituzione e della razionalità scientifica** – con colpe tanto più gravi quanto più alta era la sua posizione di responsabilità.

Inserito: 3 gennaio 2022; revisione: 7 gennaio 2022  
*Scienza e Democrazia/Science and Democracy*  
[www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem](http://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem)