

I vaccini al tempo del covid-19

Mezzi di propaganda di massa.....	2
Vaccini anti-covid-19.....	4
Dosi somministrate in Italia.....	5
Perché tanta fretta ad approvare vaccini?.....	6
«Bisogno medico insoddisfatto»?.....	6
a) Il «protocollo domiciliare».....	7
b) No alle autopsie - sì ai vaccini.....	7
Quali sono state le conseguenze di questa gestione dell'emergenza?.....	8
Ancora sui tamponi.....	9
Covid-19 sintomatico.....	10
I numeri di covid-19 e similinfluenza.....	11
Valori soglia.....	12
a) Confronto con le similinfluenze.....	12
b) Ha senso una soglia basata sul numero dei casi?.....	12
Se non ci fosse stato il covid-19.....	13
Ma allora il covid-19 non esiste?.....	14
Previsioni.....	15
La pericolosità del SARS-CoV-2.....	18
In Italia.....	19
Il ragionamento alla base del confinamento.....	20
Il confinamento della popolazione ha funzionato?.....	21
Efficacie vaccinali.....	23
a) Doppio cieco?.....	24
b) Criteri di esclusione dalla sperimentazione.....	24
c) Efficacia assoluta.....	25
d) Risparmiare sui posti letto.....	25
e) “Salvare vite”.....	27
f) Efficacia relativa.....	28
g) L'omissione dei casi “sospetti covid-19”.....	29
Terapie intensive.....	30
Reazioni avverse.....	31
Altre ragioni per avere dubbi su un vaccino.....	35
Conclusione.....	35

Questo articolo cerca di esporre informazioni che giustificano sul piano scientifico la riluttanza di molti ad accettare di vaccinarsi con i vaccini anti-covid-19. Non tratterò esplicitamente gli aspetti etici, politici e giuridici delle proposte di rendere tale vaccinazione obbligatoria per questa o quella categoria professionale, o per questo o quello spostamento geografico, perché per porre la questione in questi termini ci dovrebbe essere almeno un solido fondamento scientifico per la tesi che, vaccinandosi, i singoli e la collettività si assicurerebbero un futuro sanitario sereno e un ritorno a una normale socialità. Come vedremo, **questo fondamento non c'è** e, per quanto dispiaccia ammetterlo, ciò che le autorità sanitarie italiane e di altri paesi stanno spingendo i loro cittadini a fare è essenzialmente **un salto nel buio**. In queste condizioni vaccinarsi (o sottoporsi a un qualsiasi altro trattamento medico analogamente dubbio) non può presentarsi, **nemmeno ipoteticamente**, né come un obbligo morale né come un dovere civico, e si abusa della generosità ampiamente dimostrata da una popolazione stremata da provvedimenti di dubbio valore inducendola, per di più, a **correre il rischio di danni temporanei o permanenti senza chiare contropartite**.

Prima di entrare più particolarmente nella questione dei vaccini contro il covid-19 dovrò tornare sul quadro dell'epidemia, sulla sua gestione e sulle responsabilità istituzionali e politiche che hanno trasformato un problema sanitario in un'emergenza. Farò spesso riferimenti ad altri miei contributi sul tema del covid-19 pubblicati nell'ultimo anno. Questo articolo è lungo, ma può essere letto anche partendo dalla sezione che più interessa, o come punto di partenza per lo studio di questioni specifiche seguendo qualcuno dei molti riferimenti dati.

Mezzi di propaganda di massa

Il 9 marzo 2021 il telegiornale di RAI3 delle 14.20 annuncia:

«È una **soglia terribile** quella superata: **centomila vittime da covid in Italia dall'inizio dell'epidemia**, e mentre il **virus spinto dalle varianti corre** ancora, il comitato scientifico chiede al governo di rafforzare le misure di contenimento e **fare di tutto per ridurre i contatti tra le persone.**»

Questa frase, da sola, dà una buona idea di che cosa sia diventata la RAI, supposto servizio pubblico, al tempo del covid-19.

Come fa una figura pubblica – “scienziato” o giornalista che sia – a dire la frase «fare di tutto per ridurre i contatti tra le persone» senza **provare disagio, umano prima ancora che professionale**, per essersi fatta portavoce di una proposta il cui fanatismo è solo pari alla mancanza di basi scientifiche?

E la conduttrice sapeva quanti sono, all'incirca, i decessi annuali in Italia? **Più di 6 volte tanto**. E perché il fatto che una morte sia etichettata “covid-19” la renderebbe un evento più «terribile» di qualsiasi altra morte, quando tutti dovrebbero ormai sapere (ci torneremo) che quell'etichetta corrisponde, **per definizione**, all'esito positivo di un test **altamente inaffidabile**?

Poi la frase «virus spinto dalle varianti» (diventata lo stereotipo giornalistico di queste settimane) potrebbe suonare bene in una poesia, ma in un notiziario serve a dissimulare un fatto: che mentre ai virus influenzali si permette, per così dire, di farsi sostituire finita la loro stagione, e per questo **le vittime si contano secondo la stagione influenzale**, il SARS-CoV-2 farebbe eccezione – **è sempre lui: un virus per tutte le stagioni**. È a questo sofisma che si deve se se ne contano le presunte vittime senza scadenze cronologiche o climatiche. **Il contatore non torna mai a zero**.

Se si contassero anche i decessi dovuti a similinfluenze (e loro complicanze) **per tutto l'anno** e non solo durante la stagione influenzale (cosa che purtroppo non si è mai fatta), e **si proseguisse a oltranza passando da un anno al successivo**, anche la mortalità similinfluenzale prima del 2020 mostrerebbe valori preoccupanti (relativamente alle **sole stagioni influenzali**, si trovano [qui](#) le stime ufficiali per il quadriennio 2013-2017).

Da quando, il 31 dicembre 2020, è cominciata in Italia la distribuzione del vaccino anti-covid-19 della Pfizer (l'inizio della campagna vaccinale dell'UE, il “Vaccine Day”, era stato il 27), i principali mezzi di informazione hanno rafforzato la propria vocazione di agenzie di propaganda, continuando a perpetuare nella popolazione incertezza e paura sulle **trasformazioni del covid-19** (le cosiddette “varianti”), e insistendo sempre più sull'importanza di vaccinarsi contro il covid-19. Due messaggi, peraltro, incoerenti: perché vaccinarci **se sempre più i virus in circolazione sono diversi da quelli da cui il vaccino dovrebbe proteggerci**? E perché vaccinarci se, come è più che verosimile, la campagna vaccinale **favorisce la diffusione delle varianti del virus**? Ma questo tipo di incoerenza aiuta a fomentare la paura, e quindi “va bene”.

In questi mesi, l'efficacia e la sicurezza dei vaccini messi a disposizione dei cittadini **non sono mai stati trattati dai principali media come fossero questioni da discutere**, ma ci si è concentrati su un piccolo numero di temi:

- le case farmaceutiche non rispettano gli accordi di fornitura dei quantitativi acquistati dal governo italiano (per ciò che più conta – cioè la qualità dei loro prodotti – **ci si può invece fidare ciecamente di loro**);

- si è arrivati a paventare un inverosimile assalto della malavita [ai furgoni che trasportavano](#) le preziosissime dosi di vaccino;
- anche [al Parlamento europeo](#) si è criticata la Commissione Europea per la soggezione all'industria farmaceutica e la scarsa trasparenza degli accordi commerciali sui vaccini, ma solo perché... ciò impedirebbe di “vaccinare tutti nel più breve tempo possibile”!;
- il solo tipo di dibattito parlamentare di cui si rende conto è quello sull'efficienza del governo nel procurare e distribuire “abbastanza” dosi di vaccino (la pseudo-opposizione parlamentare sta qui dando il meglio di sé);
- i soli comportamenti repressibili sono solo quelli dei cosiddetti [«furbetti»](#) che vogliono farsi vaccinare “saltando la fila” o sfruttando “conoscenze”; oppure quelli degli operatori sanitari che, giustamente come vedremo, non intendono vaccinarsi perché pensano che questi vaccini non tutelino sé stessi o i loro pazienti;
- i soli cittadini intervistati sono quelli che, stanchi dell'attesa in lunghe file (per carità, non chiamatele “assembramenti”!), magari sotto la pioggia (che, com'è noto, è salutare per chi ha superato i 75 anni), ma felici e convinti di aver assolto a un dovere civico, si sono appena vaccinati (e a malapena se ne sono accorti, beninteso);
- le reazioni avverse non fanno notizia se non nella forma del “non essere stato provato il nesso con la vaccinazione” e, quando proprio non si possono negare, solo se accompagnate dall'assicurazione che «i benefici superano i rischi» (quali benefici, quali rischi, e per chi? Non è precisato).



[Ultra-75 in fila a Milano](#)

In particolare **non fa notizia** se uno scienziato diventato internazionalmente celebre e **premiato per il suo lavoro di ricerca in virologia**, come Luc Montagnier, alla domanda se si vaccinerà contro il covid-19 risponde, senza esitazioni: **«No, di sicuro»**. Un cantautore invece **fa notizia** con affermazioni francamente senza né capo né coda [sulla propria vaccinazione](#) (il solo messaggio reale è appunto che si è vaccinato).

Gli esponenti della pseudo-sinistra nazionale e internazionale hanno scoperto (ma era facile) il modo di declinare la richiesta di eguaglianza tra le classi e i popoli facendo contenta l'industria farmaceutica. E quale sarà mai questo modo? Semplice: vaccini per tutti! Anche ai popoli che tuttora [mancano di acqua potabile](#) e che non certo per questo **piccolo dettaglio** avevano mai suscitato forme di solidarietà così accorate.

Insomma, le sole “notizie” diffuse dai principali media **presuppongono e avallano** che i vaccini anti-covid-19 siano farmaci di provata utilità – tanto che persone di ogni età non stanno più nella pelle e fanno carte false (letteralmente) per farsi iniettare il prima possibile le agognate dosi...

Se la questione non ci riguardasse tanto da vicino, queste ben collaudate **tecniche di pubblicità occulta spacciate per informazione** farebbero ridere, tale è la goffaggine e l'impudenza con cui sono applicate. Eppure, utilizzate per piegare all'obbedienza più irrazionale una popolazione già spaventata e coartata possono essere molto efficienti.

Il successo di queste strategie di comunicazione è stato principalmente **che non si parlasse mai delle ragioni per dubitare della ragionevolezza della campagna vaccinale in corso**. Inoltre, se i vaccini anti covid-19 daranno una misera prova di sé, si potrà sempre scaricare la responsabilità sui ritardi nelle forniture che avrebbero impedito di vaccinare “tutti e subito”. Nella peggiore delle ipotesi si potrà sempre **dire** (tanto non occorrerà dare ragioni) che sono i cittadini che non si saranno voluti vaccinare la vera causa del fallimento della campagna vaccinale – il “**nemico interno**”, piuttosto che gli errori di chi ha progettato e imposto una politica sanitaria disastrosa.

Vaccini anti-covid-19

In Italia sono attualmente in distribuzione i seguenti vaccini (EMA = Agenzia dei medicinali europea):

- mRNA BNT162b2 della Pfizer/BionTech (nome commerciale: Comirnaty, [approvazione EMA](#): 21 dicembre 2020),
- mRNA-1273 di Moderna ([approvato](#): 6 gennaio 2021),
- Oxford/AstraZeneca ([approvato](#): 29 gennaio 2021),
- Janssen/Johnson & Johnson ([approvato](#): 11 marzo).

Il 4 marzo l'EMA ha cominciato ad esaminare la documentazione del vaccino russo, Sputnik V (Gam-COVID-Vac). Al momento in cui scrivo l' “istruitoria” è ancora in corso.

Il vaccino della Janssen, del gruppo [Johnson & Johnson](#), era stato approvato dalla FDA il 27 febbraio 2021, il che significava, per la notoria solidarietà nei giudizi [tra FDA e EMA](#), che lo sarebbe stato anche dall'EMA, come poi è avvenuto. Lo stesso era accaduto per il Pfizer/Biontech (FDA: 11 dicembre 2020), il Moderna (FDA: 18 dicembre 2020).

L'AstraZeneca invece non ha ricevuto l'autorizzazione della FDA, il che suggerisce che la suddetta solidarietà funziona **soprattutto in una direzione**.

I primi tre vaccini vanno somministrati in 2 dosi, quello Janssen è stato presentato come monodose, ma in realtà [neppure questo è certo](#).

Tutti i vaccini approvati **non sono vaccini nel senso tradizionale del termine**, cioè contenenti una versione “attiva ma attenuata”, oppure “disattivata”, del virus ritenuto causa della malattia. Si fondano invece sull'idea di dare istruzioni (mediante sequenze di RNA messaggero, o mRNA) alle cellule in modo che costruiscano una proteina caratteristica del SARS-CoV-2, detta proteina “spike” (“spike” significa “punta”), il che attiverebbe il sistema immunitario alla produzione di anticorpi e cellule T.

Come vengono mandate alle cellule le suddette istruzioni?

I vaccini Pfizer (21 giorni tra le dosi) e Moderna (28 giorni tra le dosi) utilizzano una **nanoparticella** contenente la sequenza di RNA rilevante.

Il vaccino AstraZeneca (28 giorni tra le dosi) trasmette la sequenza di RNA per il tramite di un **adenovirus di scimpanzé geneticamente modificato**.

Il vaccino Janssen trasmette una versione modificata della proteina spike per il tramite di un **adenovirus umano geneticamente modificato**.

Questa è una descrizione sommaria delle principali caratteristiche, e ha il difetto di dare l'impressione che le operazioni descritte siano analoghe, dal punto di vista della pianificazione e precisione, **a quelle con cui si combinano i pezzi di un macchinario**. Il gergo tecnico fa sparire come per magia le circostanze e i fattori che possono compromettere la formazione di un'adeguata difesa immunitaria in un certo individuo a un certo fattore patogeno – per giunta, nel caso di un virus come SARS-CoV-2, sulla cui trasmissione esistono ancora molte incertezze, e studi in corso su aspetti cruciali, come quello delle reinfezioni.

A questo proposito alcuni fatti vanno ricordati:

- 1) prima del 21 dicembre 2020, **nessun vaccino basato sull'una o l'altra di queste tecniche era mai stato approvato**;
- 2) prima della stessa data, **nessun vaccino contro un'infezione da coronavirus** (una delle cause del comune raffreddore) **era mai stato approvato**;
- 3) in generale **non esistono vaccini contro il raffreddore**, che può anch'esso degenerare in soggetti fragili e metterli in pericolo di vita, ma che non è mai stato considerato per questo un'emergenza sanitaria;
- 4) **nessun vaccino era mai stato sviluppato e approvato in un tempo così breve (meno di un anno)**: il primato precedente era il vaccino per gli orecchioni (parotite), in 5 anni, mentre la media è sempre stata sui 10-15 anni);
- 5) l'efficacia di vaccini su una popolazione dove **già circolano varianti** del virus su cui sono stati progettati vale, **nella migliore delle ipotesi, quanto quella del vaccino antinfluenzale dell'anno prima** (lo sviluppo dei vaccini antinfluenzali si basa appunto sulla necessità di rinnovarli anno per anno).

In breve ed esplicitamente: varare una campagna vaccinale di massa con questi prodotti farmaceutici significa **trasformare una nazione in un laboratorio a cielo aperto**. La forma più estrema di questa violazione di ogni codice deontologico della sperimentazione clinica si sta verificando in Israele. L'amministratore delegato della Pfizer, Albert Bourla, ha descritto questo Paese con una schiettezza che è una buona indicazione del senso di strapotere dell'industria farmaceutica: «il laboratorio del mondo» (rispetto al loro vaccino, cioè, che è il solo utilizzato in Israele).

In queste circostanze, che alcuni personaggi politici e medico-sanitari, per lo più immersi fino al collo in conflitti di interesse di vario tipo, si facciano in quattro per assicurare l'opinione pubblica che “tutto andrà bene” ha un solo merito: di poter essere portato come **prova sufficiente e definitiva della loro inaffidabilità**.

A proposito, Bourla voleva fare una visita in Israele per prendere accordi per uno stabilimento di produzione del vaccino Pfizer, ma ciò gli è stato vietato per una curiosa circostanza: **non era vaccinato con tutt'e due le dosi del vaccino dell'industria che dirige!** La notizia è apparsa il 7 marzo (di tempo ne avrebbe avuto...). Ovviamente gli è stato chiesto come mai: e lui ha risposto che **non voleva saltare la fila** e preferiva aspettare stoicamente il suo turno. Farebbe anche ridere, se non fosse una battuta già sentita.

Dosi somministrate in Italia

Al **4 marzo 2021** (ore 14:31) in Italia erano state somministrate 4.841.993 dosi, di cui

Pfizer: 86,8%; AstraZeneca: 10%; Moderna: 3,2%

Alla stessa data le persone completamente vaccinate (cioè con 2 dosi) erano 1.517.624 (il 2,5 % della popolazione), quelle con una sola dose 1.806.745 (3 %), per un totale del 5,5% della popolazione.

Al **10 aprile 2021** (ore 10:08) in Italia erano state somministrate 12.509.898 dosi, di cui

Pfizer: 65,9%; AstraZeneca: 25,6%; Moderna: 8,5%

Alla stessa data le persone completamente vaccinate (cioè con 2 dosi) erano 3.812.342 (il 6,3 % della popolazione), quelle con una sola dose 4.885.214 (8 %), per un totale del 15,3% della popolazione. Tra le due date, la media giornaliera di vaccinazioni è stata circa **213.000**.

I telegiornali intervistavano a ripetizione personaggi profondamente delusi che non si fosse arrivati “ancora” a 500.000 vaccinazioni al giorno; quando ci si è arrivati (il 29 aprile) si è passati, con una rincorsa demenziale al “primato”, a porre come obiettivo il **milione di dosi al giorno**. **Che cosa ne pensino i cittadini** è una questione che non li riguarda. Intanto i medici sono sottoposti a pressione, a [vaccinarsi](#) e a vaccinare, in particolare ad esaurire in pochissimi giorni le dosi del vaccino AstraZeneca ([con tanto di minaccia di invio delle forze dell'ordine](#) in caso contrario) – vaccino sul quale, ragionevolmente, gran parte dei cittadini “esitano”, **diffidenza che peraltro farebbero bene ad estendere anche agli altri vaccini anti-covid-19** (vedi sotto).

Perché tanta fretta ad approvare vaccini?

L’approvazione concessa dall’EMA è stata un’[«autorizzazione commerciale condizionale»](#) (valida per un anno, ma rinnovabile) che si applica quando la documentazione allegata alla richiesta di autorizzazione è «**meno completa del normale**», ma il medicinale soddisfa **tutti** i seguenti criteri:

- « • il bilancio rischi-benefici del medicinale è positivo;
- **è probabile** che il richiedente sarà in grado di fornire dati completi dopo l’autorizzazione;
- il medicinale soddisfa **un bisogno medico insoddisfatto** [*the medicine fulfils an unmet medical need*];
- il beneficio dell’immediata disponibilità del medicinale ai pazienti **è maggiore del rischio insito nel fatto che mancano ancora dati addizionali.**»

Che questi criteri siano esposti a gravissimi arbitri è evidente.

Il **secondo** è particolarmente difficile da applicare in maniera imparziale, in quanto si basa sulla stima che l’agenzia regolatoria dà dell’affidabilità dell’industria che chiede l’autorizzazione. Del resto questo problema nasce prima ancora, in quanto la documentazione su cui si basa l’autorizzazione non è fornita da un organismo indipendente, **ma dall’industria stessa** (è così che funziona l’EMA, non attraverso indagini e ricerche proprie o direttamente commissionate).

Si potrebbe obiettare che quando il soggetto richiedente l’autorizzazione si è distinto per aver ricevuto la più grande multa finora comminata a una casa farmaceutica, e precisamente per [«commercializzazione fraudolenta»](#), allora non ci dovrebbero essere dubbi: **non ci si può fidare e quindi il criterio non è soddisfatto**. Ma, con una libertà dai pregiudizi che sarebbe più ammirevole se si accoppiasse all’assenza di conflitti di interesse, [che purtroppo non c’è](#), l’EMA è riuscita in qualche modo a sormontare questo ostacolo. Eppure la Pfizer ha già fatto capire che non ci si deve fare illusioni neppure sulla completezza **futura** della sua documentazione: ha infatti deciso ([con un “piccolo aiuto” da parte della FDA](#)) che i soggetti del ramo “placebo” del suo esperimento clinico fondamentale (vedi “Efficacie”, sotto) avranno l’**opzione di farsi vaccinare prima della fine** – il che, quali che siano le accortezze statistiche impiegate, **come minimo ridurrà la numerosità del suddetto ramo e farà perdere preziosa informazione**.

Il **quarto** criterio solleva una sottile questione logica: se non si conoscono i dati mancanti, come si può essere sicuri che da essi non emergano elementi che **rovescino** il bilancio rischi-benefici calcolato senza di essi – facendo venir meno i requisiti anche per il **primo** criterio?

«Bisogno medico insoddisfatto»?

Resta un criterio: il **terzo**. In che senso un vaccino può essere considerato un «bisogno medico insoddisfatto» (così insoddisfatto, cioè, da giustificare un’accelerazione procedurale inedita per un vaccino) **rispetto a una malattia curabile**? E già, perché se c’è qualcosa che ormai è chiaro, è che in Italia la supposta incurabilità del covid-19 è un **artefatto** delle [linee guida ministeriali e dell’AIFA](#) (Agenzia Italiana del Farmaco) imposte ai medici di base, oltre che, nella prima metà

del 2020, dell'indicazione ministeriale ai medici ospedalieri di [non effettuare autopsie](#).
Riesaminiamo questi due punti.

a) Il «protocollo domiciliare»

Il ministero della Salute sconsiglia, [il 22 febbraio 2020](#), i medici dal visitare a domicilio i loro pazienti se sintomatici negativi (salvo «eventual[mente]»), o anche asintomatici ma positivi (**senza eccezioni**). [Ancora il 9 dicembre 2020](#) indica al medico di base i seguenti cardini della terapia (se così si può chiamarla) del paziente covid-19 [asintomatico o paucisintomatico](#):

«**vigile attesa**; misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria; trattamenti sintomatici (ad esempio **paracetamolo**);»

Cioè, oltre alla disastrosa indicazione di **evitare le visite e aspettare** (cioè **il contrario** di ciò che ci si aspetterebbe da un medico), consigliano al medico di prescrivere un **antifebbre** (la tachipirina) invece che un **antinfiammatorio** (come l'aspirina). Inoltre il Ministero scredita terapie che avevano mostrato già il loro valore, come quella a base di idrossiclorichina e azitromicina, e sconsiglia l'uso dell'eparina e l'integrazione di vitamina D.

Come è stato detto molto bene nel dicembre 2020, «[Il protocollo domiciliare covid sembra scritto per preparare i pazienti ad andare in ospedale](#)».

Un commento che è stato spesso sentito negli ultimi mesi è che ciò che è mancato è stata una “medicina del territorio”, e che a questa mancanza non si poteva porre rimedio in tempi brevi. Ma, come abbiamo appena visto, la verità è un'altra: **si è fatto di tutto per esautorare i medici di base e rendere il “territorio” un deserto sanitario**.

Non è che ciò sia andato bene a tutti i medici. Come reazione al boicottaggio governativo (non solo italiano), si è formata un'[associazione internazionale di medici e altri operatori](#) che ha attuato un servizio di consulenza e assistenza gratuito per pazienti “covid-19”, applicando terapie domiciliari e dando assistenza legale per reclamare, in caso di ricovero ospedaliero, la plasmaterapia (un'illustrazione dell'attività di questa associazione e dei suoi successi terapeutici – 4 decessi su circa 6000 assistiti – si trova in [questa intervista](#)). Nonostante [i riconoscimenti internazionali ricevuti da medici italiani di questo orientamento](#), come quelli del [Comitato Cura Domiciliare Covid 19](#), **nessuno di loro è stato invitato a far parte del “nuovo” CTS**.

Il **2 marzo 2021** un'[ordinanza](#) del TAR del Lazio, su ricorso di 4 medici contro Ministero della Salute e AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), ha **sospeso le linee guida del 9 dicembre**:

«**nella parte** in cui nei primi giorni di malattia da Sars-covid, prevede unicamente una “vigilante attesa” e somministrazione di fans e paracetamolo, e **nella parte** in cui pone indicazioni di non utilizzo di tutti i farmaci generalmente utilizzati dai medici di medicina generale per i pazienti affetti da covid;»

Questa sentenza avrebbe dovuto occupare le prime pagine dei giornali e dei telegiornali. Ma non si poteva: erano troppo impegnati a parlare della “terza ondata”... e del festival di Sanremo. Vedremo tra poco che cosa ha fatto il governo dopo questa ordinanza.

b) No alle autopsie - sì ai vaccini

La dissuasione ministeriale dalle autopsie, già contestata nel marzo 2020 in un articolo nel cui titolo la si definì giustamente [«il lockdown della scienza»](#), ha sicuramente ritardato la generale presa di coscienza che le morti “covid-19” erano dovute a tromboembolia piuttosto che a polmonite interstiziale (una questione già compresa nell'[aprile 2020](#)) e che fosse utile la somministrazione di eparina appunto per evitare la formazione di trombi. Non solo, ma la Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) [raccomandò](#) che i pazienti “covid-19” ricevessero «**supporto ventilatorio**» (assumendo appunto, **erroneamente**, che si trattasse di casi di polmonite interstiziale) e che si operasse «**sedazione palliativa** nei pazienti ipossici con progressione di malattia» – un'accoppiata perfetta **per accelerare il tragitto dal reparto covid-19... al cimitero**.

Accanto a una straordinaria e inappropriata rigidità verso terapie che avevano già dato buona prova di sé in campo clinico, il ministero della Salute ha mostrato un'altrettanto straordinaria e inappropriata **credulità** circa l'uso di farmaci con pesanti effetti collaterali e dubbia efficacia come l'antivirale **Remdesivir** e l'anticorpo monoclonale umanizzato **Tocilizumab**; e soprattutto sulle **promesse** di efficacia e sicurezza di **vaccini sperimentali** – quali che fossero, con un certo scetticismo solo per quello russo.

A mio parere ognuno dei punti di questa sezione, **da solo**, rivela una tale pericolosa incompetenza nel ministro della Salute e nei suoi consulenti “scientifici” che **avrebbero dovuto essere costretti a dimettersi e indagati**.

Il fatto che il ministro Speranza è invece tra quelli che sono stati **riconfermati nel “nuovo” governo Draghi** dimostra, oltre ogni ragionevole dubbio, che l'attuale classe dirigente aveva e ha obiettivi diversi dalla tutela degli interessi dei cittadini – il primo e più ovvio essendo l'**autotutela**. Ciò si è rivelato nella maniera più inconfutabile con la decisione, il 6 aprile, del ministero della Salute e dell'AIFA di **fare ricorso contro la sentenza del TAR del Lazio**. Quel che è sconcertante è che il 22 aprile il Consiglio di Stato ha **accolto tale ricorso**! Le motivazioni saranno discusse il 20 luglio, ma fin d'ora ritengo che **sia difficile mantenere intatta la fiducia nel sistema giudiziario italiano**, anzi, di credere ancora nella **divisione dei poteri**, di fronte a sviluppi come questo. In effetti, in base al **Regolamento (CE) N. 507/2006 della Commissione Europea** del 29 marzo 2006 «relativo all'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata dei medicinali», questi devono soddisfare «esigenze mediche insoddisfatte», così definite nell'art. 4, c. 2):

«per esigenze mediche insoddisfatte si intende **una patologia per la quale non esiste un metodo soddisfacente di diagnosi, prevenzione o trattamento autorizzato nella Comunità** o, anche qualora tale metodo esista, in relazione alla quale il medicinale in questione **apporterà un sostanziale vantaggio terapeutico a quanti ne sono affetti**.»

Evidentemente se si fosse riconosciuto il carattere «soddisfacente» della terapia domiciliare, l'autorizzazione dei vaccini anti-covid-19 **avrebbe perso ipso facto la sua ragione d'essere**. È dunque verosimile che il Consiglio di Stato sia stato indotto a **negare l'evidenza** da una **anticostituzionale determinazione a supportare la scelta vaccinista del governo**.

Quali sono state le conseguenze di questa gestione dell'emergenza?

Il **rapporto ISTAT-ISS** (ISTAT = Istituto Nazionale di Statistica, ISS = Istituto Superiore di Sanità) del 5 marzo 2021 dà per il 2020 un incremento della mortalità di **100.526** decessi rispetto alla media degli anni 2015-19. I decessi attribuiti al covid-19 sono invece **75.891**: il che significherebbe che ben 24.635 decessi non sono attribuiti al covid-19.

Per la verità non è chiaro come sia stata fatta questa stima. Se si consultano i **dati dell'ISTAT** si trovano le seguenti cifre:

anno	decessi
2015	647.571
2016	615.261
2017	649.061
2018	633.133
2019	634.417
2020	746.146

e la media degli anni 2015-19 è 635.889 (approssimata all'intero più grande). Quindi il valore per l'anno 2020 è maggiore di tale media di **110.257**: si tratta di **quasi 10.000 in più** rispetto all'incremento dichiarato nel rapporto. Quindi si tratterebbe di un eccesso del 17,3% e non del 15,6%. Ci sarebbero, cioè, **34.366** decessi in più, inspiegabili anche per ISTAT e ISS come effetto

del covid-19, rispetto alla media del quinquennio precedente. Va anche osservato che qualsiasi aumento di mortalità nell'ultimo anno va messo **nella prospettiva dell'[aumento del tasso di mortalità nell'ultimo decennio](#)**.

Il presidente della FNOMCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei Medici), Filippo Anelli, [ha commentato](#):

«C'è un dato molto preoccupante: secondo l'Istat, l'Italia nel 2020 **ha avuto circa 30mila morti in più rispetto a quelli attribuiti a Covid e a quelli attesi per le altre patologie** [...] Questo dato ci preoccupa, perché può essere la conseguenza finale anche delle **cosiddette malattie trascurate causa pandemia** [...] Ovviamente ci aspettiamo purtroppo per il futuro anche una riduzione dell'indice di sopravvivenza. Eravamo fra i Paesi più longevi al mondo anche se con disuguaglianze fra il centro e le 'periferie'. Credo che **l'impatto involontario della pandemia** su queste patologie comprometterà un risultato brillante raggiunto. Con un risvolto negativo anche sulla qualità di vita, che sarà più compromessa per via delle conseguenze aggravate di alcune malattie e richiederà ulteriore impegno sul piano socio-assistenziale».

Tra le malattie trascurate i **tumori, le patologie cardiovascolari, e quelle psichiatriche.**

È surreale l'espressione

«impatto involontario della pandemia»,

che presuppone una rappresentazione antropomorfa del covid-19. In realtà l'espressione corretta sarebbe:

gli effetti perversi delle misure anti-covid-19 prese dal governo,

ma nessuna autorità sanitaria o politica oserebbe accusare il governo (...o sé stessa): così si preferisce l'assurdo di personificare il covid-19, sperando che un'opinione pubblica umiliata e manipolata possa accettare un gioco di parole al posto della verità storica.

Lo stesso vale per frequenti affermazioni analoghe come «[Il Covid azzerà la legge Basaglia](#)» o «[Il Covid ha chiuso un centro su 5 di salute mentale](#)». o «[Il lavoro colpito dal Covid](#)».

Il punto è che se anche ISTAT, ISS e FNOMCeO ammettono che nel 2020 ci sono stati «circa 30mila» (o meglio: oltre 34.000) decessi **non** etichettabili come “covid-19”, **ciò non elimina i dubbi sull'etichetta assegnata a poco meno di 76.000: «soggetti positivi al Covid-19 deceduti»** – o si dovrebbe dire, piuttosto, “soggetti deceduti positivi al tampone”, anche in considerazione del fatto che si è arrivati a effettuare [il tampone su cadaveri](#)?

Insomma, c'è stato un eccesso di morti nel 2020 di oltre 110.000 rispetto alla media del quinquennio precedente e, di questi, **i dati ufficiali implicano che 34.000 non si spiegano con il covid-19.**

Ma quanti, degli altri 76.000 circa, **si spiegano veramente con il covid-19 e non invece, direttamente e indirettamente, con le misure prese dal governo per contrastarlo?** Questo è il vero problema che le autorità sanitarie e **soprattutto la magistratura** dovrebbero finalmente esaminare con obiettività.

Ancora sui tamponi

Il covid-19 gode sicuramente di un **importante primato**: è la prima malattia infettiva che sia mai stata **definita in termini dell'esito di un test**.

In altre parole ciò che rende la positività al test il “canone aureo” della malattia è **una convenzione**.

Ecco che cosa si legge nel glossario del rapporto ISTAT-ISS del **5 marzo 2021**:

«**Caso positivo Covid-19**: per Covid-19 (sintesi dei termini CO-rona VI-rus D-isease e dell'anno d'identificazione, 2019) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intende la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus SARS-Cov-2. La definizione di caso confermato positivo Covid-19 secondo la Sorveglianza Integrata Covid-19 è basata su una definizione di caso definita attraverso circolari ministeriali tenendo conto delle evidenze scientifiche e delle indicazioni degli organismi internazionali quali OMS e ECDC. **L'attuale definizione è di tipo**

microbiologico: risultato positivo con test di conferma effettuato dal/i laboratorio/i di riferimento Regionale/i effettuato su tampone naso-faringeo.

(https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/03/Circolare_9_marzo_2020.pdf)»

In base a questa definizione una persona può essere un caso di “covid-19” **senza alcun sintomo, né prima né dopo il test** – ma, probabilmente, la maggior parte delle persone che sentono nei telegiornali gli aggiornamenti quotidiani sui “positivi” e sulla «curva del contagio» pensa tuttora che si stia parlando di **malati in senso clinico**.

Gli abusi a cui una definizione di questo tipo può portare, e ha portato, sono facilmente immaginabili, e l’OMS ha deciso di contrastarli (cosa che non traspare affatto dalla citazione precedente di ISTAT-ISS!), anche se un po’ tardi (ho formulato un’ipotesi per [questo ritardo](#)), con una [avvertenza del 14 dicembre 2020](#), poi sostituita e aggiornata con [una versione più generale e più netta](#) il 20 gennaio 2021. In questa si precisa che

«[...] è **necessaria un’attenta interpretazione dei risultati debolmente positivi** [...]. L’OMS ricorda agli utilizzatori di IVD [= dispositivo medico diagnostico in vitro] che la prevalenza della malattia altera il valore predittivo dei risultati del test; **al diminuire della prevalenza, aumenta il rischio di falsi positivi** [...] La soglia dei cicli di amplificazione (Ct) necessari per rivelare il virus è inversamente proporzionale al carico virale del paziente. Quando i risultati dei test non corrispondono alla presentazione clinica, si dovrebbe prendere un nuovo campione clinico e il test andrebbe ripetuto con la stessa o una diversa tecnologia NAT [= test ad acido nucleico].»

Ho sottolineato la questione dei [falsi positivi](#) sul forum di un articolo del BMJ, in due interventi, rispettivamente [prima della nota](#) del 14 dicembre e [prima della sua versione riveduta](#) del 20 gennaio, ma che vanno nella stessa direzione presa tardivamente dall’OMS. Per quanto riguarda il rapporto tra esito di un tampone e diagnosi la versione riveduta della nota OMS afferma:

«La maggioranza dei test basati sulla PCR sono indicati come ausilio per una diagnosi; **pertanto gli operatori sanitari devono considerare qualsiasi risultato in combinazione con la tempistica del campionamento, il tipo di campione clinico, le osservazioni cliniche, la storia del paziente, lo stato confermato dei suoi contatti, e le informazioni epidemiologiche**»

Quindi è chiaro: **un caso positivo, di cui non si sappia altro, non può essere considerato né malato di covid-19 né infettivo**. In altre parole, la “definizione” dell’ISS, sopra riportata, è **in conflitto con le indicazioni dell’OMS**.

Covid-19 sintomatico

A questo punto bisogna chiedersi: il ministero della Salute ha tenuto conto, **almeno operativamente**, di queste avvertenze dell’OMS? Vediamo che relazione c’è tra i numeri dei positivi e quelli dei positivi sintomatici.

Nelle due settimane dal 19 ottobre al 1° novembre sono stati trovati 315.527 “casi”. Di questi **solo il 35,1%** erano stati testati perché mostravano sintomi.

Nel periodo dal 21 dicembre 2020 al 3 gennaio 2021 (**dopo** la prima nota OMS), sono stati trovati 188.732 “casi”. Di questi, quelli testati perché sintomatici erano **il 34,2%**.

Questi dati sono coerenti con quelli successivi. Ecco dati recenti per il 2021, come i precedenti tratti dai *Bollettini per la sorveglianza integrata COVID-19* dell’ISS:

11-24 gennaio: **31,5%** su 172.573 “casi”

25 gennaio-7 febbraio 2021: **32,7%** su 160.907 "casi"

1-14 febbraio 2021: **33,5%** su 163.538 "casi"

15-28 febbraio 2021: **35,8%** su 205.587 “casi”

In sintesi: **i 2/3 dei “casi” di covid-19 in Italia non sono stati testati sulla base della presentazione di sintomi**.

Come abbiamo visto, **anche l’OMS ha detto e ribadito che senza considerazioni cliniche ed epidemiologiche non si può diagnosticare la malattia basandosi sulla sola “positività”**.

Un'analisi dettagliata dell'azzardo di legare ai tamponi la sorveglianza epidemiologica è stata presentata a *Eurosurveillance* da un gruppo internazionale di studiosi nel [novembre 2020](#), con richiesta di **ritiro** dell'articolo di [Corman, Drosten e altri autori](#) pubblicato dalla rivista il 23 gennaio 2020 che costituisce la giustificazione scientifica di tale impostazione. Tra l'altro, questo articolo (che ha contribuito a dare l'**indirizzo alla politica sanitaria mondiale**) era stato approvato per la pubblicazione **in un solo giorno!** Chiunque fa ricerca scientifica sa che tempi così brevi per l'accettazione di un articolo con tali implicazioni possono essere solo l'effetto di **deliberata** «cattiva condotta editoriale», che, a quanto pare, non ha insospettito nessun governo. Un buon esempio del paradosso di Sherlock Holmes sul “caso curioso del cane che quella notte non abbaìò”. Insomma, una politica sanitaria che ha scavalcato ogni confine, geografico e non – dai diritti civili all'economia, dalla scuola all'equilibrio mentale di singoli e famiglie – è stata basata su un test **adottato fideisticamente e sul quale la stessa OMS ha in definitiva messo in guardia**. È chiaro che i responsabili di questo abuso della scienza e di potere meritano di essere portati in tribunale, e ci si può solo rallegrare se ciò [sta già avvenendo](#).

Bisogna anche considerare gli errori di attribuzione dell'esito del tampone, con casi difficili da quantificare ma attestati, di cittadini a cui è stato comunicato di essere positivi – [senza che avessero fatto alcun tampone](#).

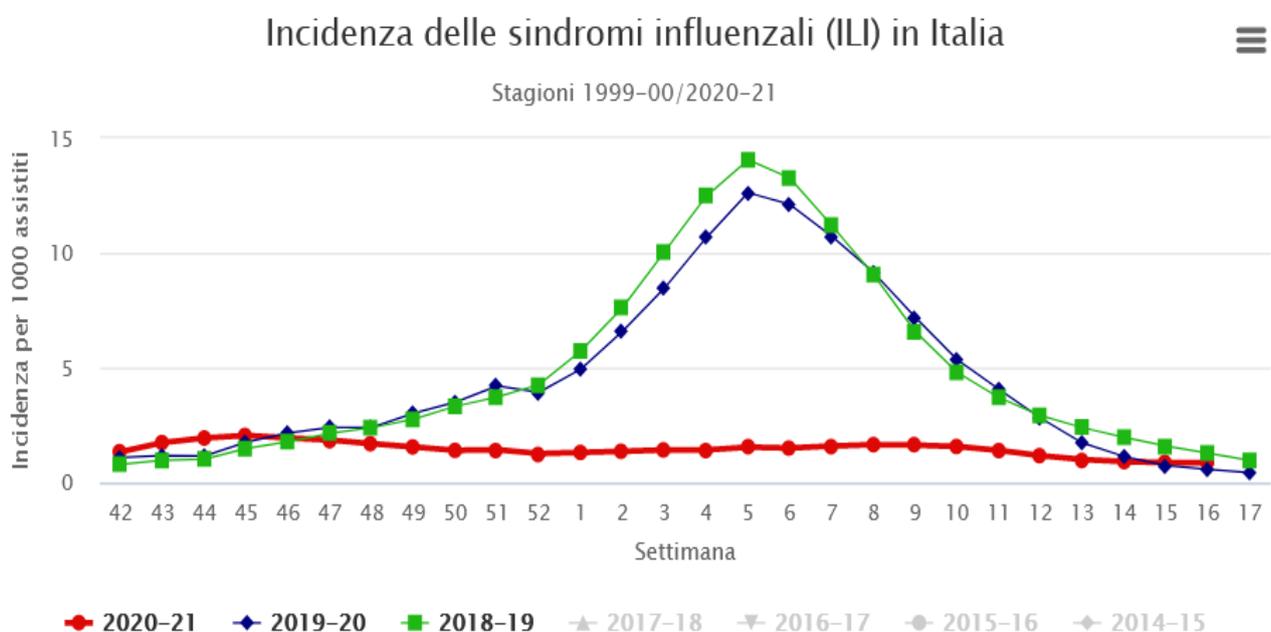
Un comandante di polizia in Sicilia ha recentemente dichiarato che **sarebbe meglio rifiutarsi di sottoporsi al tampone**. Nonostante la notizia sia stata data in tono “debitamente scandalizzato” (invece che di apprezzamento del **coraggio civile dimostrato**), il fatto rivela un disagio **perfettamente razionale** e condiviso da molti più cittadini di quanti risultino dalle cronache.

Una direttrice del corso di laurea in Scienze Infermieristiche di Firenze ha recentemente rifiutato di sottoporsi al tampone, con **motivazioni perfettamente razionali** e di cui ci si può solo chiedere come mai non siano state condivise dalla grande maggioranza dei suoi colleghi. Eppure, invece di essere elogiata per capacità di giudizio e coerenza, o almeno invitata a un dibattito pubblico che sarebbe stato di grande utilità, è stata **punita con la sospensione dal lavoro** – ennesima espressione del **governo dei peggiori** che è oggi quello dominante, rovinosamente, in ogni ambito politico e istituzionale.

I numeri di covid-19 e similinfluenza

Certo, tra il dire che nelle prime due settimane di febbraio 2021 c'è stata una **media di 11.681 “casi” al giorno**, e il dire che la media giornaliera è stata **3913 (cioè circa 1/3 di quel numero)**, la differenza è notevole.

Alla fine del 2020 avevo sottolineato un fatto riconosciuto da tutti, cioè che con l'avvento del covid-19 le sindromi influenzali dell'attuale stagione influenzale si erano **molto, molto ridotte**. Ecco [il grafico](#) dell'ISS (fino al 25 aprile), che conferma perfettamente l'andamento previsto:



Ciò che voglio adesso mettere in evidenza è che nemmeno prendendo insieme tutte le similinfluenze, **compreso il covid-19**, si arriva ai livelli della stagione influenzale come sono da praticamente quando esiste la sorveglianza similinfluenzale.

Abbiamo visto che nelle prime due settimane di febbraio (indicate come 5^a e 6^a settimana nel grafico qui sopra riprodotto) i casi di covid-19 **sintomatico** hanno avuto una media giornaliera pari a **3913**. Ma qual è stata la media giornaliera per le similinfluenze nello stesso periodo?

Passando il mouse sui punti del grafico (che nel sito è interattivo) si trova che nella 5^a e 6^a settimana ci sono stati, rispettivamente, 1,54 e 1,51 casi di similinfluenza (sintomatica) ogni 1000 assistiti.

Poiché la popolazione italiana era, secondo gli ultimi [dati ISTAT](#), di 60.244.639 abitanti al 31 gennaio 2019, ciò significa che dall'1 al 14 febbraio ci dovrebbero essere stati circa 183.746 casi di similinfluenza sintomatica, il che corrisponde a una **media giornaliera di circa 13.125. Cioè un po' più dei nuovi "positivi" al covid-19, ma nello stesso ordine di grandezza.**

Indubbiamente molto poco, rispetto alla media giornaliera per le stesse settimane:

- nel **2020**, quando era **106.625**,

- nel **2019**, quando era **117.791**.

Se si sommano i casi di similinfluenza a quelli di covid-19 sintomatico del 2021, si ha, rispetto alla media dei soli casi di similinfluenza del 2019 e 2020 **una riduzione dell'84%**.

Nel febbraio 2019 il covid-19 non era ancora all'orizzonte. Ma ogni giorno si ammalavano in media di similinfluenza **circa 118.000 persone**. E, di queste, quelle che soffrivano di copatologie importanti, oppure erano **curate male** (per esempio già per il solo fatto di essere ricoverate in [reparti contaminati da batteri antibiotico-resistenti](#)), rischiavano la vita e spesso la perdevano. La cosa faceva notizia? No. Eppure, sia per il significato del fenomeno in sé stesso, sia secondo gli standard di "informazione" attuale, **avrebbe dovuto farla**. Perché ciò non accadeva? Perché non eravamo quotidianamente aggiornati, anzi **aggrediti**, con nuovi bollettini dai telegiornali? Sono domande alla cui stregua si deve misurare la fiducia che merita la nostra classe dirigente, incluso il "Quarto Potere".

Valori soglia

Attualmente, in base al [decreto-legge 23 febbraio 2021 n. 15](#), sono dichiarate «Zone rosse» le seguenti:

«"Zona rossa", le Regioni di cui al comma16-quater, nei cui territori l'incidenza settimanale dei contagi è superiore a **50 casi ogni 100.000 abitanti e che si collocano in uno scenario di tipo 3**, con livello di rischio almeno moderato.»

Con il successivo [decreto-legge n. 30 del 13 marzo](#), il **superamento dei 250 «casi» su 100.000**, da solo, è diventato condizione sufficiente per il passaggio alla «zona rossa».

Ci sono due punti che devono essere notati. Uno riguarda il confronto con le similinfluenze, l'altro è metodologico.

a) Confronto con le similinfluenze

Nella stagione influenzale 2018-19 il valore **minimo** dell'incidenza di casi sintomatici di similinfluenza ogni 100.000 è stato **79**; e nella stagione influenzale 2019-20 è stato **42**, con una discesa sotto i 50 casi ogni 100.000 **solo alla fine, cioè nella 17^a settimana** (con, appunto, 42 casi su 100.000).

Non solo, ma nella stagione 2018-19 l'incidenza è stata **superiore a 250 casi su 100.000 per ben 16 settimane: 16 su 28**. E, poiché 50 «casi» ogni 100.000, quando si tratta del covid-19, significa 16-17 casi **con segni clinici**, si direbbe che **solo una straordinaria sopravvalutazione del potenziale patogeno del covid-19 (= "positività del tampone") possa aver portato a stabilire soglie così basse** per il passaggio a un regime di controllo stringente sulle attività di **tutti** i cittadini.

Tornando alla stagione in corso (2020-21), nonostante l'evidente crollo **relativo** del complesso delle similinfluenze (rispetto agli ultimi anni), queste si stanno tuttora "difendendo" **abbastanza bene**: come abbiamo visto, nella prima metà di febbraio i casi di similinfluenza (**sintomatici per definizione**) sono stati **circa 3,6 volte** i casi **sintomatici di covid-19**.

b) Ha senso una soglia basata sul numero dei casi?

Diciamolo subito: **no** – se il senso inteso è quello sanitario.

Consideriamo un esempio concreto.

In Campania il **30 marzo 2021** è riportato un incremento dei tamponi effettuati, rispetto al giorno precedente, di 20.575 unità, a cui ha corrisposto un incremento di 1573 casi, cioè il **7,6%** dei tamponi effettuati è stato positivo. La Campania al 31 dicembre 2020 aveva una popolazione stimata di 5.679.759 abitanti, il che significa che il 30 marzo 2021 si sono effettuati tamponi allo **0,36%** della popolazione. L'incidenza settimanale di 250 «casi» ogni 100.000 persone corrisponde, in Campania, ad almeno 14.200 «casi» in una settimana.

Se il tasso di positività durante la settimana si mantiene al 7,5%, per superare questa soglia basta effettuare ogni giorno 27.048 tamponi, invece di 20.575 (cioè sottoporre a tamponi lo 0,47% della popolazione). Basta, in altre parole, **effettuare 6473 tamponi al giorno in più per superare la soglia e decretare il declassamento a zona rossa della regione**.

Faccio notare che lo stesso giorno la percentuale di tamponi in Lombardia rispetto alla popolazione era stata lo 0,44%; in Lazio lo 0,66%, in Umbria lo 0,78%, in Veneto lo 0,89%.

In altre parole, **sarebbe bastato alla Campania effettuare i test in una percentuale come quella del Lazio per "sforare" la soglia dei 250 su 100.000**. Quindi a un ipotetico governatore campano che per ragioni recondite volesse aumentare il controllo della popolazione con il passaggio alla "zona rossa", non occorrerebbe far altro che allineare la percentuale dei tamponi rispetto alla popolazione a quella del Lazio.

Dovrebbe essere chiaro già solo da questo esempio che una regola che permette di cambiare la classificazione sanitaria di una regione **facendo fare più tamponi o meno tamponi** è un'offesa alla scienza e al semplice buon senso.

Se non ci fosse stato il covid-19

Supponiamo che avessimo avuto una normale stagione influenzale, senza covid-19.

Supponiamo inoltre che:

- ogni giorno ci fosse stato detto: "**Teri ci sono stati circa 20.000- 50.000-120.000 nuovi casi di sindromi influenzali**" (N.B. nell'**ultima settimana della sorveglianza similinfluenzale** del 2020 c'erano stati circa **25.000** casi di similinfluenza, e l'anno prima circa **57.000**).

- questo tipo di notizia (accompagnata dai dati sui **decessi quotidiani** attribuibili alle similinfluenze e loro complicanze) avesse occupato **anche soltanto la metà dello spazio dedicato nell'ultimo anno alle statistiche del covid-19**;

– si fosse emanato un **protocollo domiciliare per la similinfluenza** che, come quello del covid-19, «sembra scritto per preparare i pazienti ad andare in ospedale»,

allora si sarebbe riusciti a creare nella popolazione una paura diffusa che avrebbe portato verosimilmente all'intasamento dei Pronto Soccorso (un evento **tutt'altro che raro nell'epoca "pre-covid"**, ma di cui i (tele)giornali nazionali – **stranamente?** – non si occupavano) e all'accettazione di misure restrittive sui contatti sociali e gli spostamenti.

Le prove generali di questa **strategia della tensione sanitaria** in Italia **si sono svolte nel 2017**, con il terrorismo di autorità sanitarie e media sui pericoli di malattie che avrebbero giustificato l'allungamento della lista dei vaccini pediatrici obbligatori: da 4 a 10 (si era tentato di arrivare a 12).

Visto che stiamo parlando di numeri, vorrei ricordare che l'allarme sul **morbillo** è stato lanciato in una situazione epidemiologica in cui, negli 11 anni tra il 2007 e il 2017, **il massimo numero di casi di morbillo era stato 5312**, nel 2008 (e in generale si stima, **al massimo**, un decesso per complicanze da morbillo ogni 1000 ammalati). Nel 2008 non si era lanciato alcun allarme, nel 2017 sì. **Perché?**

È chiaro che nel 2020 **senza un coordinamento internazionale e la cooptazione di governi compiacenti** (che i non abituati agli eufemismi sono liberi di tradurre come **corruzione politica e tradimento del mandato parlamentare**) non si sarebbe potuti arrivare a misure estreme come il confinamento delle persone, il blocco delle normali attività scolastiche, sportive, turistiche ecc., la chiusura – spesso definitiva – delle piccole e medie imprese, e la perdita di circa 9 punti del PIL. E non si sarebbe potuti arrivare a promuovere come se fossero salvavita vaccini che, in condizioni normali, nessuno avrebbe mai osato **autorizzare**, e nessuno con un minimo di conoscenza e di rispetto per sé avrebbe mai accettato di **farsi somministrare**.

Ma allora il covid-19 non esiste?

Con tutto ciò, non c'è ragione di negare che una nuova infezione similinfluenzale abbia causato, nel 2020, una sintomatologia peculiare. Del resto, quando si parla di similinfluenze si parla di un **complesso di infezioni** che, accanto a un quadro clinico comune (la “sindrome influenzale”, appunto), hanno ognuna proprie caratteristiche. Ammesso che nel 2020 si sia fatta in Italia, su indicazione dell'OMS, un'analisi virologica più precisa del solito tra i casi di similinfluenza, e si sia identificato un nuovo fattore patogeno, rimane però una domanda: perché fino al 2019 non esisteva, neppure per gli ultimi anni, **un archivio consultabile con la classificazione dei virus similinfluenzali in circolazione anno per anno?**

Non è che l'idea non fosse venuta a nessuno, anzi.

In Italia [esistevano due centri di ricerca](#), il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) e il Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza e le altre Infezioni Trasmissibili (CIRI-IT). Per risparmiare su qualcosa che, con grande lungimiranza, era, a quanto pare, considerato superfluo (ma suona meglio chiamarlo «razionalizzazione della spesa»), l'ISS ha chiuso questi due enti **tra il 2016 e il 2018**.

Una scelta dei tempi perfetta per abbassare i riflettori della ricerca sulle malattie trasmissibili, se si pensa che il decreto Lorenzin sulle 10 vaccinazioni obbligatorie ai bambini è stato promulgato nel 2017...

In particolare il CIRI-IT, nato nel 2015 e sciolto nel 2018, aveva come scopo:

«Ricerca e collaborazione scientifica nel campo della ricerca e della sorveglianza dell'influenza, delle malattie respiratorie acute indifferenziate, delle altre malattie derivanti da infezioni virali (**Sars-Cov**, Aids, Hbv, Hcv, Gastroenteriti, ecc) e di altre malattie trasmissibili».

Sì, tra gli oggetti di studio **c'era anche il SARS-CoV** (non ancora il numero 2, naturalmente).

Il risultato è stato, come ha detto Pierfrancesco Belli, Presidente della Commissione Rischi ed Etica Sanitaria di Incer Institute e membro del Comitato di Indirizzo e Controllo dell'agenzia Regionale di Sanità Toscana, che

«il sistema di sorveglianza esistente in Italia (nonostante gli studi, le pubblicazioni, i milioni e milioni di euro spesi nel tempo), unitamente ai canali di comunicazione e flussi sanitari già esistenti sul territorio, **pur potendolo fare, non sono stati in grado di raccogliere, analizzare, elaborare i dati e quindi attuare le possibili risposte**».

Ma sarebbe stato utile, in pratica, avere in Italia una sorveglianza virologica seria?

A lungo la versione ufficiale è stata che un certo virus, il coronavirus battezzato SARS-CoV-2, era arrivato in Italia **alla fine di gennaio 2020** e che da allora si era diffuso con straordinaria velocità.

Ma non era vero.

Adesso sappiamo che il virus circolava in Italia **almeno dal settembre 2019** («[circolazione molto precoce della Sars Cov2](#)» in Italia sin dal settembre 2019, tra individui asintomatici), secondo uno [studio](#) dell’Istituto nazionale dei tumori di Milano e dell’Università di Siena). Questo cambia il quadro che dobbiamo farci dell’epidemia, e in particolare della contagiosità del virus: perché **fino alla fine di febbraio 2020 questo virus non aveva fatto aumentare gli accessi agli ospedali**.

Anzi, possiamo dire di più: la mortalità generale **fino alla fine di febbraio** era stata addirittura **inferiore a quella della media dei precedenti 5 anni**. E questo anche in Lombardia!

Poiché ho l’impressione che non sia una notizia molto nota – sicuramente non appartiene a quelle con cui gli “esperti” televisivi amano intrattenere il pubblico – riporto qui la [tabella delle variazioni](#)

Tabella 3 – Variazione percentuale dei decessi del 2020 rispetto alla media 2015-2019, per regione, ripartizione e mese

Regione\Ripartizione	gennaio e febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	gennaio-agosto
Piemonte	-11,2	52,8	76,6	9,6	-3,6	-8,3	-5,8	11,5
Valle d’Aosta	-10,8	52,8	70,3	-1,8	-1,1	-16,1	19,6	11,9
Lombardia	-5,8	191,2	117,1	12,2	0,6	-4,9	0,0	38,0
Trentino-Alto Adige	-3,5	62,2	72,6	9,0	1,1	1,4	6,2	18,2
Veneto	-4,8	21,4	30,4	4,1	1,8	1,7	3,6	6,4
Friuli-Venezia Giulia	-4,7	12,3	20,3	-9,4	-6,4	-4,2	0,4	0,4
Liguria	-14,0	53,5	62,0	5,6	-3,7	-6,1	-2,8	9,5
Emilia-Romagna	-6,5	69,1	52,9	3,4	3,2	0,7	1,7	14,6
Toscana	-8,4	12,8	18,4	-5,8	-2,4	-1,6	6,2	1,1
Umbria	-8,8	8,4	1,4	-6,2	-1,1	-8,7	6,0	-2,4
Marche	-6,9	43,7	35,1	-0,7	3,8	-0,5	5,4	8,9
Lazio	-8,6	2,6	3,6	-3,7	-5,4	-1,8	-4,9	-3,5
Abruzzo	-6,7	13,5	15,4	0,1	-5,0	-10,5	-5,9	-0,8
Molise	-15,6	2,8	1,5	3,5	4,4	-5,0	-3,7	-4,1
Campania	-6,0	1,1	1,3	-5,9	-4,7	-3,6	-4,2	-3,5
Puglia	-4,2	11,5	15,7	1,7	5,3	0,3	5,6	3,7
Basilicata	-6,7	-4,6	9,8	3,9	-6,0	-8,0	-2,2	-2,7
Calabria	-9,0	3,4	6,9	2,4	0,8	-2,1	4,9	-0,7
Sicilia	-9,4	-0,6	2,4	-1,1	-6,1	-4,0	5,5	-3,1
Sardegna	-3,3	11,2	10,8	-2,2	-4,8	3,9	5,4	2,1
Nord	-7,2	93,9	74,3	7,2	-0,2	-3,4	-0,1	19,5
Centro	-8,3	12,2	12,6	-4,2	-2,8	-2,1	1,1	-0,2
Mezzogiorno	-6,9	4,3	6,8	-1,3	-2,5	-2,9	1,7	-1,1
ITALIA	-7,3	47,2	39,2	2,1	-1,5	-3,0	0,8	8,6

[percentuali di mortalità ISTAT](#) per i primi 8 mesi del 2020 rispetto alla media 2015-19, divise per regioni.

Nella prima colonna, che ho “incorniciato”, **tutte** le percentuali hanno **il segno meno**. Cioè la diminuzione percentuale della mortalità nel bimestre gennaio-febbraio 2020 è stata un fenomeno nazionale, e **maggiore al Nord** (dove la crisi “covid-19” avrebbe avuto un carattere più vistoso) **che al Sud**.

Come mai il **presunto contagiosissimo virus**, di cui si è detto, instancabilmente, che gli asintomatici sarebbero stati i più pericolosi vettori, **in 6 mesi o più che circolava in Italia non aveva avuto altro impatto sulla mortalità generale che... di diminuirla?**

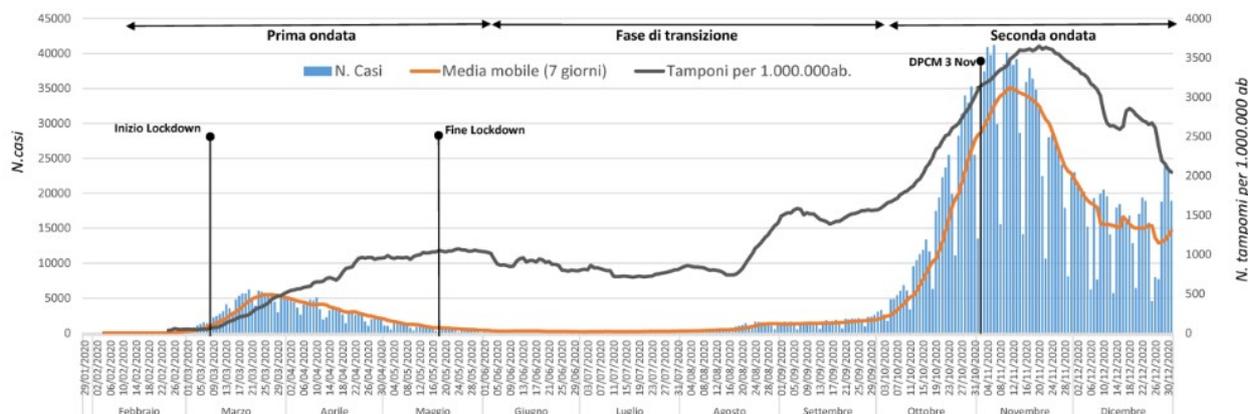
In ogni caso, un opportuno sistema di sorveglianza virologica avrebbe scoperto il SARS-CoV-2 “in tempo reale”, **forse** anche prima che in Cina, e ci avrebbe sicuramente permesso di essere meno impreparati, ed **effettuare interventi mirati e precoci**, previsti anche dal “vecchio” «piano pandemico», se fosse stato necessario. Altro che la questione del [mancato aggiornamento del piano pandemico](#)», di cui si è permesso di parlare anche in inchieste della RAI...

Previsioni

Come ho già detto all’inizio, il fatto che si continuino a contare morti e positivi **a partire dal febbraio 2020**, nonostante l’entrata in scena delle cosiddette “varianti” del SARS-CoV-2 (che sono **altri** virus della stessa famiglia, all’emergenza dei quali è molto probabile che abbia contribuito **proprio** la campagna vaccinale – vedi sotto) è da annoverare tra le tecniche più di successo per

spaventare i cittadini: **il mito del virus invincibile (tranne che con le vaccinazioni, naturalmente)**. Tanto per tornare alla realtà, ecco qual è stato l'andamento dell'epidemia di "casi" nel 2020:

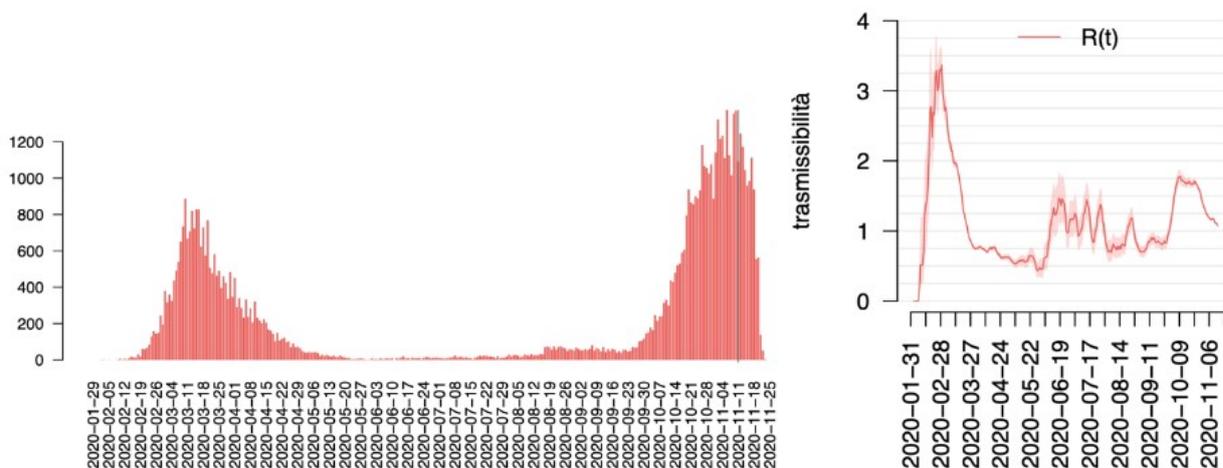
Figura 1. Numero di casi di Covid-19 per data di prelievo/diagnosi e numero di tamponi (per milione di abitanti). Italia, febbraio–dicembre 2020



Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Come si vede, da maggio a settembre c'è stata appunto **la pausa che alcuni avevano previsto**, nonostante il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) del governo continuasse ad allarmare la popolazione con vaticini sulle imminenti nuove "ondate". E no, come si vede chiaramente dal grafico, la fine del "lockdown" **non ha affatto portato a niente che rassomigliasse alla catastrofe paventata**.

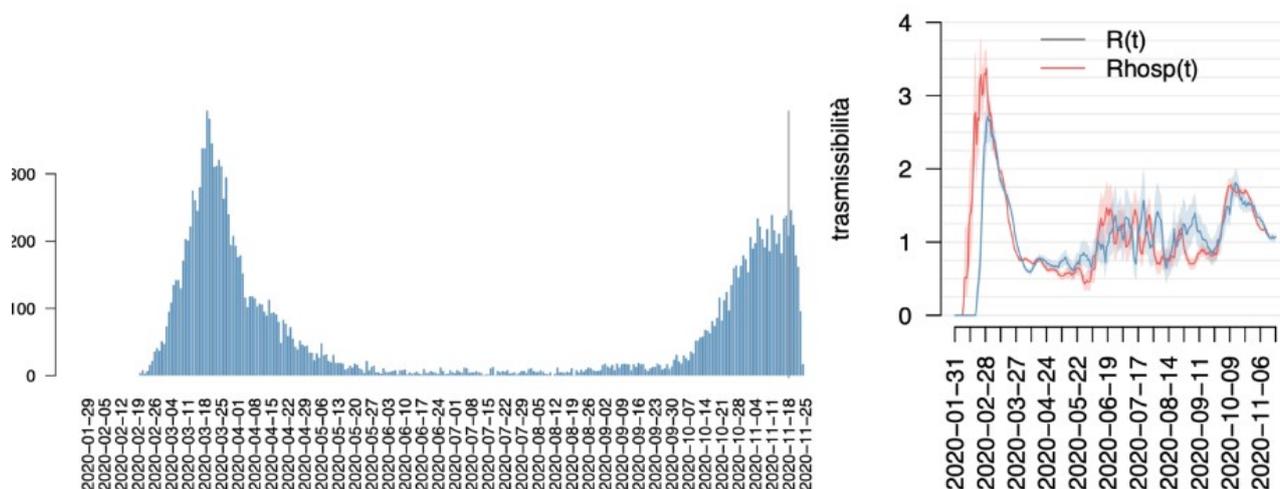
Se ci si chiede da dove provenisse, contro tutta l'esperienza epidemiologica, l'idea che a trattenere le "cateratte" dell'epidemia fosse il confinamento della popolazione, un indizio lo si trova nella modellistica matematica adottata per la previsione della **trasmissibilità** del contagio. Il CTS, che, incredibile ma vero, **non aveva esperti di statistica al suo interno**, non ha ritenuto di doversi rivolgere all'università pubblica italiana per chiedere supporto in materia di modellistica matematica, ma a un ente di diritto privato, la fondazione Bruno Kessler (Trento). Due autori provenienti da questa Fondazione descrivono le tecniche di simulazione numerica utilizzate per il calcolo del parametro R_t o $R(t)$ in un articolo del 20 dicembre 2020 pubblicato sul sito dell'ISS. Per illustrare i frutti di queste tecniche confrontano le loro previsioni da febbraio a novembre a proposito dell'Emilia Romagna:



I dati epidemiologici sono quelli a sinistra. A destra, le previsioni di trasmissione del contagio **tra maggio e agosto** fanno in effetti pensare in effetti a una “seconda ondata” (con $R(t)$ frequentemente al di sopra di 1) **che però non c’è stata**.

Gli autori spiegano che il grafico a destra mette in evidenza «**picchi estivi associati a piccoli focolai, come quelli osservati nel settore della distribuzione, il picco di Ferragosto**», anche se è evidente una risalita di $R(t)$ sopra 1 **già all’inizio di giugno**, cosa che non sembra affatto corrispondere al grafico a sinistra.

Quando si viene a un’altra questione cruciale, quella dell’andamento delle ospedalizzazioni “**covid-19**”, ecco la coppia di grafici corrispondente:, sempre per l’Emilia Romagna



Anche qui si vede (a destra) un aumento delle ospedalizzazioni subito dopo la “riapertura”, che però non corrisponde ai dati osservati (a sinistra). A proposito delle stime di trasmissibilità del contagio giornaliero ($R(t)$ è stimato su base settimanale) gli autori scrivono che «le stime hanno ampia variabilità stocastica, soprattutto per quanto riguarda il periodo estivo, **complessivamente caratterizzato da un numero piccolo di casi**». Era ciò che l’esperienza epidemiologica nazionale e internazionale aveva permesso di prevedere, ma chi lo diceva era stato ignorato. Le proiezioni **avevano tenuto conto di questa circostanza?** Ecco per esempio il titolo di una notizia [apparsa il 20 maggio 2020](#) (la data è importante):

Home > Cronaca > La movida accelera il Coronavirus: “Seconda ondata a giugno”
25/05/2020 | Aggiornato 5 ore 11 minuti

La movida accelera il Coronavirus: “Seconda ondata a giugno”

Questa previsione era molto ravvicinata. Ed ecco che cosa diceva il CTS:

«E gli esperti del comitato – secondo quanto riporta *Repubblica* -, dopo aver ‘ammirato’ quanto accaduto da Napoli a Brescia, passando per Palermo e Milano, **sono certi che una seconda ondata di contagi da Coronavirus arriverà nel mese di giugno.**»

«Una seconda ondata di contagi da Coronavirus **arriverà nel mese di giugno**». Gli «esperti» del CTS **ne sono certi**. La notizia è corredata da una fotografia che fino al 2019 avremmo guardato con simpatia:



Purtroppo, dal febbraio 2020 immagini come questa sono state rilette come **tristi quadri dell'irresponsabilità umana**, e descritte nei telegiornali con parole atte a ispirare **odio** (e tale sentimento è stato effettivamente diffuso tra la parte più mentalmente fragile della popolazione). Il passeggio serale adesso è diventato «**movida**»: ormai basta chiamarlo così per essere certi che è **questo** ciò di cui più dobbiamo avere paura. Poiché può darsi che qualcuno dei miei lettori avrà notizie più complete di me al riguardo, gli sarei grato se mi mandasse una citazione da cui risulti che i profeti di sventura autorizzati **abbiano almeno chiesto scusa per le loro catastrofiche “certezze” infondate, e in particolare per avere avvelenato l'estate del 2020 a milioni di italiani**. A me non è capitato di trovarne, e non credo che sia un caso. Sembra proprio che **fallire le previsioni in maniera che faccia piacere al governo** è, anche nella modellistica matematica applicata all'epidemiologia, **una chiave per il successo**.

La pericolosità del SARS-CoV-2

Un virus può essere pericoloso perché molto **contagioso** (cioè con facile e rapida diffusione) o molto **letale** (cioè chi ne è infettato ha forti probabilità di morire). Queste due proprietà sono in conflitto. In generale, un virus molto contagioso non è anche molto letale, perché la propagazione di un virus o di un parassita dipende dalla capacità del suo ospite di essere in condizioni di trasmetterlo.

Anche l'OMS [tenne a minimizzare](#) il significato della dichiarazione di “pandemia” (termine che suggerisce una rapida e ubiquitaria diffusione) – dichiarazione fatta l'11 marzo 2020 –, in particolare per quanto riguardava la gravità dei sintomi. Fu una dichiarazione piuttosto sottotono, visto che avvenne [a una conferenza stampa](#) invece che attraverso la pubblicazione di un documento ufficiale (nella [cronistoria](#) che l'OMS ha pubblicato del proprio coinvolgimento nella lotta al covid-19 la suddetta conferenza stampa **non è nemmeno citata**).

Del resto si deve ricordare che il più alto livello di allarme dell'OMS non è “pandemia”, ma «emergenza sanitaria di rilievo internazionale» («*public health emergency of international concern* (PHEIC)»), ed essa era stata [dichiarata il 30 gennaio 2020](#). Il che non ha impedito che i media definissero quello che stava avvenendo come “pandemia”. Del resto se si stilano «piani pandemici», aggiornandoli oppure no, vuol dire che una pandemia se la stanno aspettando... e quindi non dovrà arrivare prima o poi? Come si sa, l'OMS aveva dichiarato la pandemia [nel caso dell'H1N1](#) (l'influenza suina), e sicuramente ciò che poi avvenne (risultò [non più grave della comune influenza](#)) l'ha resa **un po' più cauta**.

L'altro parametro della gravità di una malattia infettiva è la sua letalità.

Questo concetto richiede una particolare attenzione nel caso del covid-19. Quando si parla di “letalità” del covid-19 vanno distinte almeno **tre** nozioni, la prima ideale, le altre due sono sue stime (con riferimento, tipicamente, a un’area geografica):

- **letalità-1 (L_1):** la letalità **tra gli aventi in corso un’infezione da SARS-CoV-2;**

- **letalità-2 (L_2):** il rapporto tra il numero dei deceduti **positivi** dall’inizio dell’epidemia, e il numero delle persone che, **sottoposte a tampone oppure no**, siano state infettate in qualche momento dall’inizio dell’epidemia.

- **letalità-3 (L_3):** il rapporto tra il numero dei deceduti **positivi** e il numero delle persone **positive**, sempre dall’inizio dell’epidemia.

Dato che la letalità dipende anche da ciò che i medici hanno capito nel tempo circa il trattamento dell’infezione, si possono adottare, per finalità epidemiologiche, anche definizioni che si riferiscano a intervalli di tempo più recenti.

Una nozione associata a quelle di letalità, ma che è maggiormente legata alla popolazione e all’area geografica è:

- **mortalità:** il numero di deceduti **positivi** per 100.000 abitanti.

(Anche qui bisognerebbe, in realtà, distinguere da questo il senso ideale di mortalità **tra gli aventi in corso un’infezione da SARS-CoV-2** per 100.000 abitanti).

È ovvio che il concetto che più si avvicina alla idea naturale di “letalità dell’infezione da SARS-CoV-2” è L_1 , ma è essenziale che la concomitanza dell’infezione con il decesso **sia valutata, quanto al reale contributo al decesso, su basi cliniche**. Nessun automatismo è lecito **nemmeno a questo livello**.

L_2 è un’approssimazione di L_1 , ma dipende dai **valori predittivi positivi** (= la probabilità che chi risulta positivo sia realmente infetto) del tampone e **degli stessi test sierologici**. Il numero dei deceduti con tampone positivo (tra l’altro: quanto recente?; confermato o no da un secondo tampone positivo?) potrebbe essere di gran lunga superiore a quello dei deceduti con in atto un’infezione da SARS-CoV-2. Ne segue che L_2 è, verosimilmente, un limite superiore per L_1 .

L_3 è invece **decisamente poco affidabile**, poiché dipende non solo dal valore predittivo positivo del tampone, **ma anche da quanti tamponi si facciano**. È il parametro che si cita più spesso, ed è verosimilmente molto maggiore di L_2 . In sintesi:

$$L_1 < L_2 \ll L_3$$

Che cosa si può dire dei valori numerici di questi parametri **in Italia?**

In Italia

In Italia, secondo l’indagine sierologica dell’ISTAT condotta **tra il 25 maggio e il 15 luglio 2020**, solo **1/6** dei sieropositivi è risultato positivo al tampone (= 250.000/1.500.000). **Quindi si poteva stimare una L_2 del 2,3%** (= 35.000/1.500.000), **contro una L_3 del 14%**.

Se tuttora assumiamo che la proporzione tra positivi e infetti sia di 1/6, dato che L_3 è al 7 aprile 2021 il 3,0%, L_2 sarebbe lo 0,5%.

Come possiamo confrontare questo risultato con la mortalità del complesso delle similinfluenze? Ancora una volta, ricorrerò allo studio di riferimento dell’ISS, che dà per **le quattro stagioni influenzali 2013-14/2016-17, prese insieme, i seguenti valori:**

- **persone colpite da una similinfluenza: circa 5.290.000**

- **decessi attribuibili alle similinfluenze: 136.686**

Poiché, in ultima analisi, la base dell’attribuzione di un decesso a una qualche similinfluenza (senza differenziare tra i vari tipi) è una **sindrome clinica** e non un tampone (nello studio citato l’elaborazione statistica è effettuata a partire dalla sorveglianza similinfluenzale, che è ovviamente su base clinica), possiamo dare una stima ragionevole della **letalità similinfluenzale**, senza ulteriori distinguo:

$$136.686/5.290.000 \sim 2,58\%$$

La corrispondente stima di L_2 per il covid-19 è **tra 0,5% e 2,3%**.

Quindi la letalità dell'infezione da SARS-CoV-2 è **dell'ordine di quella similinfluenzale, e forse nettamente inferiore** (fino a meno di 1/5).

Naturalmente il SARS-CoV-2 potrebbe essere molto più contagioso, e quindi non la sua letalità, ma la sua **mortalità** maggiore di quella dell'influenza. Eppure, come abbiamo visto, **ci sono buone ragioni per dubitare di questo presunto primato**: si tratta di un virus che, presente in Italia almeno dal settembre 2019, non aveva avuto effetti positivi sulla mortalità – **al contrario**.

Ciò risponde anche all'obiezione che la stima della letalità dell'infezione da SARS-CoV-2 è fatta in un contesto epidemiologico controllato, con le limitazioni all'interazione sociale imposte dai governi: queste limitazioni fino al febbraio 2020 non c'erano. D'altra parte, **quelli che credono nell'efficacia della vaccinazione antinfluenzale**, dovrebbero considerare che anche la letalità dell'influenza dovrebbe essere stata moderata dall'esistenza e diffusione del vaccino.

Il ragionamento alla base del confinamento

Perché sottolineare i gravi difetti della politica sanitaria anti-covid-19? Per molte ragioni, che a questo punto dovrebbero essere evidenti e ancor più lo saranno dal seguito, ma anche perché **in Italia abbiamo poco di cui rallegrarci**: dopo un anno di restrizioni inizialmente molto rigide, adesso differenziate geograficamente ma pur sempre pesanti, e con una campagna vaccinale in corso da oltre 3 mesi, siamo ancora alle prese con mascherine e distanziamento sociale, scuole e attività commerciali chiuse, e c'è anche chi sta portando avanti l'introduzione di "passaporti vaccinali" per potersi spostare da una regione all'altra.

La parte della popolazione rimasta in grado di riflettere su ciò che le viene detto e imposto vorrebbe ragioni estremamente convincenti per accettare il prolungamento di questa gestione sanitaria. Cerchiamo di ricostruire, dividendolo per punti, il ragionamento alla base del confinamento della cittadinanza "non addetta alle attività essenziali".

1. A gennaio è arrivato in Italia un nuovo virus.
2. Il virus è estremamente contagioso e letale.
3. Tutta la popolazione, non essendo mai stata esposta ad esso, potrebbe infettarsi.
4. Una parte degli infetti avrà bisogno di ricovero ospedaliero.
5. Una frazione di questa parte avrà bisogno di cure intensive.
6. I posti disponibili in ospedale, e soprattutto quelli di terapia intensiva, sono insufficienti per la parte che si prevede debba averne bisogno.
7. Se si lascia che si rivolgano al sistema ospedaliero tutti quelli che, al tasso di infezione attuale, ne avranno bisogno, il sistema ospedaliero sarà vicino al collasso.
8. L'infezione avviene per contatto o prossimità con un infetto, anche all'aperto.
9. Sono infetti e infettivi tutti quelli che risultano positivi al test RT-PCR, che presentino sintomi oppure no.
10. Finché la popolazione non si sarà vaccinata nella stragrande maggioranza, l'unico modo per evitare il collasso del sistema ospedaliero è impedire contatti e spostamenti.

Diciamo subito che il ragionamento era fin dall'inizio una irrazionale **dichiarazione di bancarotta sanitaria** perché si fondava sull'attesa di un vaccino che, come spiegato sopra, non c'era alcuna ragione di pensare né che arrivasse in tempo utile, né che, ammesso e non concesso il suo arrivo in tempo utile, avesse un'efficacia sufficiente per un «ritorno alla normalità». Del resto l'arrivo del vaccino, dopo mesi e mesi che si prometteva il contrario, **è stato accompagnato dall'avvertimento che non per questo si dovessero allentare le restrizioni**. Giornalisti e altri avevano detto e talvolta urlato: va bene, se dobbiamo vaccinarci per tornare alla normalità, vacciniamoci subito! Il vaccino, anzi i vaccini, sono arrivati, ma la normalità... neanche per sogno.

A parte l'attesa messianica del vaccino (a cui hanno dato man forte scienziati che hanno indecorosamente travisato il proprio ruolo), di errori nel ragionamento ce n'erano altri.

Già il punto 1, come adesso è sempre più chiaro, ma era stato detto molti mesi fa, è errato: nel gennaio 2020 non è arrivato in Italia **niente che non fosse già da noi da almeno 4-5 mesi**. Ma questo significa che anche il punto 2 non poteva essere vero: un virus molto contagioso, anche se non eccessivamente letale, avrebbe dovuto incrementare la mortalità e affollato gli ospedali **ben prima del marzo 2020**.

Un altro errore era al punto 9: l'intera visione epidemiologica era viziata da un test che – lo si era capito fin dall'inizio – ha uno scadente valore predittivo positivo.

L'errore politicamente più grave nel ragionamento era però al punto 5. Infatti, come abbiamo visto, che il tasso di ricoveri si mantenesse a livelli elevati non era una legge della natura, **ma dipendeva, in primo luogo, proprio dalle indicazioni del Ministero** ai medici di base e ospedalieri **e dalla paura infusa nella popolazione** a ogni ora del giorno e della notte per mezzo di una comunicazione terrorizzante. Il virus non era, nella popolazione generale, né molto contagioso né molto letale. **La pretesa soluzione era una parte del problema.**

Se il virus non era né molto contagioso né molto letale, le misure da adottare dovevano essere **mirate e previdenti**. In particolare si doveva garantire la **massima tutela alle residenze per anziani**, e soprattutto l'**attivazione delle risorse della medicina di base** per evitare ricoveri ospedalieri inutili e dannosi, **per il paziente stesso non meno che per il funzionamento dei servizi sanitari**.

Il governo si sarebbe dovuto avvalere di una comunicazione costante con i medici di base, invece di alienarsi e richiudersi in secretati conciliaboli con il ristretto gruppo di “esperti” da esso stesso nominati. “Esperti” **italiani**, naturalmente, come se nel momento del pericolo si dovesse rendere omaggio al mito dell'**autarchia delle competenze**. Per essere più concreti: come mai non si è tenuto conto del giudizio contrario al “lockdown” espresso da scienziati **come John Ioannidis e Peter Gøtzsche** – a cui, con tutta la buona volontà e carità di patria, non vedo come si possano paragonare, in materia di epidemiologia sanitaria, i membri del CTS, **né quello vecchio né quello nuovo**? Come mai nelle infinite ore riservate al covid-19 dalla nostra radio e televisione non si è trovato quasi mai spazio per punti di vista diversi da quelli del governo? E nei pochi casi in cui si è invitato qualche ospite non allineato **era per preparargli un “agguato”** – cioè non lasciarlo parlare e ridicolizzarlo? Come mai i nostri “esperti” governativi non hanno ritenuto fosse loro dovere rispondere alle documentate critiche dei cittadini (come [questa](#) e [questa](#)), anzi neppure alle interrogazioni parlamentari sul loro operato, e adoperarsi affinché su scelte di tale entità si aprisse un dibattito aperto a tutti, scienziati e no? Perché alle obiezioni di natura scientifica si è preferito far rispondere da bizzarri e incompetenti personaggi della Rete?

È chiaro che si cercherà di negare a tutti i costi gli errori commessi, come adesso si sta facendo a proposito dei prevedibilissimi “incidenti di percorso” di una campagna vaccinale promossa in maniera irresponsabile. Ma ciò non dovrebbe essere tollerato dall'autorità giudiziaria.

Il confinamento della popolazione ha funzionato?

Ma perché possiamo dire in maniera oggettiva che le misure draconiane prese in Italia **non hanno funzionato**?

Innanzitutto **la posizione dell'Italia ai primissimi posti mondiali per mortalità da covid-19**.

[Al 24 gennaio 2021](#), in termini di morti “covid-19” per 100.000 persone, la media europea era **75,7**. Cioè in Europa 75,7 decessi ogni 100.000 abitanti erano stati etichettati “covid-19”.

Ai primi posti di questa infelice classifica si trovavano (a parte il caso di San Marino):

- Belgio: 179,3
- Slovenia: 171,0
- Repubblica Ceca: 143,5

- Gran Bretagna: 143,4
- **Italia: 140,9**
- Spagna: 117,7
- Francia: 111,0
- Svizzera: 95,9

Che tra Svizzera e Italia ci sia una differenza così forte dovrebbe far riflettere, soprattutto se si considerano **i rapporti con la confinante Lombardia** sotto il profilo del transito della forza lavoro. Ho ricevuto una lettera nel febbraio scorso da un cittadino svizzero che riferisce:

«Qui in Svizzera, la mascherina è stata richiesta nei mezzi pubblici solo ad agosto, ed è stata imposta nei negozi come nei corridoi degli uffici appena a partire dal 12 ottobre. Io ho avuto tra le mani per la prima volta una mascherina in agosto, durante le ferie trascorse in val d'Aosta.»

Del resto il 13 gennaio 2021 l'[agenzia Reuters](#) scriveva «La Svizzera [...] finora è andata più leggera nel restringere attività commerciali e la vita pubblica [...]». Una [analisi comparativa](#) mostra che l'impatto della "prima ondata" in Svizzera è stato **nettamente inferiore** a quello che si è avuto in Lombardia.

Oppure si consideri la Germania, con una proporzione della popolazione anziana paragonabile a quella italiana: stava a **61,9, cioè meno della metà dell'Italia**. Il già citato [rapporto ISTAT-ISS del 5 marzo](#) ammette che qui c'è un problema:

«L'effetto della diversa proporzione di popolazione anziana, tuttavia, **non sembra sufficiente a dar conto delle differenze nell'eccesso di mortalità** quando si confrontano i dati di Paesi, quali ad esempio la Germania, dove a fronte di una proporzione di persone di 80 anni e più leggermente inferiore rispetto all'Italia, **si è osservato un incremento dei decessi totali decisamente più contenuto.**»

E come si spiegherebbe questo fenomeno?

«Nella spiegazione dell'eccesso di mortalità le differenze osservate possono essere dovute, infatti, a molteplici fattori: dalla rapidità di diffusione della prima ondata in alcuni Paesi, dalla velocità di diffusione e **dalle misure di contenimento e mitigazione intraprese.**»

Quindi anche ISTAT e ISS ammettono, seppure a mezza bocca, che **l'azione del governo italiano non ha avuto successo**. Ma come mai continuano a parlare di «rapidità di diffusione» e di «velocità di diffusione» **ignorando totalmente i dati sull'ingresso precoce del SARS-CoV-2 in Italia?**

Si consideri la Svezia, insultata o censurata dai principali media per non aver bloccato l'economia e la vita sociale a differenza di Belgio (dal 9 aprile 2020) e Italia (dal 9 marzo 2020): stava a **109,0**. La Bielorussia, anch'essa senza "lockdown", stava addirittura a **17,3**.

Anche negli Stati Uniti, se si confrontano i diversi stati, si trova che **dal settembre 2020** in poi la Florida, che si è concentrata sulla protezione degli anziani e fragili, ma non ha attuato nessuna chiusura di scuole né di attività commerciali, ha ottenuto [risultati migliori dello stato di New York e della California](#) (la letalità [= L_3] del covid-19 in Florida è dell'1,65%, da confrontarsi con il 3,47% italiano).

C'è chi dice che bisogna prendere in considerazione anche aspetti come la **densità di popolazione**. Consideriamo allora il **Sud-Est Asiatico** (come regione OMS), con l'India che ha non solo una popolazione più che doppia dell'Unione Europea, ma anche una densità di popolazione 4 volte quella dell'UE. Ebbene, in India, sempre al 24 gennaio, la mortalità "covid-19" era **11,1** per 100.000 abitanti: **12,7 volte meno di quella italiana**. Oppure il Bangladesh, un paese poverissimo con 169 milioni di abitanti e una densità di popolazione quasi 6 volte quella italiana: qui stiamo addirittura a **4,9, cioè 29 volte di meno!** Sia in India che in Bangladesh si sono adottati provvedimenti restrittivi per tempi molto più brevi che in Italia. In queste nazioni, è vero, abbiamo a che fare con popolazioni con una [vita mediana](#) molto inferiore a quella italiana (28,7 e 27,9 rispettivamente, contro 46,5 in Italia), ma se consideriamo d'altro lato **le molto peggiori condizioni igienico-sanitarie e alimentari**, un virus con ipotetiche credenziali di aggressività così alte come proclamato avrebbe dovuto produrre proporzioni di infetti e di decessi almeno paragonabili, se non superiori, a quelle italiane.

Il 5 gennaio 2021 è stato pubblicato sullo *European Journal of Clinical Investigation* un articolo dal titolo, in traduzione: "[Valutare obblighi di stare a casa ed effetti della chiusura di attività lavorative sulla diffusione del covid-19](#)", che esamina le misure non farmaceutiche prese in 10 paesi (Inghilterra, Francia, Germania, Iran, Italia, Olanda, Spagna, Corea del Sud, Svezia e Stati Uniti) e conclude:

«Benché non si possano escludere piccoli benefici, non troviamo benefici significativi degli interventi non farmaceutici più restrittivi sulla crescita dei casi. Riduzioni simili possono essere raggiungibili con interventi meno restrittivi»

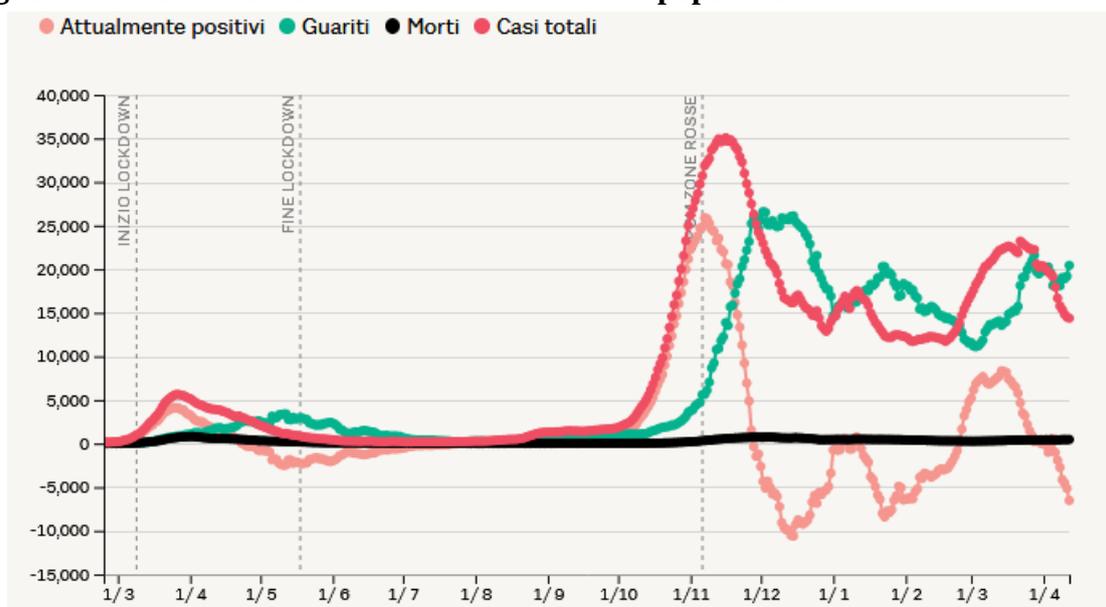
Citai questo articolo e lessi il passaggio qui riportato in una [intervista del 2 febbraio](#), ma non mi risulta che di questa importante revisione (di tre autori, tra cui John Ioannidis) gli italiani siano mai stati informati dai principali canali televisivi.

Si direbbe che le scelte del governo e i pareri del suo CTS siano stati **ibernati** rispetto al normale confronto scientifico. Qualsiasi raffinamento si voglia apportare alle posizioni di Karl Popper sulla demarcazione tra scienza e pseudoscienza, è chiaro che **l'indifferenza alle confutazioni esibita dalle autorità politiche e sanitarie** (non solo in Italia, beninteso) **durante l'emergenza "covid-19" è un sintomo indiscutibile di atteggiamento pseudoscientifico.**

Efficacie vaccinali

Si suppone che in Italia, con i vaccini anti-covid-19 in uso, l'“immunità di gregge” si dovrebbe raggiungere vaccinando fino a un massimo di 80% dell'intera popolazione (vedi [Piano Vaccinale](#)) della popolazione, cioè oltre 48 milioni di persone, per un totale di circa 96 milioni di dosi (trascorrendo il contributo del vaccino Janssen, che è monodose). E per un costo stimato di [1,5 miliardi di euro](#).

Non si sa [in base a quali considerazioni](#) si è fatta la suddetta stima della soglia dell'immunità di gregge, dato che non è nota né la frazione suscettibile della popolazione a inizio campagna vaccinale, né l'efficacia dei vaccini, né la durata di questa, né gli effetti di una campagna vaccinale iniziata a virus circolante e quindi, come sia il buon senso che gli esperti sanitari più avvertiti hanno affermato (si veda [qui](#) e [qui](#)), **destinata a selezionare e potenziare varianti del virus, con conseguenze devastanti sul sistema immunitario della popolazione.**



Nel grafico, che traggo da [questo sito](#), l'evoluzione dei “casi” a partire dal 1° gennaio **non mostra alcun impatto positivo dalla campagna vaccinale** in corso – tutto al contrario! –, e cercare di spiegarselo con l'argomento delle “varianti” è risibile: **tanto varrebbe ammettere che si sta spingendo a più non posso la popolazione a vaccinarsi con un vaccino sbagliato.**

Uno degli argomenti più reiterati a favore dei vaccini anti-covid-19 messi in distribuzione è la loro **efficacia**, quantificata con numeri elevatissimi (cioè prossimi al 100%).

Il vaccino della Pfizer, Comirnaty, è stato [approvato dall'EMA](#) con l'affermazione (subito ripresa da **tutti i principali media**) che «il vaccino dimostrò un'efficacia del 95% nella prova clinica». Questo si trova nel [rapporto dell'EMA](#), e deriva dall'articolo sulla prova del Comirnaty pubblicato il 31 dicembre sul [New England Journal of Medicine](#).

Un'efficacia del 95% sembra altissima. **Ma che cosa significa, veramente?**

È stata fatta una prova clinica in cui **18.198** persone sono state vaccinate, e **18.325** sono state sottoposte a un'iniezione di soluzione salina, senza che né l'operatore sanitario né l'individuo sapesse se dava/riceveva il principio attivo o il placebo. Quindi si è trattato, nelle intenzioni dichiarate, di uno **studio a doppio cieco**. Bisogna però entrare un po' nei dettagli e mi concentrerò su questo caso per illustrare il tipo di esame necessario prima di prendere per oro colato uno studio di efficacia.

a) Doppio cieco?

Innanzitutto va notato, a moderare gli entusiasmi, che i numeri delle reazioni avverse nel campione che aveva ricevuto il vaccino rendono piuttosto debole la pretesa che si sia potuta tenere nascosta la diversa natura dell'intervento [nei due rami del campione](#):

«Più riceventi del [vaccino] BNT162b2 che riceventi del placebo riportarono un qualche evento avverso (27% e 12%, rispettivamente) o un evento avverso collegato (21% e 5%).»

Quindi nel ramo “vaccino” ci sono state reazioni avverse nel 48% dei casi, nel ramo “placebo” nel 17%: cioè tra i vaccinati si è verificato qualcosa come **tre volte** le reazioni avverse che tra i non vaccinati. Per la precisione (EMA):

«Le reazioni avverse più frequenti nei soggetti di età pari o superiore a 16 anni sono state dolore in sede di iniezione (>80%), stanchezza (>60%), cefalea (>50%), mialgia e brividi (>30%), artralgia (>20%), piressia e tumefazione in sede di iniezione (>10%).»

Che in queste condizioni si possa realmente parlare di “doppio cieco” è azzardato.

b) Criteri di esclusione dalla sperimentazione

Ma c'è un'altra questione che non ha ricevuto abbastanza attenzione: i **criteri di esclusione** dalla sperimentazione clinica. In effetti nel selezionare gli individui del campione sperimentale si sono esclusi quelli con [certe malattie e condizioni](#). Vediamone alcune che riguardano i soggetti su cui si sperimentano diversi dosaggi e si effettuano le più approfondite prove di sicurezza (le cosiddette «sentinelle»):

«**Individui ad alto rischio di covid-19 severo**, compresi quelli con uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio:

- **ipertensione**
- **diabete mellito**
- **malattia polmonare cronica**
- **asma**
- **svapatori o fumatori al momento attuale**
- **storia di fumo cronico entro l'anno precedente**,
- BMI > 30 kg/m² [cioè **gli obesi, da lievi in su**]
- quelli che prevedono di essere sottoposti a trattamento immunosoppressivo entro i prossimi 6 mesi
- [...] individui che attualmente lavorano in occupazioni con alto rischio di esposizione al SARS-CoV-2 (per es., **operatori sanitari, personale di intervento per emergenze**).»

E per **tutta la sperimentazione di sicurezza** del vaccino (la fase 1 delle prove cliniche, i risultati della quale si trovano in un [articolo](#), sempre sul *New England Journal of Medicine*, di poco precedente quello citato) sono stati esclusi:

«8. **Individui immunocompromessi** con immunodeficienza nota o sospettata, come determinato da storia e/o esame fisico/di laboratorio.

9. Individui con una **storia di disturbi autoimmuni** o con un disturbo autoimmune in atto richiedente intervento terapeutico, compresi ma non limitati a:

lupus eritematoso sistemico o cutaneo; artrite autoimmune/**artrite reumatoide**; sindrome di Guillain-Barré; sclerosi multipla; sindrome di Sjögren; porpora trombocitopenica immune; glomerulonefrite; tiroidite autoimmune; arterite a cellule giganti (arterite temporale); **psoriasi**, e **diabete mellito insulino-dipendente** (di tipo 1).

10. Diatesi emorragica o condizione associata a una prolungata emorragia che, secondo l'investigatore, sconsiglierebbe l'iniezione intramuscolare.

11. **Donne incinte o che allattano**»

Come risulta dalle pp. 177-8 del protocollo citato, le classi 8,10,11 sono state escluse in **tutta la sperimentazione**.

Trovo sorprendente che nel [foglietto illustrativo del Comirnaty](#) non c'è alcun riferimento a diverse di queste condizioni: per esempio alla psoriasi o al diabete di tipo 1; per le donne incinte e che allattano, la posizione è pilatesca: «chieda consiglio al medico o al farmacista». E quando si viene alle condizioni escluse dalle prove più approfondite di **sicurezza**, si cambia discorso e ci si limita a parlare di **efficacia**:

«Non sono state rilevate differenze cliniche significative **in termini di efficacia complessiva** del vaccino nei partecipanti a rischio di COVID-19 severa, compresi quelli con 1 o più comorbilità suscettibili di aumentare il rischio di COVID-19 severa (ad es. asma, indice di massa corporea (IMC) ≥ 30 kg/m², malattia polmonare cronica, diabete mellito, ipertensione).»

Nel ramo “vaccinato” ci sono state **4 reazioni avverse gravi e due decessi**. Ma poiché 4 decessi si sono verificati nel ramo “placebo” (ma **due di essi «per ragioni ignote»**), gli autori, senza timore del ridicolo, scrivono magnanimente: «Nessun decesso fu considerato dagli investigatori come collegato **al vaccino o al placebo**»! Peccato che i dati completi della sperimentazione non saranno disponibili fino al 2023...

c) **Efficacia assoluta**

Torniamo ai due rami dell'esperimento. Tra quelli che sono stati positivi al tampone nei 7 giorni successivi alla seconda inoculazione (eseguita 21 giorni dopo la prima) hanno mostrato sintomi “covid-19”:

8 – nel ramo “vaccino” (18.198 individui)

162 – nel ramo “placebo” (18.325 individui).

Questo vuol dire che il rischio “covid-19 sintomatico” nel ramo “vaccino” è stato 0,0004 (8 su 18.198, cioè circa 4 su 10.000), mentre nel ramo “placebo” è stata 0,0088 (88 su 10.000). Dunque il rischio suddetto nel ramo “vaccino” è minore di 0,0084 di quello del ramo “placebo”. Cioè si è passati da un rischio dello 0,88% a un rischio dello 0,04%. Questa diminuzione (cioè lo **0,84%**) è l'**efficacia assoluta** del vaccino.

Detta così non sembra sensazionale. E a moderare anche il residuo di entusiasmo va ricordato che quegli 0,84% in più tra i non vaccinati, la percentuale che **potrebbe** dover essere ricoverata in ospedale **dipende strettamente dalle strategie messe in atto per il trattamento domiciliare dei sintomatici**. Con le cure domiciliari da 88 su 10.000 **si sarebbe scesi a 4-5 su 10.000**.

Nella prova clinica suddetta i casi di «covid-19 **severo**» sono stati

1 – nel ramo “vaccino”

9 – nel ramo “placebo”.

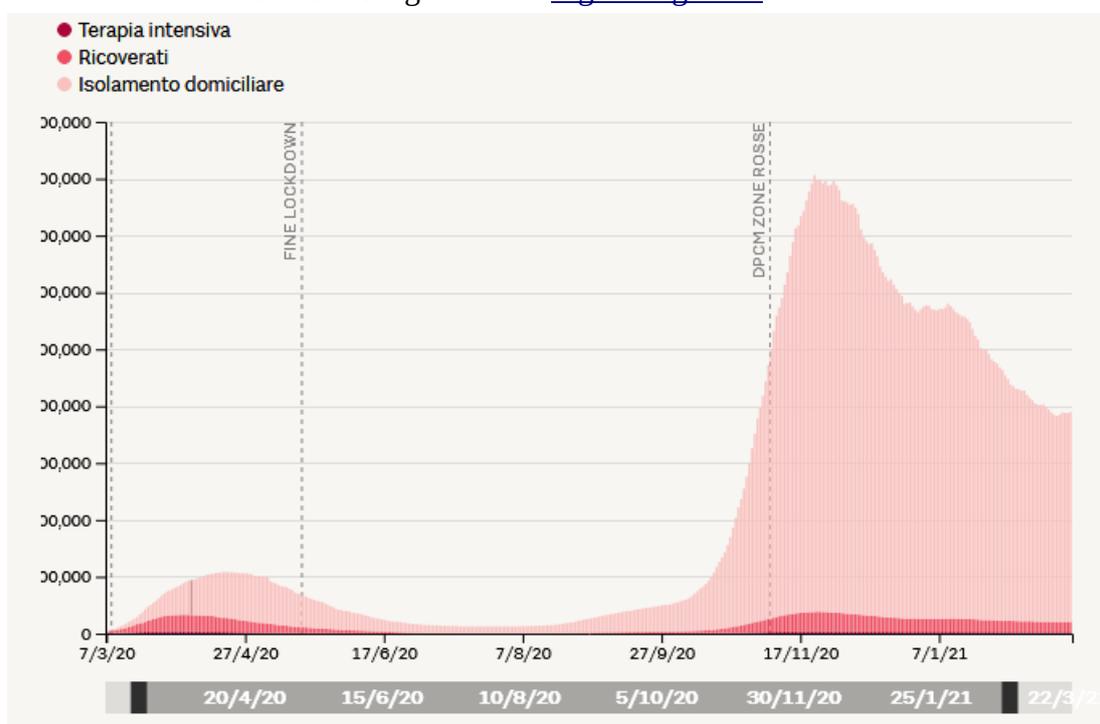
Quindi il rischio “covid-19 severo” nel ramo “vaccino” è stato 0,000054 (1 su 18.198, cioè circa 5 su 100.000), mentre nel ramo “placebo” è stata 0,00049 (49 su 100.000). Dunque la diminuzione di rischio di “covid-19 severo” nel ramo “vaccino” è dello **0,04%**.

Riassumiamo: la probabilità di un ricovero per covid-19 **tra i non vaccinati** che risulta da questa prova clinica è **inferiore a 5 su 10.000**.

Quindi se il **solo** elemento di giudizio per decidere se avviare una campagna vaccinale fosse il numero dei ricoveri “covid-19”, i dati forniti dalla Pfizer potrebbero convincere solo qualche sprovveduto o qualcuno spaventato fino al punto di non essere in grado di riflettere.

d) Risparmiare sui posti letto

E sì, perché un po' di riflessione indurrebbe, innanzitutto, a chiedersi: ma perché, invece di far vaccinare 48 milioni di abitanti, non potenziare le strutture ospedaliere? Anche senza ridurre i ricoveri (il cui aumento, beninteso, è stato largamente conseguenza di scelte **criminali**), **sarebbero bastati 65 posti letto in più ogni 100.000 abitanti** – cioè circa 39.000 in più in tutto il territorio nazionale. Per rendersene conto basta guardare il [seguito grafico](#):



Il massimo di occupazione da parte di pazienti covid-19 è stato 38.393 posti-letto. Le terapie intensive quasi coincidono con l'asse delle ascisse. Naturalmente questi posti letto “covid-19” **non andrebbero sommati a quelli che sarebbero stati occupati per altre malattie**, anche perché è ormai risaputo che le attribuzioni al covid-19 di malati entrati in ospedale per ben altre ragioni è uno degli elementi che [più viziano le statistiche “covid-19”](#). Quindi nel dire che ci sarebbe stato bisogno di 39.000 posti-letto in più sto esagerando per mettermi nella peggiore ipotesi possibile.

Ma prendiamo per buona questa cifra esagerata: sono tanti, troppi, insostenibili per il nostro **bilancio**? Cito il “bilancio” tanto per rendere omaggio a un famoso fatale parametro, lo “spread”, da un anno dimenticato e soppiantato dallo Rt e dalla «curva del contagio»: **come se l'uno valesse l'altro**, dal punto degli effetti voluti sulla popolazione.

In Italia la totalità dei posti letto ospedalieri [secondo Eurostat](#) (ultimi dati: 2018) era:

314,05 posti letto su 100.000,

Mentre la media europea (28 Paesi) era **500,49**: in altri termini **l'Italia aveva il 37% dei posti letto in meno (per ogni 100.000 abitanti) rispetto alla media europea**. Quindi l'aumento suddetto ci

lascerebbe sempre **molto giù** nella graduatoria sanitaria europea, ma almeno ci farebbe **leggermente risalire**.

Però bisogna anche ricordare un altro fatto. I **tagli alla Sanità** operati dagli ultimi governi hanno portato

da **550 posti letto ogni 100.000 abitanti del 1998,**

... **ai 380 nel 2008**

... **ai 364 nel 2010**

... **ai 314 nel 2018.**

Quindi sarebbe bastato non tagliare ulteriormente i posti letto **anche solo partendo da 12 anni prima**. E nel 1998 l'idea di vaccinare un'intera popolazione per evitare 65 ricoveri in più ogni 100.000 persone sarebbe sembrata **non semplicemente sbagliata, ma inconcepibile**.

Ci troviamo, insomma, con una classe dirigente ([governi Prodi, Berlusconi, Monti, Letta, Renzi, Gentiloni, Conte](#)) che invece di correggere i gravissimi errori di gestione del Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi 20 anni, e peggio ancora negli ultimi 10, si è proposta di trasformare la cittadinanza in un esercito di cavie umane.

e) “Salvare vite”

Si potrebbe obiettare: il governo non fa tutto questo per una ragione così triviale come risparmiare sulla Sanità, ma... **per salvare vite!**

Ma una campagna vaccinale di massa con vaccini sperimentali è proprio la strategia più indicata per salvare vite? Evidentemente no, anche perché la stessa brevissima durata della sperimentazione impedisce di valutare le conseguenze a medio e lungo termine dei vaccini. Anzi, neppure la durata e **il tipo** dell'efficacia. Come dichiara lo stesso produttore, la Pfizer, nel [foglietto illustrativo](#):

«Come per tutti i vaccini, il ciclo di vaccinazione a 2 dosi con Comirnaty **potrebbe non proteggere completamente** tutti coloro che lo ricevono, e **la durata della protezione non è nota**. [...] I soggetti potrebbero non essere completamente protetti fino a 7 giorni dopo la seconda dose del vaccino»

Si potrebbe dire: va bene, ma non è vero, almeno, che i vaccinati, 1) se si ammalano, avranno sintomi più lievi e 2) non trasmetteranno l'infezione?

La risposta è che **non si sa** (in particolare **i vaccinati non si illudano di un trattamento privilegiato per mascherine, viaggi ecc.**, come ha confermato anche una recente [sentenza del Conseil d'État francese](#)), e la documentazione accettata dalle agenzie regolatorie, per quanto incredibile sembri, **non fornisce prove in tale senso**. (Il che non impedisce ai soliti noti di blaterare di immunità di gregge a cui ci dovrebbe portare la vaccinazione di massa).

Non si direbbe proprio un grande affare... **per i destinatari del vaccino**, beninteso.

Bisogna anche dire che la pretesa delle autorità nazionali e regionali di voler “salvare vite” è smentita non solo dalla totale indifferenza ai rischi dell'elettrosmog ([di cui si intendono decuplicare i valori limite](#)) e di [inquinanti della catena alimentare come i PFAS](#), ma da una circostanza che è stata notata da molti fin dall'inizio. Citiamo da una [pagina del Ministero della salute](#):

«Si stima che siano attribuibili al **fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno**. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.»

Le stime sono nell'ordine della mortalità “covid-19”, **tranne che per la fascia d'età**. Inoltre bisogna considerare che, come era evidente a chiunque avesse un minimo di buon senso sanitario (ma adesso è stato pure [“autorevolmente” dimostrato](#)), i fumatori sono a maggior rischio di complicanze “covid-19”. Quindi, anche chi fosse interessato a diminuire, **con fanatica unilateralità, i soli** decessi etichettati “covid-19” farebbe bene a disincentivare il fumo. E un governo che riesce a far “stare a casa” la maggioranza di una popolazione avrebbe potuto tentare di esercitare la sua influenza anche in una direzione molto meno dubbia sotto il profilo della tutela della salute.

L'ultimo aggiornamento della citata pagina ministeriale è avvenuto il 29 maggio 2019. L'11 marzo 2020 un decreto del presidente del consiglio (dpcm) Giuseppe Conte precisa quali attività commerciali debbano essere chiuse e quali aperte:

«Sono sospese le attività commerciali al dettaglio, fatta eccezione per le attività di vendita di generi alimentari e di prima necessità individuate nell'allegato 1, sia nell'ambito degli esercizi commerciali di vicinato, sia nell'ambito della media e grande distribuzione, anche ricompresi nei centri commerciali, purché sia consentito l'accesso alle sole predette attività. Sono chiusi, indipendentemente dalla tipologia di attività svolta, i mercati, salvo le attività dirette alla vendita di soli generi alimentari. Restano aperte le edicole, i tabaccai, le farmacie, le parafarmacie. Deve essere in ogni caso garantita la distanza di sicurezza interpersonale di un metro.»

Quindi, per esempio, le librerie devono chiudere (saranno riaperte dal 14 aprile), ma tabaccai (e ricevitorie del lotto – tanto per dare una mano alla **ludopatìa**) restano aperti. Ma non è stato un incidente di percorso. Il dpcm del 26 ottobre 2020 continua a offrire un trattamento [privilegiato per tabaccai \(e ricevitorie lotto\)](#), fino a creare situazioni che hanno suscitato le giuste ironie degli [stessi esercenti](#).

Al fumo di tabacco si attribuiscono [7,1 milioni di morti all'anno in tutto il mondo](#). La statistica dell'OMS sui decessi attribuiti al covid-19 in tutto il mondo [fino al 4 aprile 2021](#) è 2.842.325, cioè il 40% delle morti per fumo. Il fumo di tabacco è quindi un'emergenza sanitaria mondiale nettamente più grave del covid-19 – **e lo è da molti decenni**. Ma in Italia è solo nel 2005 che è entrata in vigore la prima legge che proibisce il [fumo nei luoghi pubblici chiusi](#).

f) Efficacia relativa

Torniamo al vaccino della Pfizer. Allora da dove esce l'efficacia del 95%? Dall'utilizzo di [uno dei più famigerati sistemi](#), molto frequente negli articoli sugli effetti di un nuovo farmaco (specie se finanziati, come di regola, dalle industrie farmaceutiche stesse), e che ha lo scopo di ingigantire i meriti di un nuovo farmaco e in particolare di un nuovo vaccino.

In effetti l'efficacia del vaccino può essere misurata in due modi come efficacia assoluta, come abbiamo fatto sopra, o come **efficacia relativa**. Questa dà, appunto:

$$1 - (\text{rischio vaccinati}) / (\text{rischio non vaccinati}) = 1 - 0,0004 / 0,0088 = 1 - 4/88 = 0,9545\dots$$

cioè la percentuale del 95,4%.

Qui è opportuna una precisazione. Ricordo che quanto più ampio è l'**intervallo fiduciario** di una stima, tanto meno affidabile è la stima. Ora, nella prova clinica qui descritta, gli intervalli fiduciari sono stati:

93,7 (80,6 ÷ 98,8) per 55 < età < 65 (ampiezza: 18,2)

94,7 (66,7 ÷ 99,9) per 65 ≤ età < 75 (ampiezza: 33,2)

100,0 (-13,1 ÷ 100) per 75 ≤ età (ampiezza: 113,1)

L'ultimo di questi intervalli, **che riguarda la fascia d'età più bisognosa di essere protetta**, è non solo enorme ma addirittura **il suo minimo è negativo**, cioè include la possibilità di una **contro-*efficacia*** del vaccino! In altre parole, anche rimanendo nella logica degli autori e in quella “emergenziale” dell'EMA, non si capisce come un vaccino con tali **precarie credenziali** possa essere stato considerato non dico insostituibile, ma anche soltanto un **buon candidato**.

Tornando all'efficacia relativa, per capire come possa servire a dare un'idea esagerata delle virtù di un trattamento, basta notare che se invece di 0,0004 e 0,0088 avessimo un vaccino e una infezione per i quali i numeri corrispondenti fossero gli stessi **ma divisi per, diciamo, 1000 (o per qualsiasi altro grande numero)**, l'efficacia relativa sarebbe la stessa. Ma se su 10 milioni di persone ad ammalarsi fossero 88, anche se il vaccino facesse scendere il numero a 4 **ciò non avrebbe il**

minimo impatto sul sistema sanitario. In particolare nessuno considererebbe mai una buona idea lanciare una campagna vaccinale – nessuno, cioè, salvo chi ci guadagna o vuole usare il vaccino per finalità diverse da quelle dichiarate. Ma per imporre un’agenda vaccinale in una situazione del genere la strategia pubblicitaria migliore **sarebbe appunto citare l’efficacia relativa**: perché allora si potrebbe dire che il vaccino ha un’“efficacia” del 95%.

Quindi citare l’efficacia relativa invece che quella assoluta è, quando i vantaggi assoluti sono piccoli e il rischio di ammalarsi basso, un ben sperimentato sistema per evitare di entrare nella questione dell’**entità dell’effetto sanitario** della campagna vaccinale.

Quand’è che l’efficacia relativa e quella assoluta di un vaccino coincidono? In un solo caso: quando la probabilità di ammalarsi nella popolazione rilevante è del 100%. Cioè quando è **sicuro** che, senza vaccino, prima o poi si ammalerebbero **tutti**.

Questo non è mai accaduto nemmeno con le peggiori epidemie storicamente note. E chi definisce la soglia di “immunità di gregge”, naturale o prodotta da un vaccino (in base al modello matematico SIR da cui proviene il parametro di trasmissione $R(t)$) deve tenere presente che prima che inizi la campagna vaccinale potrebbe esistere **già** una frazione immune della popolazione – il che, nel caso di una campagna iniziata a epidemia in corso da mesi è del tutto evidente. Se si assume invece che tutti i non vaccinati siano suscettibili (compresi quelli colpiti da covid-19 e guariti?), allora si può argomentare che, come per esempio [nel caso dei comuni vaccini antinfluenzali](#), non ci sarebbe immunità di gregge **neppure se tutti si vaccinassero**. Eppure sui vaccini influenzali c’è un’esperienza e un lavoro di ricerca enormemente superiori che nel caso dei vaccini anti-covid-19.

g) L’omissione dei casi “sospetti covid-19”

In un articolo [apparso il 4 gennaio sul BMJ](#), Peter Doshi ha rivelato che tra i dati non comunicati al pubblico (in particolare nel [rapporto della Pfizer](#) e nell’articolo del *New England Journal of Medicine*) c’era che tra i soggetti dei due rami del campione non c’erano stati solo i già citati 8 (tra i vaccinati) e 162 (tra i non vaccinati) casi di covid-19 sintomatico, ma **anche**, rispettivamente, 1594 e 1816 casi di «sospetto covid-19»: cioè **casi clinicamente equivalenti al covid-19 sintomatico, ma senza positività del tampone** (N.B.: non è sicuro nemmeno se siano stati o no testati!).

Marco Cavaleri [dell’EMA](#) ha così commentato, dando alcuni dei numeri mancanti:

« Tra tutti i partecipanti allo studio, 3.410 hanno avuto sintomi di malattie respiratorie: 1.594 nel gruppo vaccino e 1.816 nel gruppo placebo. La maggior parte di questi è risultato negativo al test di laboratorio per il Sars-CoV2 (circa il 78% in ciascun gruppo) e non sarebbe ragionevole presumere che fossero falsi negativi, **considerando le eccellenti prestazioni e le alte percentuali di accuratezza e sensibilità del test molecolare (PCR).**»

Per inciso, queste lodi della sensibilità del tampone non sono unanimi. Per esempio in [questo articolo](#) del maggio 2020 si legge che il tasso di falsi negativi è «scandalosamente alto», in quanto arriva al 67% entro i primi 5 giorni dopo esposizione all’infezione, ed è minimo nell’ottavo giorno, ma pur sempre molto alto: 21%. Ma quello che segue è più interessante:

«I risultati della PCR **non erano disponibili o sconosciuti per circa il 22% dei partecipanti in ciascun gruppo (342 nel gruppo vaccino, 400 nel gruppo placebo)**. Le ragioni per la mancata disponibilità dei risultati della PCR sono ben bilanciate tra i gruppi, eliminando qualsiasi potenziale distorsione dei dati dovuta alla frequenza dei tamponi mancanti tra i gruppi vaccino e placebo.»

«Ben bilanciate» forse qui vuol dire che si trattava di percentuali simili nei due gruppi. Tuttavia, se si assumesse, per prudenza, che quel 22% non disponibile o sconosciuto fosse, in **entrambi** i gruppi, **positivo**, i due rischi “covid-19” diventerebbero:

nel ramo “vaccino”: $(8+342)/18.198 \sim 0,0186$

nel ramo “placebo”: $(162+400)/18.325 \sim 0,0306$

e quindi l’efficacia relativa diventerebbe:

$$1 - 0,0186/0,0306 = 1 - 186/306 = 0,3921\dots$$

cioè il 39%: meno del minimo (50%) richiesto dalla Food and Drug Administration per l'approvazione di un vaccino.

Naturalmente nessuno può dire se la mancanza dei dati relativi a 3410 partecipanti alla prova clinica sia stata solo una sfortunata fatalità, anche se ammetto di non ritenere adeguatamente tutelato l'interesse pubblico da un'agenzia regolatoria che, **in un contesto del genere**, crede... nel fato.

Quello che è certo è che, come abbiamo appena visto, l'omissione di meno del 10% dei dati può portare a una **cruciale sopravvalutazione** dell'efficacia.

Teniamo presente che i dati sono forniti da chi 1) produce e vende il vaccino (direttamente ai governi, senza bisogno di convincere il singolo medico a prescrivere!), **2) pretende (e, quel che è peggio, ottiene) lo scudo legale nel caso di danni accertati.**

Non so chi, **in piena lucidità**, accetterebbe non dico di farsi vaccinare, ma di acquistare un elettrodomestico, a queste condizioni.

Aggiunta 19.V.2021. Il 20 aprile è apparso su *Lancet* un [articolo](#) che confronta efficacia relativa ed efficacia assoluta per 5 vaccini, compreso lo Pfizer-Biontech. Ecco una sintesi dei risultati:

vaccino	efficacia relativa	efficacia assoluta
Pfizer-Biontech	95%	0,84%
Moderna	94%	1,2%
Janssen	67%	1,2%
Astra-Zeneca	67%	1,3%
Gamaleya	90%	0,93%

Questa tabella spiega come mai anche per gli altri vaccini ci si è ben guardati dal citare sui principali media le efficacie assolute...

Terapie intensive

La percentuale dei posti letto in terapia intensiva (TI) occupati in una data regione è uno dei criteri utilizzati per decidere in quale fascia la regione vada collocata, cioè a quali restrizioni sulla circolazione e sull'attività dei cittadini vada sottoposta. Il 30% dei posti letto in TI occupati da pazienti covid-19 è una **soglia d'allerta** per il Ministero della Salute.

Il seguente [schema](#) dà lo stato dei posti di terapia intensiva nelle regioni italiane al **7 febbraio 2021**, dove **PO** = posti occupati, **PD** = posti disponibili, **PA**= posti attivabili.

Regioni	PO (30% PD)	PD	PA
Abruzzo*	70 (57)	189	0
Basilicata	6 (26)	88	13
Calabria	20 (46)	152	25
Campania	110 (186)	620	36
Emilia R.	181 (227)	757	0
Friuli V.G.*	58 (53)	175	0
Lazio	232 (283)	943	193
Liguria	59 (65)	217	18

Lombardia*	368 (367)	1.224	306
Marche*	79 (70)	233	40
Molise	12 (12)	39	0
Pa Bolzano*	37 (30)	100	0
Pa Trento	27 (27)	90	15
Piemonte	128 (188)	628	99
Puglia	159 (171)	569	80
Sardegna	25 (62)	208	35
Sicilia	145 (250)	832	196
Toscana	144 (166)	552	11
Umbria*	85 (39)	130	2
V. d'Aosta	2 (6)	20	12
Veneto	98 (300)	1.000	0
Italia	2.045 (2.631)	8.766	1.081

Ho messo l'asterisco alle 6 regioni che avevano superato la soglia del 30%. **Se la soglia fosse stata fissata al 40%**, solo **una** regione (l'Umbria) sarebbe stata in zona critica. Ma qual è il fondamento razionale di scegliere il 30% come soglia critica? Non sono riuscito a trovare, neppure chiedendo a esperti del settore, **ragioni solide per una scelta che ha determinato la sorte economica e sociale delle regioni.**

Per giunta, che sicurezza si ha che i pazienti "covid-19" che hanno fatto superare il 30% fossero **veramente** "covid-19"? Gli incentivi dati agli ospedali con ricoveri "covid-19" possono aver indotto in tentazione le dirigenze di quelle che sono e non a caso si chiamano **"aziende sanitarie"** (e, inutile dire, [il problema non è solo italiano](#)). Per esempio l'ex capo della Protezione civile, Guido Bertolaso, ha ricordato [nell'ottobre scorso](#) che:

«Per ogni paziente **Covid in rianimazione gli ospedali incassano fino a 2000 euro [al giorno]**. La tariffa, in media, è di 1500 euro, poi ci sono quelli che incassano 2000. E quelli che ne incassano mille.»

E ha poi precisato:

«C'è un listino prezzi per ogni patologia. Per quello che riguarda il Covid, quando viene ricoverato in terapia intensiva o in rianimazione, la stragrande maggioranza dei casi, la Regione ti riconosce 2000 euro al giorno. È evidente quindi che nel momento in cui tu costruisci un ospedale che serve per la rianimazione del Covid, dagli altri ospedali sono un po' reticenti a trasferire i malati agli ospedali dedicati al Covid. Perché perdono ovviamente 2000 euro al giorno per ogni paziente che viene trasferito. **Si sa che gli ospedali pubblici vivono grazie a quelli che sono i contributi regionali. Quella è una forma per sistemare bilanci che spesso sono ballerini e traballanti. Questa è la realtà che riguarda il nostro Paese per questo genere di problematiche.**»

Questa testimonianza, con riferimento a dati di uno [studio dell'Università Cattolica](#), suscita ulteriori dubbi sull'attendibilità della classificazione "paziente covid-19" nei ricoveri ospedalieri, e quindi sul valore dell'indicatore "occupazione posti di terapia intensiva da parte di pazienti covid-19". Dico "ulteriori", perché lo stesso accertamento del "paziente covid-19", anche a prescindere da ipotesi su secondi fini, è problematico.

Faccio presente che la situazione attuale sta mostrando numeri più elevati che nel febbraio scorso di occupazione delle terapie intensive – un ulteriore indizio che la campagna vaccinale non sta alleggerendo ma **aggravando**, come molti avevano previsto, il carico “covid-19”.

Reazioni avverse

Tutti i farmaci hanno controindicazioni e reazioni avverse. Nel caso dei vaccini, questo lato della questione dovrebbe essere preso in considerazione **più seriamente che per i normali farmaci**, perché i vaccini si somministrano a persone sane o comunque non affette dalla malattia che si vorrebbe, appunto, evitare. Invece l'impostazione delle autorità sanitarie e dei governi è da sempre, e ancor più nel caso di vaccini sperimentali come quelli anti-covid-19, ispirata a ciò che si può correttamente definire come **negazionismo del danno vaccinale** – inteso come un irrazionale scetticismo sulle segnalazioni delle reazioni avverse da vaccino. Il formulario attraverso cui si esprime è ben noto e in queste settimane sfruttato fino al ridicolo – ridicolo per manifesta falsità o impertinenza:

- “non bisogna fare allarmismo”;
- “è solo una coincidenza”;
- “correlazione non significa causalità”;
- “la relazione temporale non significa causalità”;
- “non è dimostrato il nesso di causalità”;
- “la Scienza dice che i vaccini anti-covid-19 sono efficaci e sicuri”;
- “i danni da vaccino, ammesso che esistano, sono sempre minori di quelli della malattia”.

Chi conosce qualcosa della **storia dell'ultimo secolo di negazioni ostinate** ([qui](#) e [qui](#)) della nocività di sostanze o agenti fisici (compreso il fumo di tabacco) non si stupirà se anche con i vaccini si assista alla frequentissima collusione tra le industrie che li producono, i governi che li acquistano, e gli scienziati finanziati in forme dirette o indirette per fungere da “periti di parte” (spesso mascherati) dei produttori – in questo caso con, in più, la benedizione di bioeticisti e autorità religiose. Certo, è avvilente che scienziati si prestino a umiliare il robusto buon senso dei cittadini nel **riconoscere i pericoli** – buon senso su cui si è basata per millenni la tradizione alimentare di cui, almeno in alcuni dei nostri momenti migliori, siamo tuttora eredi.

Un esempio recente di scetticismo di dubbio valore, nello stile dei “classici” del genere, è il [comunicato dell'AIFA il 14 marzo 2021](#) sul vaccino Oxford-AstraZeneca:

«I casi di decesso verificatisi dopo la somministrazione del vaccino AstraZeneca **hanno un legame solo temporale. Nessuna causalità è stata dimostrata tra i due eventi**. L'allarme legato alla sicurezza del vaccino AstraZeneca non è giustificato.

AIFA sottolinea che le attività di farmacovigilanza proseguono sia a livello nazionale che europeo in collaborazione con EMA, monitorando con attenzione possibili effetti avversi legati alla vaccinazione.

AIFA rassicura fortemente i cittadini sulla sicurezza del vaccino AstraZeneca per una ottimale adesione alla campagna vaccinale in corso.»

Si noti il “non sequitur”: se la causalità **non** è stata «dimostrata» (da chi?, con quali mezzi?, con che grado di assenza di conflitti di interesse negli investigatori?), non ne segue che il legame «è solo temporale», ma che, **alla luce delle prove considerate**, potrebbe esserlo. E che cosa significa che AIFA «monitor[a] con attenzione possibili effetti avversi legati alla vaccinazione» se l'intera farmacovigilanza è **basata sulle segnalazioni spontanee**, e come tale affetta, come tutti sanno o dovrebbero sapere, da una **sottovalutazione sistematica** stimata tra il **95%** a oltre il **99%**? Cioè: le reazioni reali si ottengono da quelle riportate **moltiplicando queste ultime tra 20 e oltre 100**.

(Per inciso: si è mai sentito citare questo fatto in qualcuno degli innumerevoli servizi televisivi sui vaccini anti-covid-19? Vogliamo ancora chiamare “giornalismo” **l'accurata omissione di elementi essenziali perché i cittadini possano prendere decisioni razionali?**)

Il giorno dopo il vaccino AstraZeneca è stato [sospeso anche in Italia](#) – «in via del tutto precauzionale e temporanea», per carità. Nel frattempo il nome del vaccino è cambiato: adesso si chiama **Vaxzevria**.

Meno di un mese dopo, il 7 aprile, EMA ha [riveduto le proprie precedenti certezze](#), con un comunicato intitolato «EMA conferma che il complessivo benefici-rischi rimane positivo» («*EMA confirms overall benefit-risk remains positive*»), e presentato in una conferenza stampa, ma ammette che:

«insoliti coaguli di sangue con basse piastrine nel sangue dovrebbero essere elencati come effetti molto rari di Vaxzevria [*unusual blood clots with low blood platelets should be listed as very rare side effects of Vaxzevria*] [...] in vene cerebrali (trombosi del seno venoso cerebrale, CVST) e nell'addome (trombosi della vena splancnica), e in arterie»

Insomma, vaccinarsi con Vaxzevria può far morire (EMA riconosce in tutto 18 decessi). Ma su che cosa si basa l'affermazione relativa al bilancio costi-benefici? Ecco l'argomento:

«Covid-19 è associato a un rischio di ospedalizzazione e morte. La combinazione riportata di coaguli di sangue e di basse piastrine è molto rara, e i benefici complessivi del vaccino nel prevenire covid-19 superano i rischi di effetti collaterali.»

Ora, è impossibile quantificare il rischio di «ospedalizzazione e morte» al di fuori del contesto socio-sanitario e delle indicazioni dei governi sulla gestione del covid-19 – e neanche all'EMA sono disposti ad apparire così stupidi da disconoscerlo. Quindi l'EMA corregge la mira terminando con la seguente raccomandazione:

«La raccomandazioni di EMA sono il fondamento su cui i singoli Stati Membri dell'UE progetteranno e implementeranno le proprie campagne vaccinali nazionali. **Queste possono differire da paese a paese, in dipendenza dai loro bisogni nazionali e dalle circostanze**, quali tassi di infezione, popolazioni prioritarie, disponibilità del vaccino e tassi di ospedalizzazione.»

Insomma, la frase (diventata un mantra) “i benefici superano i rischi” significa in realtà che la responsabilità di accertare **se si applichi o no** spetta ai singoli governi nazionali. Non mi pare che sia questo il messaggio fatto passare dai nostri media e dai nostri governanti. Secondo EMA, la situazione al 4 aprile era la seguente:

«un totale di 169 casi di CVST e di 53 casi di trombosi della vena splancnica è stato riportato a EudraVigilance. Circa 34 milioni di persone sono state vaccinate in EEA e Gran Bretagna a questa data. I dati più recenti non cambiano le raccomandazioni del PRAC [= Comitato di Farmacovigilanza per la Valutazione del Rischio].»

Ora 6,53 milionesimi (= $(169+53)/34.000.000$) sembra un numero piccolo, ma quando si considera la sottonotifica per un fattore almeno tra 20 e 100, arriviamo a 13-65 casi di reazioni avverse gravi (comprese le trombosi, ma non solo) su 100.000. Se teniamo conto del fatto che, [al contrario del covid-19](#), gravi reazioni avverse ai vari vaccini anti-covid-19 hanno colpito anche persone ancora giovani e senza problemi di salute noti (si veda per esempio questa lista di [notizie di cronaca](#) compilate dal Comilva), è chiaro che ci troviamo di fronte a una campagna vaccinale non solo azzardata, ma dannosa.

D'altra parte, chi doveva intendere il pronunciamento di EMA **ha inteso**, ed ecco perché assistiamo in questi giorni a una [clamorosa divergenza tra le prese di posizione dei governi europei in merito a Vaxzevria](#):

- l'Italia e la Germania raccomandano il Vaxzevria sopra i 60;
- Belgio e Francia lo raccomandano sopra i 55 anni;
- la Francia consiglia ai vaccinati con una sola dose, di assumere una seconda dose, ma di un **altro** vaccino (insomma: **un esperimento sull'esperimento!**), [suscitando stavolta le rimostranze anche dell'OMS](#);
- il Regno Unito raccomanda di non darlo al di sotto dei 30 anni;

- Danimarca, Finlandia, Norvegia e Castilla y León (una regione della Spagna) lo hanno sospeso del tutto.

Non esattamente quanto aveva auspicato il membro “sanitario” della Commissione Europea, Stella Kyriakides, che cioè i paesi dell’UE «parlassero con una sola voce», per non rischiare una perdita di fiducia popolare nei vaccini – per non dire di [personaggi nostrani](#) che arrivano a sospettare la Germania di voler favorire il vaccino Pfizer Biontech per biechi interessi economici: ohibò, **ma questo è complottismo!...**

Ovviamente anche gli altri vaccini, e in particolare lo Pfizer-Biontech, hanno a proprio carico un importante numero di segnalazioni, a livello nazionale e internazionale. L’ultimo rapporto della sorveglianza europea ([al 3 aprile](#)) dà i seguenti numeri per le segnalazioni di reazioni avverse in Europa riguardanti il vaccino Pfizer:

Number of individual cases by Age Group

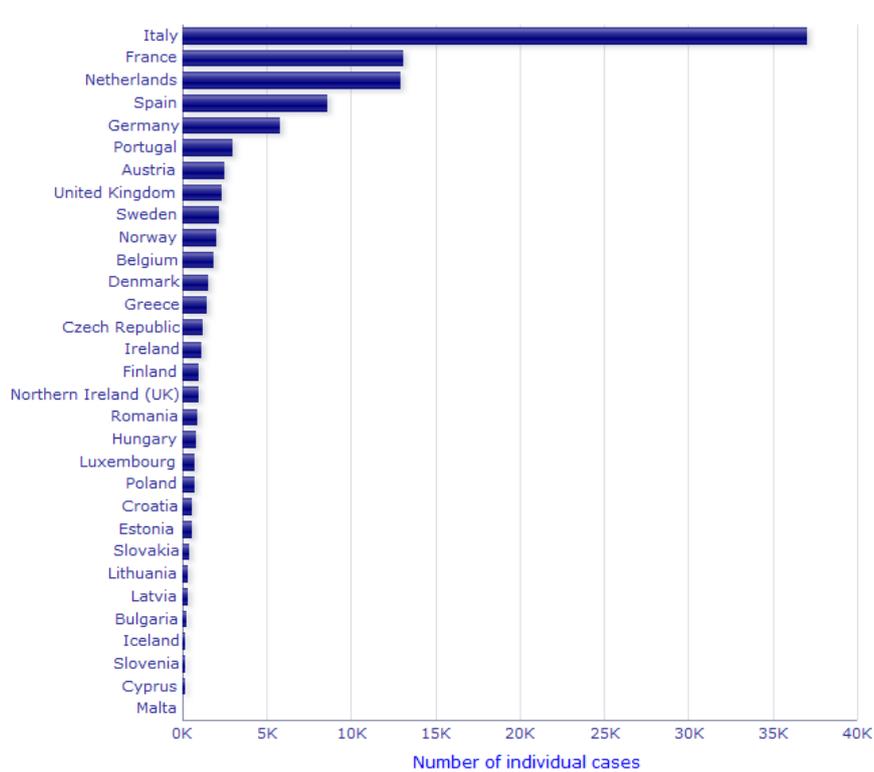
Age Group	Cases	%
Not Specified	6,546	5.1%
0-1 Month	35	0.0%
2 Months - 2 Years	55	0.0%
3-11 Years	36	0.0%
12-17 Years	100	0.1%
18-64 Years	100,665	78.8%
65-85 Years	13,571	10.6%
More than 85 Years	6,781	5.3%
Total	127,789	100.0%

e per il vaccino [Astra-Zeneca](#):

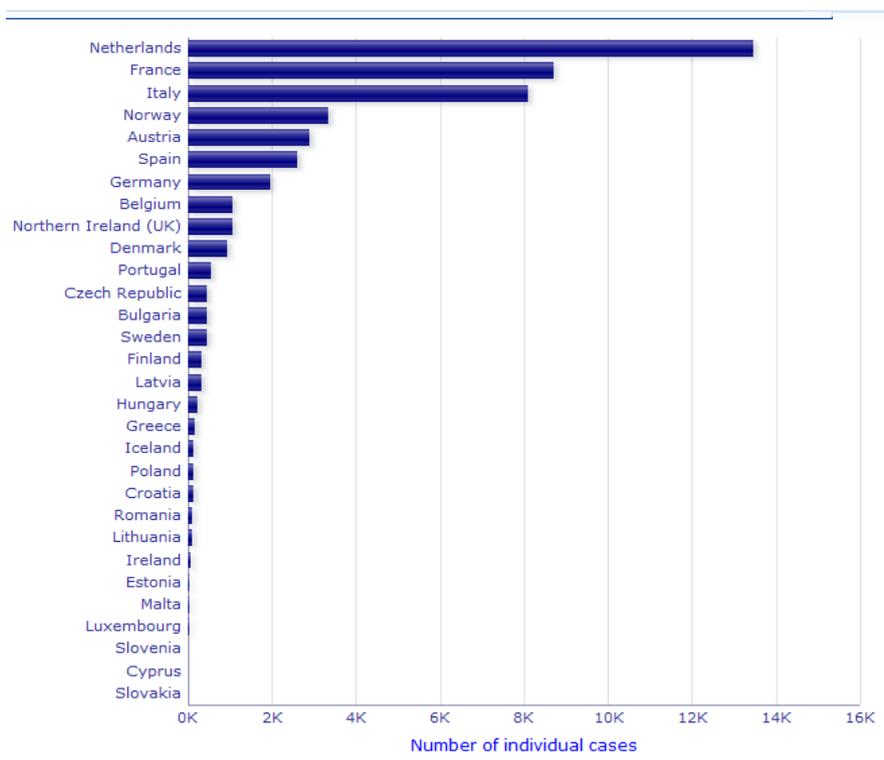
Number of individual cases by Age Group

Age Group	Cases	%
Not Specified	7,191	5.4%
0-1 Month	171	0.1%
2 Months - 2 Years	270	0.2%
3-11 Years	283	0.2%
12-17 Years	136	0.1%
18-64 Years	104,488	78.4%
65-85 Years	19,874	14.9%
More than 85 Years	897	0.7%
Total	133,310	100.0%

Per quanto riguarda la classifica dei paesi europei quanto alle reazioni avverse dei due vaccini, ecco quella per il vaccino Pfizer:



Ed ecco quella per l'Astra-Zeneca:



Se si considera che l'Italia era [al 6° posto](#) per dosi di vaccino somministrate dopo Gran Bretagna, Turchia, Germania, Russia, e Francia, la posizione al 1° e 3° posto rispettivamente dovrebbe essere motivo di seria preoccupazione per le nostre autorità sanitarie.

Il vaccino Janssen non è stato ancora distribuito in Italia, perché il giorno dell'arrivo delle prime scorte, il 13 aprile, la FDA lo ha sospeso: come l'Astra Zeneca, alias Vaxzevria, [anch'esso è stato associato a trombosi anomale](#). Gli scienziati nostrani ne avevano già programmata, a febbraio, una sperimentazione [su bambini e ragazzi dai 2 mesi a 18 anni](#) – precisamente la classe d'età di quelli

che, sia come soggetti passivi che attivi del “contagio covid-19”, [hanno meno e di cui si ha meno da temere](#). Ma anche per il vaccino Pfizer è già iniziata una sperimentazione sui bambini dai 2 agli 11 anni. C'è da chiedersi che genere di **consenso informato** sia stato dato dai genitori delle piccole cavie e quale **comitato etico** ha avallato l'esperimento.

Altre ragioni per avere dubbi su un vaccino

Per alcuni vaccini (come Astra Zeneca e Janssen) sono incline a pensare che se i loro ingredienti fossero descritti alla televisione, dal giorno dopo pochissimi accetterebbero di vaccinarsi con essi. Per esempio ecco la composizione di «[COVID-19 Vaccine AstraZeneca, sospensione iniettabile](#)», che si somministra in due dosi a distanza di 4-12 settimane, «in soggetti di età pari o superiore a 18 anni» (N.B.: di mio c'è solo la sottolineatura in rosso):

Una dose (0,5 mL) contiene:

Adenovirus di scimpanzé che codifica per la glicoproteina spike del SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S)*, non inferiore a $2,5 \times 10^8$ unità infettive (U.Inf)

*Prodotto in cellule renali embrionali umane geneticamente modificate (HEK) 293 e mediante tecnologia del DNA ricombinante.

Questo prodotto contiene organismi geneticamente modificati (OGM).

Vorrei condividere alcuni dubbi in merito:

- chi non sia particolarmente entusiasta di **alimentarsi** con OGM non **potrebbe** avere qualche ragionevole perplessità a **farseli iniettare**?

- chi abbia dubbi di natura etica sull'uso di cellule embrionali umane e la loro provenienza (cioè **da aborti**) non **potrebbe** essere un po' esitante a utilizzare un farmaco prodotto con il loro uso?

Per quanto riguarda il secondo punto, avrei un'opinione migliore dei bioeticisti, che continuano a fare il peggio di cui sono capaci (per non dire della [Pontificia Accademia per la Vita](#)), se li vedessi impegnati seriamente a discutere le argomentazioni contenute, ad esempio, [qui](#).

Conclusione

Un aspetto che dovrebbe preoccupare chi abbia a cuore il buon nome della scienza presso l'opinione pubblica è che per nessuna delle misure avallate dal Comitato Tecnico Scientifico si è stabilito in anticipo **un criterio di insuccesso**. Come si fa a spacciare per “misure basate sulla scienza” quelle che, di fronte ai ripetuti fallimenti, possono essere difese solo 1) accusando i cittadini (in realtà obbedientissimi!) di non essere stati abbastanza osservanti, e 2) ripromettendosi di inasprirle? Sembra un caso ideale dell'acuta osservazione dello psicologo Paul Watzlavick: «**più della stessa cosa è una delle più efficaci ricette per il disastro che si è gradualmente evoluta sul nostro pianeta**».

A proposito dell'obbedienza degli italiani ciò che mi ha più sorpreso in quest'anno è constatare la prontezza a osservare le regole dei vari dpcm **andando anche oltre** quanto espressamente richiesto. Poi mi sono reso conto che la **sfrenata decretazione** (dpcm, decreti-legge, ordinanze) mirava a confondere e a infantilizzare la popolazione, paralizzandola nel timore costante di aver infranto qualche codicillo sconosciuto. Un esempio secondo me degno di essere discusso nelle scuole è tratto dal [dpcm del 2 marzo 2021](#), e riguarda le **mascherine**. Ecco l'articolo 1 comma 1 (il grassetto, qui come altrove in questo articolo, è mio):

« Art. 1. **Dispositivi di protezione delle vie respiratorie e misure di distanziamento**

1. **È fatto obbligo** sull'intero territorio nazionale di avere sempre con sé dispositivi di protezione delle vie respiratorie e di **indossarli** nei luoghi al chiuso diversi dalle abitazioni private e **in tutti i luoghi all'aperto**.»

Se la lingua italiana, a sette secoli dalla morte di Dante Alighieri, è ancora patrimonio dei cittadini, questo comma prescrive che si indossino le mascherine «in tutti i luoghi all'aperto». Ecco quindi spiegato perché anche nei parchi si vedevano (e si vedono, nonostante sia sempre stato chiaro, e

[adesso anche provato da studi](#), **che non è lì che si propaga il “contagio”**) persone solitarie e distanti da ogni essere umano che tuttavia camminano con la mascherina ben calcata su bocca e naso: lo dice la “legge”! Ma un momento: l’articolo non finisce qui. Ecco il comma 2:

«**Non vi è obbligo** di indossare il dispositivo di protezione delle vie respiratorie quando, **per le caratteristiche dei luoghi o per le circostanze di fatto**, sia garantito in modo continuativo l’isolamento da persone non conviventi. [...]»

Quindi il primo comma dice che **c’è sempre obbligo**, e il secondo che in alcuni casi molto importanti **l’obbligo non c’è**. È così che il potere legislativo avalla l’**arbitrio** di quello esecutivo. Un famoso storico del diritto, Italo Mereu, in un libro che purtroppo è oggi ancora più attuale di quando uscì, *Storia dell’intolleranza in Europa* (1979, 1988), l’aveva chiamata «normativa rinnegante». In [un altro testo](#) Mereu aveva scritto:

«L’obbedienza è il perno inderogabile di ogni sistema totalitario. Obbedienti “*perinde ac cadaver*”, “come un cadavere” dicono i gesuiti per esprimere la loro obbedienza completa alla volontà dei superiori. E in opposizione all’ortodossia c’è la devianza cioè l’allontanamento dall’insegnamento retto e giusto, quello ufficiale.

Deviante è chi non pensa “rettamente”, chi non è canonizzato. Devianza è qualsiasi autonomia intellettuale, qualsiasi mancata integrazione nella “verità” della classe al potere. E alla devianza si risponde solo con petizioni di principio, ribadendo, cioè, la validità “a priori” dei valori “portanti”.»

Sembra un commento sull’apologia della “vaccinazione senza se e senza ma” che ha invaso il sistema dei media, **camuffata da elogio della solidarietà civica**. Un tipo di solidarietà civica che può solo ricordare quella dei [montoni di Panurgo](#).

Se si facesse una raccolta di tutte le menzogne e promesse false perpetrate dalle autorità politiche e sanitarie, centrali e locali, dall’inizio del 2020 ad oggi ne verrebbe fuori un volume corposo da distribuire gratuitamente nelle scuole – **ideale per l’ora di educazione civica**.

Sul “complotto” (= l’ipotizzare complotti) cerchiamo di metterci d’accordo una volta per tutte. Secondo certi autori, che a volte [occupano le più alte cariche dello Stato](#), esisterebbe un complottismo **lecito** (quello a difesa delle scelte del sistema di potere) e un complottismo **illecito** – quello, per esempio, che diffida dell’affidabilità di transnazionali del farmaco che **da sempre violano le leggi dei paesi in cui portano i propri prodotti**, consapevoli che, anche qualora siano costrette a pagare (prima o poi) una multa, **questa sarebbe niente più di una piccola tassa su enormi profitti**.

In altre parole, il “complotto illecito” è ciò che una volta si chiamava **coscienza storica**.

Per quanto riguarda la campagna vaccinale, non sappiamo se per diminuire i ricoveri “**COVID-19**” di qualche decina ogni 100.000 abitanti non stiamo diffondendo patologie che, magari non immediatamente, verranno a pesare sulla mortalità e anche a costare al bilancio dello Stato molto più che non il COVID-19. L’onere della prova è su chi dice che a farci “uscire dall’emergenza” sarà una campagna vaccinale **iniziata a virus circolante**, e che fa uso di **vaccini sperimentali** autorizzati sulla base di **dati incompleti** e acquistati con **contratti largamente segreti** e contenenti **clausole di immunità legale** dei produttori – **la sola immunità di cui, nella vaccinazione di massa in corso, possiamo finora essere sicuri**.

Il 18 marzo è stato [proclamato](#) giornata nazionale delle vittime del COVID-19. La data è quella della [terroristica fotografia](#) dei mezzi militari assegnati al trasporto delle bare a Bergamo. Se invece di sbrigarsi a “smaltire” le salme avessero permesso di eseguire accurate autopsie, avrebbero rispettato i valori del compianto dei defunti e della scienza al tempo stesso. Considero un’offesa alla memoria delle vittime del COVID-19 riservarle una sola data: **devono essercene molte**. Ma i luoghi appropriati per celebrarle sono **le aule di tribunale e i seggi elettorali**.

Nota. Quanto accennato all’inizio di questo articolo a proposito di ipotetici “lasciapassare vaccinali” sembra sul punto di diventare realtà nonostante [le obiezioni del garante della "privacy"](#). È paradossale e deprimente che i cittadini italiani debbano essere tutelati dai limitati poteri di intervento di tale garante piuttosto che dal **garante della Costituzione**, che invece finora non ha avuto niente da obiettare al riguardo.

Inserito: 14 aprile 2021; ultima revisione: 5.V.2021; aggiunte: 24.VI.2021,
3.VIII.2021

Scienza e Democrazia/Science and Democracy

www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem