

L'altra pandemia

*Scienza, informazione e fake news
al tempo del coronavirus*



sito web provvisorio

Revisione del 30/01/2022

Essendo il lavoro in una fase di costante aggiornamento/revisione, vi invito a controllare spesso il [sito web](#) e a scaricare l'ultima versione del documento.

Ogni tempo ha il suo fascismo:
se ne notano i segni premonitori
dovunque la concentrazione di potere nega al cittadino
la possibilità di esprimere ed attuare la sua volontà.

Primo Levi

Una delle virtù della democrazia - ineliminabile -
consiste nel fatto che ciascuno deve essere esposto
alla maggior quantità possibile di opinioni diverse.

Stefano Rodotà

La propaganda è in democrazia
quello che il manganello è in uno stato totalitario.

Noam Chomsky

L'ignoranza afferma o nega rotondamente,
la scienza dubita.

Voltaire

Nota metodologica

Chi scrive non è un medico, né un epidemiologo, tuttavia ha un solido *background* scientifico: laurea *cum laude* e dottorato di ricerca. Lavora come ricercatore nel più importante Ente di Ricerca pubblico del Paese, si occupa di scienza dei materiali e nanotecnologie con un approccio multidisciplinare che abbraccia chimica, fisica e biologia. Ha all'attivo 60 pubblicazioni su riviste internazionali.

Credo tuttavia che questo sia irrilevante, almeno ai fini della trattazione.

L'attendibilità e la qualità di ogni dichiarazione andrebbe **sempre valutata nel merito**, dati alla mano. Tutto quello che trovate in questo documento è **verificabile** da chiunque: ogni affermazione è supportata dal riferimento alla fonte.


I collegamenti ipertestuali inseriti nel testo puntano ad una versione archiviata e non modificabile della pagina web (disponibile tramite archive.org). Questo dovrebbe garantire la reperibilità, l'integrità e la verificabilità delle fonti.

Quanto esposto – eccetto dove espressamente indicato – non è *l'opinione* di chi scrive: sono dati, risultati e conclusioni tratte dalla letteratura scientifica. Ogni articolo citato nel documento è frutto del lavoro di ricercatori di fama internazionale ed stato pubblicato su prestigiose riviste scientifiche. L'elenco non è da ritenersi in alcun modo esaustivo.

Per quanto concerne le citazioni tratte dalla stampa generalista, ho limitato la ricerca a blasonate testate giornalistiche italiane ed internazionali.

Questo lavoro non è stato finanziato da nessuno ed è frutto di ricerche personali e indipendenti. Chi scrive non ha alcun conflitto di interessi, non ha mai ricevuto finanziamenti dalle multinazionali del farmaco, non ha la tessera di nessun partito o sindacato.

Il lavoro non vuole proporsi come una «*verità*»: lascio ogni pretesa in merito ai politici, agli azzecagarbugli e ai virologi della TV. Vorrei mettere a disposizione di ogni cittadino alcune evidenze di letteratura scientifica che mi auguro possano stimolare un approfondimento ed un dibattito.

Licenza d'uso 

[Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Questo lavoro può essere liberamente riprodotto da chiunque per fini non commerciali.

Vi chiedo la cortesia di citare il sito web da cui scaricare e diffondere liberamente il documento: <https://informazioneecovid.wixsite.com/home>

Per ogni chiarimento, suggerimento, revisione o critica: epidemic-19@protonmail.com

Introduzione

A marzo 2020, il segretario generale dell'ONU aveva [esortato le nazioni](#) a «dichiarare guerra al virus» [definendo](#) il COVID-19 «la più grande minaccia dalla Seconda Guerra Mondiale».

Il 30 marzo 2020, un [articolo](#) di Francesco Merlo su *Repubblica* titolava: «La prima vera guerra mondiale», nell'immagine una colonna di camion militari, in coda, in una strada di Bergamo. L'autore ci avverte: «Il virus rende l'intero mondo un'unica popolazione attaccata e inerme. Speriamo che venga presto il giorno in cui i nomi dei defunti saranno incisi sulle colonne di marmo dei Monumenti ai Caduti».

Nel dubbio, è stato anche scelto [un Generale](#) per gestire l'emergenza.

Ora è davvero evidente a tutti, siamo in guerra e – come in ogni altra guerra – la prima vittima è l'informazione: il giornalista diventa [spin doctor](#), le [pubbliche relazioni](#) si confondono con la propaganda, il potere si [autolegittima](#).

Noi cittadini veniamo travolti da una narrazione a senso unico, pervasiva e polarizzante, che ha annientato ogni *vitale* dibattito pubblico e scientifico. Si sono create etichette di comodo per screditare *a priori* ogni voce dissidente.

Molti “esperti” da salotto TV ci hanno convinto che esista una verità scientifica, universale e incontrovertibile sul COVID-19. Ma la scienza [non è sinonimo](#) di verità, quello scientifico è [un metodo](#). Quando qualcuno sostiene “*lo dice la scienza*”, meglio stare allerta: la scienza non è un paravento dietro cui nascondersi per giustificare azioni politiche.

La politica e i *media* hanno creato una nuova [prospettiva del conflitto](#), ci hanno arruolato in una violenta *guerra (in)civile*, contro coloro che hanno identificato come *no-vax*, negazionisti, complottisti.

Come ricercatore e come essere umano ho scelto di non prendere parte a questa guerra, anzi vorrei disinnescarla. Vorrei anche proporre alcune indicazioni per superare l'emergenza, non solo quella sanitaria.

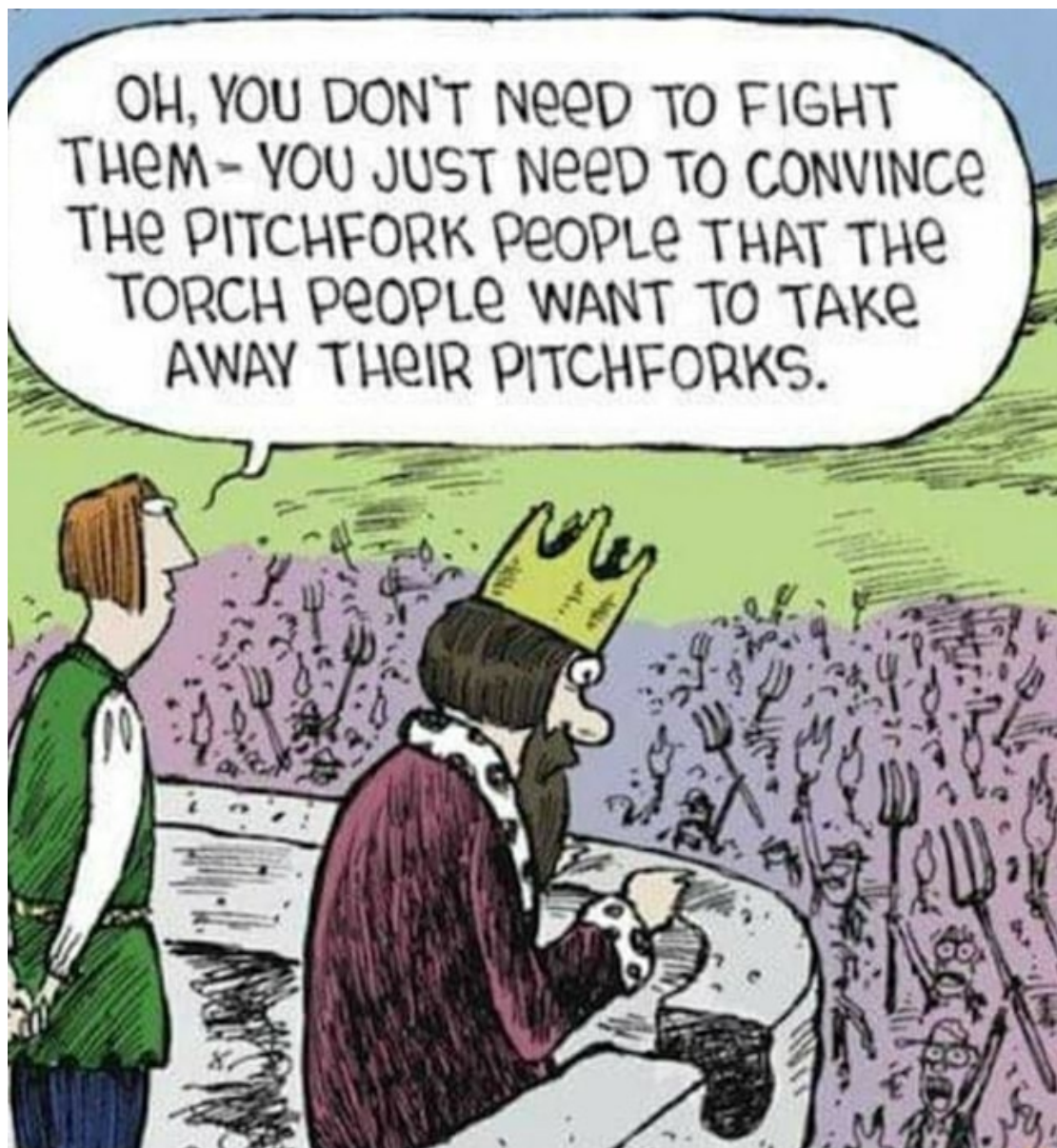
Questo documento vorrebbe essere uno strumento per approfondire e stimolare una discussione *scientifica* – innanzitutto – attorno alla complessa realtà del COVID-19.

Il lavoro è suddiviso in sette parti.

Le prime cinque non sono di facile lettura: riportano – per lo più – evidenze tratte dalla letteratura medico-scientifica, molte evidenze. Il linguaggio usato è per buona parte quello della scienza, necessariamente poco fruibile per i non addetti ai lavori. Ho aggiunto al termine di ogni paragrafo/capitolo alcuni concetti riassuntivi più facilmente accessibili.

Le ultime due parti sono più divulgative e di più ampio respiro. Propongono una diversa chiave interpretativa per uscire dalla miope prospettiva del conflitto orizzontale, ridefiniscono i ruoli dei principali protagonisti della narrazione, analizzano l'influenza dell'informazione di massa sulla percezione del fenomeno COVID-19.

Buona lettura



Non c'è bisogno di combatterli:
basta convincere la gente col forcone
che quelli con le torce vogliono rubare il loro forcone.

Sommario

Parte 1: La guerra dei numeri - l'epidemiologia del COVID-19	1
<i>Il COVID-19 è una malattia "mortale"?</i>	
<i>Letalità, mortalità ed eccesso di mortalità.</i>	
Parte 2: La diagnostica - il tampone molecolare	24
<i>Ad oggi è considerato il "gold standard" per la diagnosi del COVID-19.</i>	
<i>Siamo sicuri che il protocollo adottato sia affidabile?</i>	
Parte 3: I vaccini	32
<i>Dai trial clinici alle evidenze epidemiologiche.</i>	
<i>Efficacia, sicurezza e valutazione del rapporto rischio/beneficio.</i>	
Parte 4: Le cure	102
<i>Il COVID-19 è una malattia incurabile?</i>	
<i>Ne usciremo soltanto con il vaccino?</i>	
Parte 5: Le origini del SARS-CoV-2	129
<i>Alcuni appunti sulle ricerche di guadagno di funzione</i>	
<i>e la storia di una pandemia annunciata.</i>	
Parte 6: Un'epidemia di falsità	153
<i>Il conflitto di interessi dei ricercatori, delle star della TV,</i>	
<i>delle Istituzioni, dei media e dei filantropi.</i>	
Parte 7: La scienza della manipolazione	174
<i>Perché crediamo ciò che crediamo: l'ingegneria del consenso.</i>	
Conclusioni	197

*I'm saddened we're super-saturated
as a society right now
in the attitude of «everybody knows»
which has shut down intellectual curiosity
and led to self-censorship.*

Dr. Peter Doshi



Parte 1

La guerra dei numeri

L'epidemiologia del COVID-19

Il COVID-19 è una malattia "mortale"?

Letalità, mortalità ed eccesso di mortalità.

La letalità del COVID-19 nel mondo

Il 3 marzo 2020, il direttore dell'OMS ([Tedros Ghebreyesus](#)) affermava, durante una [conferenza stampa](#), che il SARS-CoV-2 avesse una letalità¹ del 3,4%. Questo valore è stato sistematicamente smentito dalla letteratura scientifica e dalle evidenze epidemiologiche. Ecco alcuni, autorevoli, esempi:

- ▶ Uno studio di marzo 2020, [pubblicato](#) su *The Lancet* – una delle riviste mediche più importanti al mondo – e condotto da ricercatori afferenti al prestigioso *Imperial College* di Londra, stimava la letalità media (ogni età) del COVID-19 in Cina allo 0,6%.ⁱ
- ▶ Ad aprile 2020, [John Ioannidis](#), l'epidemiologo più importante del mondo (e uno fra i 10 scienziati più citati), pubblica [un articolo](#) su *European Journal of Clinical Investigations* nel quale sostiene che la letalità del SARS-CoV-2 sia molto minore dell'1% e che questo valore sia «*più elevato di quello delle influenze stagionali – ma non di molto*». ⁱⁱ
- ▶ Ad aprile 2020, [uno studio](#) pubblicato su *International Journal of Epidemiology* stimava la letalità in California attorno allo 0,17% (ogni età).ⁱⁱⁱ
- ▶ Sempre ad aprile, alcuni ricercatori danesi [pubblicano](#) su *Clinical Infectious Diseases* le loro ricerche: la letalità è dello 0,089%, per la popolazione al di sotto dei 70 anni.^{iv}
- ▶ A maggio 2020, importanti ricercatori tedeschi dell'Università di Bonn (fra cui virologi, epidemiologi, esperti di sanità pubblica) [pubblicano](#) su *Nature Communications* i loro risultati: in Germania la letalità (standardizzata, ogni età) del COVID-19 è dello 0,35%.^v
- ▶ Ad agosto 2020, ricercatori italiani [pubblicano](#) su *Eurosurveillance* (la rivista ufficiale dell'[eCDC](#), nonché una delle più importanti riviste europee di sanità pubblica) i risultati relativi alla “*prima ondata*” in Italia. La letalità è dello 0,43% – al di sotto dei 70 anni – e si riduce a zero sotto i 50 anni (su 62.861 casi analizzati).^{vi}
- ▶ A settembre 2020 viene [pubblicata](#) una metanalisi su *International Journal of Infectious Diseases*. Analizzando i dati relativi a 24 studi, condotti in diversi paesi del mondo, la letalità è dello 0,68%.^{vii}
- ▶ A dicembre 2020, [Giorgio Palù](#), presidente [AIFA](#), [afferma](#) «*Covid ha una letalità, in base agli studi di sieroprevalenza, tra lo 0,3 e lo 0,6%. [...] Dobbiamo porre un freno a questa isteria*».
- ▶ Ad aprile 2021, [John Ioannidis](#), alla luce dei lavori pubblicati in letteratura, pubblica sulla rivista ufficiale dell'OMS una [metanalisi](#) di 51 studi in 27 paesi che smentisce – al ribasso – le sue stesse stime. **La letalità media del COVID-19 nel mondo è fra lo 0,23% e lo 0,27%**. La letalità media per persone al di sotto dei 70 anni (nel mondo) varia fra lo zero e lo 0,31% (mediana 0,05%).^{viii}
- ▶ Un [report ufficiale](#) del [Center For Disease Control](#) statunitense ha stimato la letalità del COVID-19, a marzo 2021, al variare dei possibili scenari pandemici. Tabella 1, scenario 4: nel caso peggiore, con un R_0 di 4, per le persone +70 anni, la letalità ([IFR](#)) è inferiore allo 0.1%. Nel caso più realistico (scenario 5), con R_0 di 2.5, scende allo 0,05%. La letalità nella fascia 50-69 anni è lo 0,005%. In quella 20-49 anni è lo 0,0002%. Al di sotto dei 19 anni è lo 0,00003%. Queste ultime letalità sono estremamente basse, dell'ordine di parti per milione: al di sotto dei 50 anni è più probabile morire [a causa di un fulmine](#).
- ▶ A settembre 2021, [uno studio](#) pubblicato su *International Journal of Infectious Diseases* stima la letalità del COVID-19 nei “Paesi emergenti”, basandosi su indagini di sieroprevalenza, allo 0,24%.^{ix}

¹ Letalità = decessi / positivi.

La letalità del COVID-19 in Italia

Diverse testate italiane, fra cui [Repubblica](#), [Leggo](#), [Il Messaggero](#), [Il Fatto Quotidiano](#), hanno riportato le [parole](#) del direttore dell'OMS (riguardo alla presunta *letalità* del COVID-19 al 3,4%), dando però ad intendere che avesse parlato della *mortalità*.² Secondo [Il Giornale](#) la mortalità sarebbe addirittura oltre 8%. Questi sono esempi di **plateale disinformazione**: la mortalità del COVID-19 è oltre 1.000 volte inferiore.³

Secondo i dati ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità [Tabella 1, pagina 12 dell'ultimo⁴ [bollettino](#) di *Sorveglianza Integrata COVID-19*], la letalità media (su ogni età) del COVID-19 risulta del 2,1%. Al di sotto dei 60 anni sarebbe (di molto) inferiore allo 0,5%. Inoltre è bene ricordare che questi dati sono fortemente sovrastimati: si riferiscono infatti ai **decessi totali dall'inizio della pandemia** (20 mesi).⁵

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=6.530.390) E DEI DECESSI (N=137.285) PER COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	Letalità %	N. casi	% casi	N. deceduti	% deceduti	Letalità %	N. casi	% del totale casi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %
0-9	225.606	7,1	7	<0,1	<0,01	211.266	6,3	8	<0,1	<0,01	436.872	6,7	15	<0,1	<0,01
10-19	382.236	12,0	10	<0,1	<0,01	362.986	10,9	11	<0,1	<0,01	745.222	11,4	21	<0,1	<0,01
20-29	442.935	13,9	50	0,1	<0,01	426.884	12,8	31	0,1	<0,01	869.823	13,3	81	0,1	<0,01
30-39	416.756	13,0	201	0,3	<0,01	440.768	13,2	114	0,2	<0,01	857.528	13,1	315	0,2	<0,01
40-49	498.292	15,6	889	1,1	0,2	553.459	16,6	401	0,7	0,1	1.051.752	16,1	1.290	0,9	0,1
50-59	516.229	16,1	3.622	4,7	0,7	538.216	16,1	1.451	2,4	0,3	1.054.447	16,1	5.073	3,7	0,5
60-69	332.821	10,4	10.281	13,3	3,1	317.240	9,5	4.019	6,7	1,3	650.062	10,0	14.300	10,4	2,2
70-79	228.500	7,1	23.257	30,0	10,2	225.258	6,8	11.309	18,9	5	453.758	6,9	34.566	25,2	7,6
80-89	127.733	4,0	29.824	38,5	23,3	181.124	5,4	25.215	42,1	13,9	308.864	4,7	55.039	40,1	17,8
≥90	25.458	0,8	9.288	12,0	36,5	76.472	2,3	17.293	28,9	22,6	101.930	1,6	26.581	19,4	26,1
Età non nota	60	0,0	3	<0,01	5	72	0,0	1	<0,01	1,4	132	0,0	4	0,0	3,0
Totale	3.196.626	49,0	77.432	56,4	2,4	3.333.745	51,0	59.853	43,6	1,8	6.530.390	-	137.285	-	2,1

Per quanto sovrastimata, la letalità media del COVID-19 è comunque del tutto **trascurabile** per le persone con meno di 60 anni, diventa rilevante nella fascia 60-79 e aumenta significativamente oltre gli 80 anni. Per inquadrare quest'ultimo dato è però utile ricordare che l'aspettativa di vita in Italia [secondo ISTAT](#) è di 81 anni per gli uomini e 85 per le donne (i dati sono relativi al 2019, quindi non influenzati dal COVID-19).

- Secondo una certa parte della stampa italiana, la **mortalità** del COVID-19 in Italia sarebbe stata compresa fra il 3,4% e l'8% (avrebbe cioè causato – nel solo 2020 – fino a 4.8 milioni di morti).
- Secondo i dati ISS (certamente **sovrastimati**), la letalità media del COVID-19 in Italia (dall'inizio della pandemia a oggi), per le persone al di sotto dei 60 anni è bassissima ("zero virgola"), al di sotto dei 50 anni è attorno a uno su mille, al di sotto dei 40 anni è inferiore a 10 decessi su 100.000 infezioni.
- Secondo gli studi scientifici più attendibili, quelli cioè basati sulla sieroprevalenza, **la letalità media (su tutte le età) del COVID-19 nel mondo è circa lo 0,25%**.

² Mortalità = decessi / totale popolazione.

³ Si veda di seguito al paragrafo "La mortalità del COVID-19 per fasce di età".

⁴ Aggiornato al 11/01/2022 con i dati dell'ultimo bollettino disponibile (05/01/2022).

⁵ I valori di mortalità e letalità delle patologie simil-influenzali ([ILI](#) – Influenza Like Illness) si calcolano su base annuale, solitamente da giugno a giugno dell'anno successivo. Se si applicasse la stessa metodologia all'influenza stagionale, nel giro di un decennio, si avrebbe una mortalità confrontabile con quella della SARS.

La letalità della variante *delta*

La variante *delta*, o “indiana”, sarebbe arrivata in UK a marzo 2021 e – secondo i dati ufficiali – è stata responsabile di circa il 95% delle infezioni in UK [PHE], USA [NIH], Israele [Gisaid] e Italia [ISS] nel secondo semestre del 2021 (fino all'arrivo della *omicron*). A fronte di un'impennata dei contagi, da aprile a dicembre 2021, non si è osservato alcun aumento della letalità [grafici UK, grafici IT].

La *delta* ha una letalità di 20 volte inferiore a quella del SARS-CoV-2, nonostante la carica virale sia 1000 volte superiore [Nature]. Per quanto potenzialmente più contagiosa, è meno mortale dell'influenza. Il *Telegraph*, citando dati ufficiali dell'ONS (*Office for National Statistics* – l'istituto di statistica britannico), riporta che a giugno 2021 si sono registrati nel Regno Unito **1.163 decessi per influenza** e complicazioni (ben al di sotto dei 1.704 decessi osservati nella stessa settimana, di media, negli ultimi 5 anni). Nello stesso periodo, **i decessi COVID-19 sono stati 84**.

[Kevin McConway](#), Professore Emerito di Statistica Applicata alla *Open University*, dalle pagine dell'*Evening Standard* sottolinea che la mortalità per COVID-19 è lo 0,8% della mortalità totale (ogni causa): ^x

Deaths involving Covid-19 made up just eight out of every thousand total deaths in the most recent week.

Dai [dati ufficiali](#) della Sanità inglese [Pagina 12, Tabella 4], relativi al periodo dal 1 Febbraio al 14 giugno 2021, emerge che la **letalità della variante *delta* sia dello 0,096% per le persone non vaccinate**.⁶ Curiosamente (ma non troppo, come vedremo in seguito),⁷ **vaccinarsi con due dosi aumenta del 600% la probabilità di morire** (comunque molto bassa) a causa della variante *delta* del SARS-CoV-2.

Questo dato ha avuto eco nella stampa britannica e un interessante [articolo](#), pubblicato su *The Guardian*, a firma di Anthony Masters (statistical ambassador for the *Royal Statistical Society*) e David Spiegelhalter (chair of the *Winton Centre for Risk and Evidence Communication* at Cambridge University), ha per titolo:

Perché la maggior parte delle persone che muoiono di COVID nel Regno Unito ha ricevuto due dosi di vaccino?

Secondo i dati ufficiali ISS ([disponibili](#) su *Worldometers*), da luglio a novembre 2021, la variante *delta* ha contagiato, di media, oltre 5.000 italiani al giorno. La media dei decessi giornalieri in questo periodo è circa 50. Ogni giorno in Italia, [secondo l'ISTAT](#), muoiono in media 1.870 persone.

La letalità della variante *delta* in Italia è (di molto)⁸ inferiore all'1% e i decessi attribuiti al COVID-19 contribuiscono per una quota di circa il 2,7% al totale (mortalità ogni causa). Vale la pena ricordare [le parole](#) del Presidente di AIFA, Giorgio Palù:

*Il Covid [...] non è destinato a estinguere il genere umano.
Dobbiamo porre un freno a questa isteria.*

- La letalità della variante *delta* è inferiore a quella dell'influenza stagionale. La mortalità causata dal virus in Italia è inferiore al 3% della mortalità totale (ogni causa) ed è quindi del tutto trascurabile.

⁶ Si tratta inoltre di una sovrastima: il dato si riferisce ai casi COVID-19 sintomatici e diagnosticati a seguito dell'accesso al Pronto Soccorso (e attribuiti alla variante *delta* in seguito a sequenziamento e genotipizzazione).

⁷ Si veda la “Parte 3” del documento al paragrafo “La sicurezza dei vaccini secondo la letteratura scientifica”.

⁸ Si tratta di una (forte) sovrastima: questo valore di letalità non si basa su studi di sieroprevalenza.

La letalità della variante omicron

La variante [B.1.1.529](#), recentemente [scoperta](#) in Sud Africa e denominata *omicron*, è stata [elevata](#) dall'OMS allo stato di [variant of concern](#) il 26 novembre 2021. Lo stesso giorno è stata identificata anche in [Norvegia](#): 81 persone **completamente vaccinate** (su 117) hanno contratto il coronavirus durante una festa natalizia [[EuroSurveillance](#)]. Secondo fonti di stampa, anche i casi isolati in [Botswana](#) e negli [Stati Uniti](#) sarebbero stati identificati in pazienti completamente vaccinati.

È evidente, la vaccinazione non sembra conferire un'[adeguata protezione](#): la proteina *spike* della variante *omicron* è [caratterizzata](#) da oltre 30 mutazioni – comprese quelle denominate [K417N](#) e [N501Y](#), comuni anche alla *delta* – e queste conferiscono al virus un'elevata capacità di evasione immunologica.

Secondo quanto [riportato](#) alla *BBC* dalla dottoressa Angelique Coetsee (colei che per prima ha identificato la variante in Sud Africa), i sintomi sarebbero «**estremamente lievi**», [simili](#) a quelli dell'influenza stagionale: questo non deve stupire poiché la *omicron* sembrerebbe derivare proprio dalla [ricombinazione](#) fra il SARS-CoV-2 ed i comuni coronavirus del raffreddore. Si veda anche [qui](#):

La variante Omicron (B.1.1.529) del coronavirus SARS-CoV-2 avrebbe acquisito materiale genetico del coronavirus del raffreddore, una modifica mai osservata prima. Ciò spiegherebbe la maggiore contagiosità, ma anche il fatto che i primi casi di Omicron rilevati nel mondo presentano sintomi più lievi di quelli delle altre varianti del virus.

Secondo il *Center for Disease Control* statunitense, il primo caso di *omicron* negli USA [risale](#) al 1 dicembre 2021 e, nel giro di 10 giorni, la variante sembra avere già raggiunto una [prevalenza del 3%](#). Al 14 dicembre, secondo quanto riportato dalla direttrice del CDC, la prevalenza nello stato di New York è arrivata al 13%.

Nonostante la crescita dei contagi sembri essere [esponenziale](#) (anche in altri Paesi), non ho trovato traccia di alcun decesso, nel mondo, causato dalla *omicron* [prima](#) del 13 dicembre 2021. Il [primo decesso](#) in USA è del 21 dicembre 2021.

In accordo con quanto riportato in uno [studio](#) osservazionale canadese, fra il 22 novembre ed il 17 dicembre 2021, a fronte di **6.312 infezioni** imputabili alla *omicron*, non si è registrato **neppure un decesso**. La letalità è stata stimata essere inferiore del 54% rispetto a quella della variante *delta*.

Se queste indicazioni venissero confermate su larga scala, la *omicron* potrebbe rimpiazzare completamente la *delta* (e ogni altra variante) nel giro di poche settimane, permettendo alla maggioranza della popolazione di acquisire l'immunità naturale, a fronte di un decorso simile a quello dell'influenza stagionale.

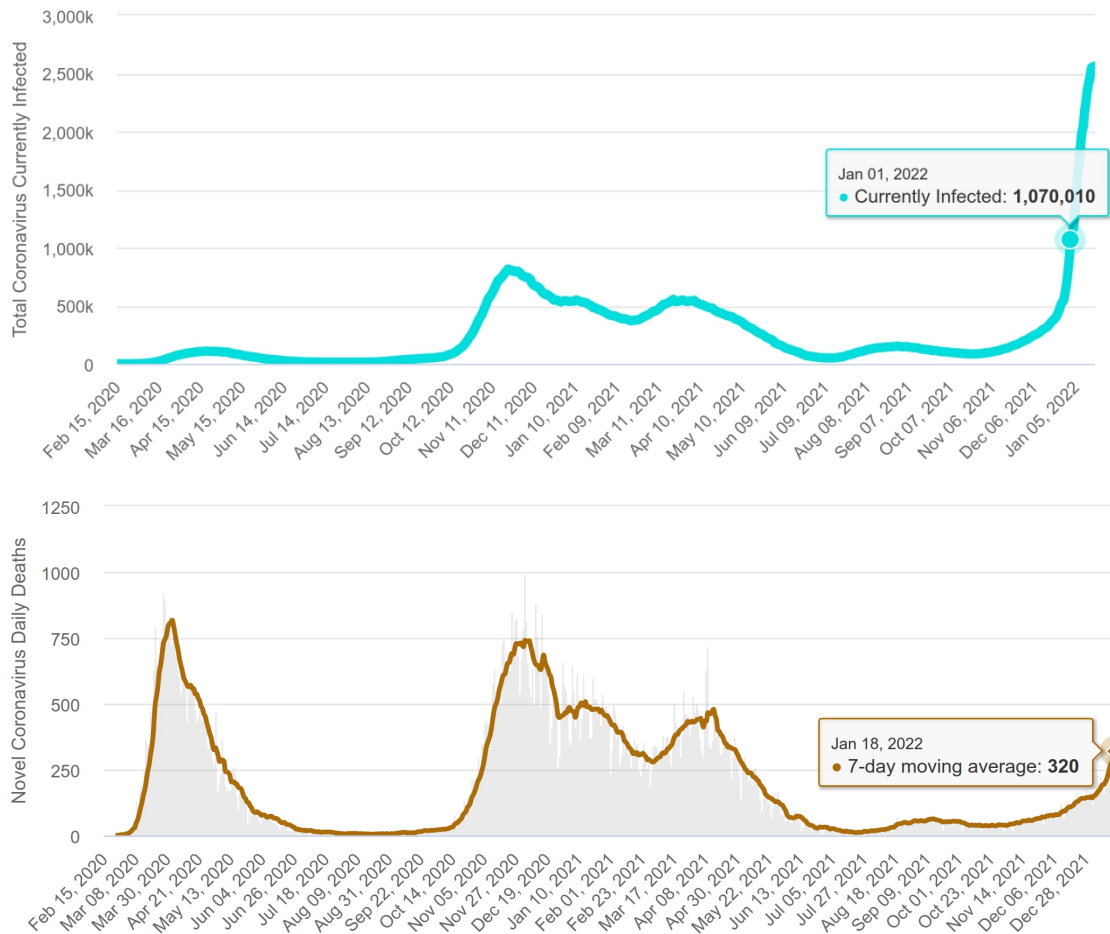
In questo senso c'è chi addirittura ha [definito](#) la *omicron* il vaccino perfetto (si veda anche [qui](#)). Frode Forland, capo epidemiologo della Sanità norvegese, si è [espresso](#) così sulle pagine del *Telegraph*:^{xi}

***That is the hope. That is the best scenario we can have.**
That it's getting milder, most people will get it, and **they will get a natural immunity.**
It might be that it has now replicated and mutated so many times that **this is the optimal position from the virus' point of view, to spread widely and not kill the hosts.***

Le evidenze epidemiologiche italiane sembrano confermare.

La *omicron* mostra sintomi decisamente più blandi del SARS-CoV-2 e delle altre varianti, indistinguibili (se non minori!) da quelli delle normali influenze stagionali ed il periodo di incubazione sembra essersi ridotto significativamente ([tre giorni](#)). Al 3 gennaio 2022, la nuova variante era già [responsabile](#) dell'81% delle

infezioni in Italia. Dalle curve dei tassi di infezione e dei decessi, [disponibili](#) su *Worldometers*, è possibile stimare la letalità della variante, considerando un tempo di [18 giorni](#) fra l'infezione e l'eventuale decesso.⁹



Per inquadrare meglio il numero dei decessi, vorrei ricordare che in Italia, secondo l'ISTAT, muoiono [ogni giorno](#) circa 1.870 persone (non di COVID-19). È utile anche riportare la letalità di altri ben noti coronavirus:

- [MERS](#): circa 35%
- [SARS](#): circa 10%
- [Influenza stagionale](#): circa 0,1%

Dai grafici riportati (i dati sono quelli dell'Istituto Superiore di Sanità) risulta che **la letalità della variante omicron in Italia sia lo 0,03%, ovvero circa un terzo di quella attribuita - ogni anno - alle normali influenze stagionali**. Non credo serva aggiungere altro.

- In accordo con i dati (genetici ed epidemiologici) oggi disponibili, la variante *omicron* sembrerebbe avere una maggior contagiosità a fronte di una **minor letalità** (anche rispetto alla variante *delta*).
- Se questo fosse confermato dalle evidenze epidemiologiche dei prossimi mesi, sarebbe del tutto lecito considerare come **assolutamente trascurabile** la letalità della variante *omicron*.

⁹ In attesa di dati consolidati sull'incubazione della *omicron*, ho preferito riportare una sovrastima: l'intervallo di 17 giorni è in accordo con il bollettino ISS del 5 ottobre 2021 (a quella data circolava la variante *delta*). Se si considerassero tempi di incubazioni minori (come è probabile che sia, in presenza della variante *omicron*), la letalità risulterebbe addirittura più bassa.

La mortalità del COVID-19 nel 2020

Secondo [i dati ufficiali dell'OMS](#), nel 2020 il COVID-19 ha causato, nel mondo, circa 1.8 milioni di morti. Sempre secondo i dati ufficiali dell'OMS, [pubblicati](#) su *The Lancet*, ogni anno nel mondo, muoiono in media 4 milioni di persone a causa di polmoniti virali. **La mortalità del COVID-19 nel mondo è inferiore a quella delle normali polmoniti virali.**

In accordo con il [report ufficiale](#) di ISTAT-ISS, nel 2020 in Italia, si sono registrati complessivamente 746.146 decessi, con un aumento di 100.526 decessi rispetto alla media 2015-2019 (+9%). Secondo [ISS](#), i decessi direttamente attribuibili al COVID-19 sarebbero circa 76.000. Secondo [il Corriere](#), che cita dati del Ministero della Salute, sarebbero 55.000. Secondo [i dati](#) della *Johns Hopkins University* il tasso di mortalità del COVID-19 in Italia è di 216 su 100.000.

Questi dati sono confrontabili con quelli delle “normali” influenze stagionali?

► Stagione 2014/2015

Secondo i dati ISS, [pubblicati](#) dagli stessi ricercatori ISS e [IRCCS](#) (fra cui Walter Ricciardi), su *International Journal of Infectious Diseases*, nel picco della stagionale influenzale del 2014/2015 si sono registrati 375.000 decessi che hanno contribuito ad un eccesso di mortalità quantificabile in 54.000 unità rispetto al 2014 (+9.1%). Il tasso di mortalità rilevato al picco della stagione è stato di 1.070 su 100.000, il più alto dalla seconda guerra mondiale. Si veda anche il [report ISTAT](#), questa [pubblicazione](#) ed [il Sole 24 Ore](#).

Secondo uno [studio](#) di ricercatori dell'Università di Parma e del San Raffaele di Milano, la mortalità per influenza e polmoniti è aumentata del 44% rispetto al 2014. Il 99% dei decessi si è registrato fra la popolazione con più di 65 anni. Si veda anche [qui](#).

Nel corso del 2015 sono morte complessivamente 68.000 persone in più rispetto al 2014 [[fonte](#)]. Secondo i dati ISS, i decessi direttamente attribuibili al COVID-19 nel 2020 sono stati circa 76.000 [[fonte](#)].

Nel 2015 l'eccesso di mortalità è stato dell'11%, rispetto alla media dei 5 anni precedenti [[fonte](#)].

Nel 2020 l'eccesso di mortalità è stato dell'9%, rispetto alla media dei 5 anni precedenti [[fonte](#)].

► Stagione 2016/2017

Nella settimana “di picco” dell'influenza (la seconda del 2017) la media dei decessi al di sopra dei 65 anni è stata di 329 al giorno contro i 231 attesi (+42%), con un eccesso di mortalità a livello nazionale stimabile in circa 3.400 morti in più rispetto alle attese, solo in quella settimana [[fonte](#)]. L'eccesso di mortalità registrato nella stagione influenzale è stato di 25.000 decessi [[fonte](#)].

► Stagione 2018/2019

Secondo Gian Carlo Blangiardo ([presidente dell'ISTAT](#)), dal 21 febbraio al 31 marzo 2020 (i 40 giorni [più terribili](#) della pandemia) [sono morte 12.428 persone](#) per COVID-19. A marzo 2019 i decessi [per malattie respiratorie](#) sono stati 15.189, a marzo 2018 sono stati 16.220.

Anche le [caratteristiche dei decessi](#) COVID-19 (età media, tipo e numero di patologie pre-esistenti) sono sovrapponibili a quelle osservate durante le [influenze stagionali](#).

- A livello globale, nel 2020, **il COVID-19 ha causato meno decessi delle “solite” polmoniti virali.**
- La mortalità del COVID-19 in Italia è **del tutto confrontabile** (se non inferiore) con quella registrata durante le **“normali” influenze stagionali**. Anche durante i giorni più tragici della pandemia.

La mortalità del COVID-19 per fasce di età

► Dopo il primo anno di pandemia

Secondo i [dati ufficiali](#) dell'Istituto Superiore di Sanità, al 30 marzo 2021 – quindi dopo oltre un anno di pandemia – si sono registrati, in tutta Italia, 4.691 decessi fra la popolazione al di sotto dei 60 anni.¹⁰ Essendo circa [41.8 milioni](#) gli italiani in questa fascia di età, la mortalità del COVID-19 durante il primo anno pandemia è quantificabile attorno allo **0,01%**.

Del totale dei decessi COVID-19, solo l'1,1% aveva meno di 50 anni (1.188 decessi). Essendo [circa 32.4 milioni](#) gli italiani in questa fascia di età, la mortalità del COVID-19 è dello **0,0037%**.

Del totale dei decessi COVID-19, 282 avevano un'età inferiore ai 40 anni e 38 non avevano patologie di rilievo. Gli italiani al di sotto dei 40 anni [sono circa 23.5 milioni](#), quindi **nella fascia 0-39 anni** il tasso di mortalità del COVID-19 è di 1,19 su 100.000, ovvero lo **0,0012%**. Questo valore scende a 0,16 su 100.000, ovvero lo **0,00016%**, per persone senza patologie di rilievo.

Inoltre, sempre secondo i dati ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità, [ripresi](#) da *Quotidiano Sanità*, da marzo 2020 a marzo 2021, sono aumentati i decessi per persone con tre o più (gravi) patologie preesistenti ma sono **diminuiti** quelli relativi a persone con meno patologie o nessuna.

Secondo il [rapporto ufficiale](#) ISTAT-ISS, l'eccesso di mortalità (ogni causa) del 2020 sarebbe dovuto per il 96% ai decessi degli over 65: si tratterebbe quindi di circa 96.000 decessi (su un totale di circa [13.4 milioni](#) di persone over 65). Anche se tutto questo eccesso fosse attribuibile al COVID-19, il tasso di mortalità sarebbe di 716 su 100.000, ovvero inferiore a [quello registrato](#) (1.070 su 100.000) durante il picco dell'influenza stagionale 2014/2015.

La percentuale di [decessi COVID-19](#) fra le persone con meno di 65 anni – rispetto a tutte le morti COVID-19 – è compresa fra lo 0,7% e il 3,6% in molti paesi, fra cui Francia, Italia, USA, Olanda e Svezia.

► Al 5 ottobre 2021

Secondo i dati ISS [aggiornati](#) al 5 ottobre 2021, l'età media dei pazienti deceduti e positivi al SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 82, range 0-109, [IQR](#) 74-88). Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 3,7. Complessivamente (su ogni età), **il 2,9% del campione non presentava patologie** pregresse di rilievo; il 11,5% 1 patologia; il 18,1% 2 patologie e il 67,4% presentava 3 o più patologie.

Questo significa che, dall'inizio della pandemia al 5 ottobre 2021 (circa 20 mesi), si sono registrati, in tutta Italia, "solo" **3.700 decessi unicamente attribuibili al SARS-CoV-2** e alla malattia COVID-19 (su ogni età). In questo caso **la mortalità media sarebbe inferiore allo 0,006%** (6 su 100.000).

► Al 10 gennaio 2022

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, [aggiornati](#) al 10 gennaio 2022 – quindi **dopo quasi due anni di pandemia** – si sono registrati, in tutta Italia, **1.743 decessi** imputabili al COVID-19 fra la popolazione al di sotto dei 50 anni. Per valutare meglio questo dato, è utile ricordare che i decessi (ogni causa) degli under 50 sono stati **18.811 nel 2017 e 18.508 nel 2018** [[ISTAT](#)].¹¹ Inoltre, **ogni giorno** in Italia, **muoiono in media 1.870 persone** (e non per COVID-19) [[ISTAT](#)].

Invito il lettore a rileggere con molta attenzione l'ultimo capoverso.

¹⁰ Nel 2017, in una sola settimana, [si sono registrati](#) 3.400 decessi in eccesso dovuti all'influenza stagionale.

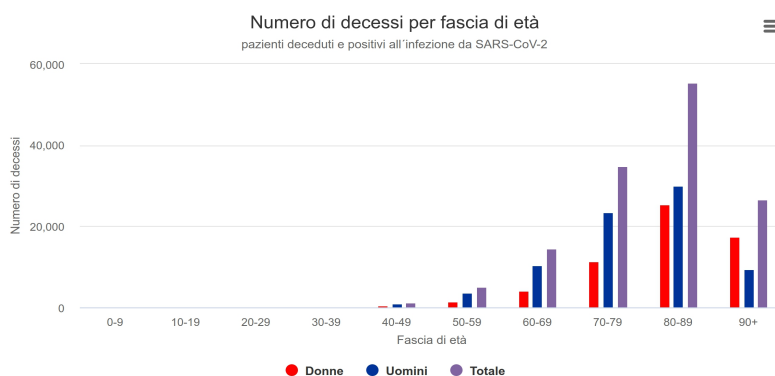
¹¹ Ultima annualità disponibile nel database (per la [query](#) utilizzata).

Il “tasso di mortalità”¹² nella fascia di età al di sotto dei 50 anni è di 5.4 su 100.000, ovvero lo **0.0054%**.

Inoltre, essendo 440 i decessi di età inferiore ai 40 anni ed essendo circa [23,5 milioni](#) gli italiani in questa fascia di età, il tasso di mortalità¹² del COVID-19 – a prescindere dallo stato di salute – è di 1,87 su 100.000. Interpolando questo dato e riconducendolo su base annuale, si ottiene una mortalità di circa **0,001%** nella popolazione con meno di 40 anni (dato inferiore a quanto registrato di media nel 2020).

Al 10 gennaio 2022 sono 6.856 i deceduti al di sotto dei 60 anni (su circa [41.8 milioni](#)). Il tasso di mortalità¹² è dello 0,016%. Riconducendo il dato su base annuale, questo è sicuramente inferiore allo 0,01%.

Anche al 10 gennaio 2022, solamente il 2,9% dei deceduti non presentava patologie di rilievo [Tabella paragrafo 3]. Questa la distribuzione dei decessi per fascia di età:



È evidente che la mortalità per COVID-19 sia oggi – e sia sempre stata, anche al picco della pandemia – del tutto trascurabile per la popolazione al di sotto dei 60 anni.

- La mortalità del COVID-19 – durante il primo anno di pandemia – è stata:
 - 0,00016%** nella fascia di età inferiore ai 40 anni, per persone senza problemi di salute.
 - 0,0012%** nella fascia di età inferiore ai 40 anni, a prescindere dallo stato di salute.
 - 0,0037%** nella fascia di età inferiore ai 50 anni, a prescindere dallo stato di salute.
 - 0,01%** nella fascia di età inferiore ai 60 anni, a prescindere dallo stato di salute.
- La probabilità che un giovane sano, con meno di 40 anni, muoia a causa del COVID-19 è [inferiore di 34 volte](#) rispetto a quella di morire per un fulmine.
- Il COVID-19 diventa una patologia importante **solamente** nella popolazione al di sopra dei 65 anni e **solo** in persone con uno stato di salute già gravemente compromesso.
- Bisogna però ricordare che, in questi casi, anche **l'influenza stagionale** diventa una patologia grave e addirittura **più mortale del COVID-19**.
- Con l'arrivo delle varianti *delta* e *omicron*, la mortalità del COVID-19 (nella seconda metà del 2021) è stata (di molto) inferiore a quella osservata nel 2020.¹³

¹² Il dato riportato è fortemente sovrastimato perché calcolato su 23 mesi di pandemia. I valori di mortalità e letalità delle patologie simil-influenzali ([ILI](#) – *Influenza Like Illness*) si calcolano su **base annuale**, solitamente da giugno a giugno dell'anno successivo.

¹³ Nel 2021 la mortalità del COVID-19 è stata significativamente minore (circa un ordine di grandezza) rispetto a quella registrata nel 2020. Questa riduzione è dovuta – in larga misura – alla scomparsa del SARS-CoV-2 *wild type* (quello “di Wuhan”) e alla diffusione della variante *delta*. A dicembre 2022, con l'arrivo della variante *omicron* la mortalità del COVID-19 si è ulteriormente ridotta. No, non è [grazie ai vaccini](#), come vedremo nella “Parte 3” del documento.

I ricoveri per COVID-19 nel 2021

Così [titolava](#) Open, testata online fondata da Enrico Mentana, il 7 marzo 2021:



Articoli come questi ci hanno accompagnato fin dall’inizio della pandemia e credo abbiano fortemente influenzato la nostra *percezione* del fenomeno COVID-19. Anche il relativo [report](#) settimanale del Ministero della Salute, ISS e *Cabina di Regia*, non nasconde un certo allarmismo:

Il numero di persone ricoverate in terapia intensiva è in forte aumento da 2.327 (02/03/2021) a 2.756 (09/03/2021); il numero di persone ricoverate in aree mediche è anche in forte aumento, passando da 19.570 (02/03/2021) a 22.393 (09/03/2021).

Tuttavia è bene ricordare che negli ospedali italiani ci sono oltre [155.000](#) posti letto ordinari (pazienti acuti); [62.000](#) posti letto in area non critica e [9.000](#) in terapia intensiva. Una grafica dell’ultimo [report](#) del 2021 (aggiornato al 31 dicembre) redatto dall’Istituto Superiore di Sanità ci aiuta a comprendere meglio:

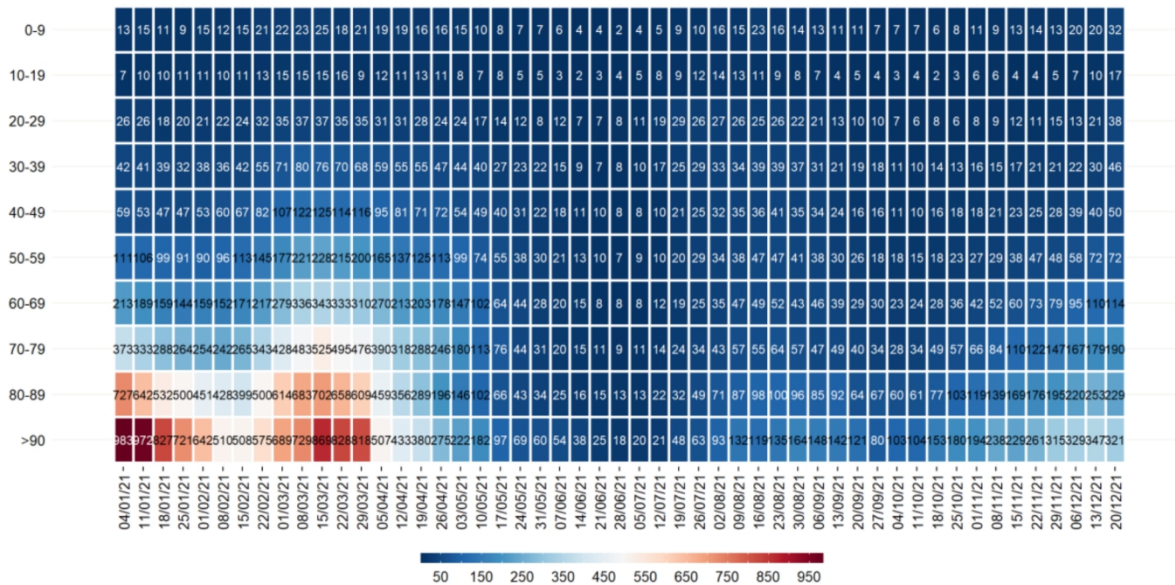


FIGURA A6 – TASSO RICOVERI SETTIMANALE PER 1.000.000 ABITANTI A LIVELLO NAZIONALE, PER FASCIA DI ETÀ, DA GENNAIO 2021

Anche nelle settimane di picco dell’epidemia, il massimo tasso di ospedalizzazione (ogni causa) è stato inferiore a 1 su 1.000 abitanti e **circoscritto** nella fascia di età degli ultra-ottantenni.

- Per una larghissima parte della popolazione, in ogni settimana del 2021, il **tasso di ricovero (ogni causa, COVID-19 compreso) è stato trascurabile** (decine di ricoveri/settimana a fronte di oltre 62.000 posti letto disponibili in area non critica).

L'eccesso di mortalità del COVID-19

Nonostante il COVID-19 sia una malattia fortemente legata all'età, le elaborazioni statistiche fornite da ISTAT-ISS non hanno mai considerato l'invecchiamento della popolazione (*age standardized mortality*). [Qualcuno](#) all'estero se n'era accorto, già a marzo 2020: ^{xii}

The overall mortality rate is always going to depend on the demographics of a population, said Aubree Gordon, an associate professor of epidemiology at the University of Michigan. In this case [Italy], the reported mortality rate is not «age standardized», which is a way to adjust for the underlying demographics of a population, she said.

Ciononostante, anche nel [rapporto finale](#) ISTAT-ISS del marzo 2021 (in base al quale [si è parlato](#) di 100.000 morti in eccesso, rispetto alla media dei 5 anni precedenti), l'invecchiamento della popolazione non è stato considerato. Perché questa “svista” da parte del più importante Ente statistico italiano?

Altri gruppi di ricerca (l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, l'Istituto di Biostatistica e Epidemiologia dell'Università di Mainz e il Dipartimento di Epidemiologia dell'Università di Boston) hanno rielaborato i dati ufficiali ISTAT relativi alla “prima ondata” e calcolato la mortalità *standardizzata*. Il lavoro è stato [pubblicato](#) sul prestigioso *European Journal of Epidemiology*.

Considerando l'invecchiamento della popolazione, l'eccesso di mortalità **ogni causa** in tutta Italia, dal 17 febbraio al 28 giugno 2020 – ovvero il *picco* della mortalità del COVID-19 in Italia – è stato di circa 33.000 decessi. Le *elaborazioni* statistiche ISTAT hanno arbitrariamente attribuito al **COVID-19** l'intero eccesso di mortalità (ogni causa) registratosi nei primi mesi del 2020. Anche se considerassimo come attendibili le elaborazioni ISTAT, l'eccesso di mortalità della stagione influenzale [2014/15](#) è stato di 54.000 decessi.

Dal 17 febbraio al 28 giugno 2020, nella fascia di età 0-49 anni, si è registrato un (lieve) difetto di mortalità ogni causa. Un aumento molto contenuto (+191 decessi in tutta Italia) si è registrato nella fascia 50-59 e gran parte dell'eccesso di mortalità si è concentrato fra la popolazione over 80 [\[Tabella 2\]](#). I ricercatori hanno inoltre evidenziato come **il tasso di mortalità standardizzato (per ogni causa), registratosi nel 2020, sia stato comunque inferiore a quello riportato in media negli anni 2015-2019:** ^{xiii}

On average the standardized rate in the first 8 calendar weeks in the period 2015–2019 was equal to 16.9 and to 23.1 per 100,000 among females and males respectively. In the same calendar week in 2020, the mortality rates were lower among males and females (females 14.8; males 20.3).

Alla luce di queste evidenze, gli autori non possono che constatare l'inattendibilità delle *elaborazioni* statistiche fornite dall'ISTAT: ^{xiv}

Neglecting the demographic changes in a region, even over a short time span, can result in biased estimates.

- Dalle *elaborazioni* statistiche di ISTAT emerge un valore di eccesso di mortalità che **non** tiene conto dell'invecchiamento della popolazione. Questa è una grave e insolita “anomalia” statistica.
- ISTAT ha inoltre *arbitrariamente* attribuito l'eccesso di mortalità del 2020 **interamente** al COVID-19.
- Anche “prendendo per buoni” i dati ISTAT, l'eccesso di mortalità COVID-19 è confrontabile con quello delle **normali influenze** stagionali: i tassi di mortalità *standardizzati* sono addirittura **inferiori**.

Il lockdown e «la strage» di marzo 2020

Il 18 marzo 2020 è una data triste per l'Italia.

Eravamo nel pieno della prima ondata e a Bergamo sfilavano i [camion dell'esercito](#). Il [numero dei morti](#) saliva e ogni giornale nazionale faceva la conta delle vittime. Non a caso, il 18 marzo è stata proclamata [giornata nazionale](#) in memoria delle vittime.

Il giorno prima, l'Istituto Superiore di Sanità aveva pubblicato il [report](#) sui decessi COVID-19. La realtà che emerge dai dati ufficiali ISS è ben diversa da quella diffusa dai *media*: al 17 marzo 2020, il 99% dei deceduti aveva altre patologie di rilievo. L'età media dei decessi era 80 anni. **Erano 17 i deceduti al di sotto dei 50 anni e 5 - cinque - quelli al di sotto dei 40 anni. Solo lo 0,8% dei deceduti non presentava comorbilità.**

Credo ci si debba porre una semplice domanda: quanti dei 100.526 decessi in eccesso, registrati da [ISTAT-ISS](#) nel 2020, sono stati causati *direttamente* dal virus?

È difficile fare una stima esatta, tuttavia l'[OCSE](#) suggerisce alcune linee guida per separare le morti "dirette" (dovute alla malattia) da quelle "indirette" (dovute, ad esempio, al minor accesso alle cure essenziali durante i *lockdown* o imputabili alle sofferenze del SSN).

Nonostante ci siano [evidenze certe](#) che il SARS-CoV-2 circolasse in Italia già da settembre 2019, perché non si è registrato alcun eccesso di mortalità nei mesi precedenti al *lockdown*? Anzi, i primi due mesi del 2020 si sono aperti con un [difetto di mortalità](#) ogni causa. Anche l'osservatorio europeo sulla mortalità [EuroMOMO](#) non ha registrato alcun aumento della mortalità ogni causa nelle settimane precedenti.¹⁴

Al contrario, durante il *lockdown* il numero dei **decessi ogni causa** ha [continuato a salire](#), fino a toccare un massimo a fine marzo. Le misure restrittive [hanno causato](#) una drastica riduzione degli accessi al Pronto Soccorso: -60% durante la prima ondata e -40% durante la seconda. In particolare: accessi per infarto -35%; accessi per dolore toracico -56%; accessi per trauma cranico -62%; accessi per traumi ortopedici -72%.

Quanto ha inciso sulla mortalità generale del 2020?

Quanto inciderà nel prossimo futuro?

Giorgio Palù, che da lì a poco verrà [nominato](#) alla guida dell'agenzia nazionale del farmaco (AIFA), il 23 ottobre 2020, rilascia [un'intervista](#) al *Corriere della Sera*:

*Sono contrario [al lockdown] come cittadino perché sarebbe un suicidio per la nostra economia; come scienziato perché penalizzerebbe l'educazione dei giovani, che sono il nostro futuro, e come medico perché vorrebbe dire che malati, affetti da altre patologie, specialmente tumori, non avrebbero accesso alle cure. Tutto questo a fronte di una malattia, la Covid-19, che, tutto sommato ha una **bassa letalità**. Cioè **non è così mortale**. Dobbiamo porre un freno a questa isteria.*

[John Ioannidis](#), su *European Journal of Clinical Investigation*, ci fornisce una chiave interpretativa: dopo aver analizzato l'impatto del *lockdown* nei Paesi con misure più restrittive (ad es. Italia), rispetto a Paesi con misure più razionali, [conclude](#) che il danno causato dal *lockdown* "duro" è superiore al suo beneficio:^{xv}

In summary, we fail to find strong evidence supporting a role for more restrictive NPIs¹⁵ in the control of COVID-19 in early 2020.

¹⁴ Si scorra la pagina al paragrafo "Map of z-scores by country".

¹⁵ NPI è l'acronimo di Non Pharmaceutical Intervention: distanziamento, mascherine e *lockdown*.

*We do not question the role of all public health interventions, or of coordinated communications about the epidemic, but we fail to find an additional benefit of stay-at-home orders and business closures. The data cannot fully exclude the possibility of some benefits. However, even if they exist, these benefits may not match the **numerous harms of these aggressive measures**.*

Secondo quanto riportato da ricercatori [giapponesi](#) su *Nature Medicine* e [italiani](#) su *The Lancet*, la chiusura delle scuole non sarebbe stata necessaria: gli studenti non hanno contribuito alla diffusione del virus. ^{xvi}

*This analysis **does not support** a role for school opening as a driver of the second COVID-19 wave in Italy, a large European country with high SARS-CoV-2 incidence.*

Quasi 60.000 medici e oltre 800.000 cittadini hanno [firmato](#) la [Great Barrington Declaration](#), proponendo il concetto di “*Focused Protection*”. Una sorta di *lockdown* inverso a tutela delle persone fragili e anziane che permetta alla persone sane, per le quali **il rischio del COVID-19 è zero**, di sviluppare l’immunità naturale.

Secondo i firmatari, il *lockdown* sarebbe ben più dannoso del virus: ^{xvii}

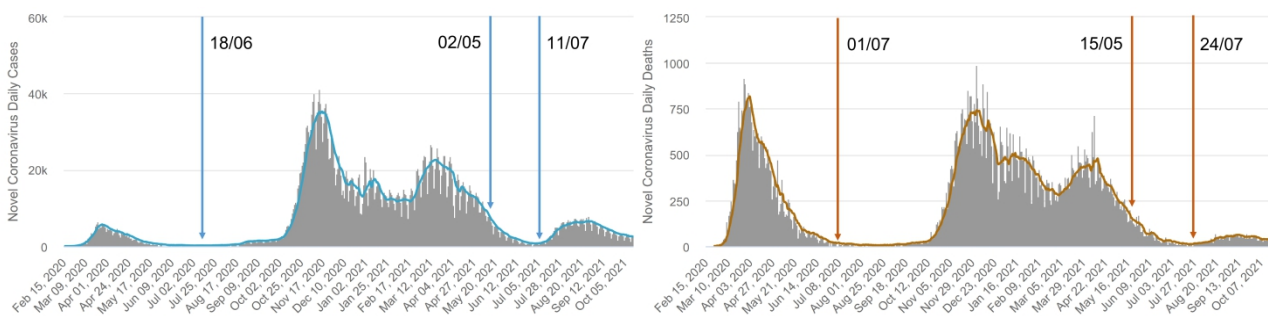
*Current lockdown policies are producing **devastating effects** on short and long-term public health. The results [...] leading to greater excess mortality in years to come, with the working class and younger members of society carrying the heaviest burden.*

Infine una considerazione sull’efficacia del *lockdown* nel contenimento dei contagi e nella riduzione dei decessi durante la pandemia. Come mai ogni volta che sono saltate le misure di distanziamento sociale (ad esempio in occasione di eventi sportivi) non si è verificata alcuna variazione significativa degli andamenti dei contagi o dei decessi? Ad esempio:

18 giugno 2020, [Coppa Italia al Napoli](#), decine di migliaia di persone in strada.

2 maggio 2021, [Scudetto all’Inter](#), 30.000 persone solo in [Piazza Duomo](#) a Milano.

11 luglio 2021, [Europei all’Italia](#), centinaia di migliaia (forse milioni) in tutta Italia.



Le curve dei contagi (sinistra) e dei decessi (destra) sono [disponibili](#) su *Worldometers*; i dati sono quelli ufficiali dell’Istituto Superiore di Sanità. Il tempo medio che intercorre fra infezione e decesso [è di 13 giorni](#). Nel caso della vittoria agli Europei di calcio, la correlazione potrebbe non essere evidente. Il [bollettino ISS](#) del 28 luglio 2021 riporta i dati su una scala temporale più opportuna e facilmente leggibile: dalla figura 7 è evidente una **decrescita** delle infezioni dal 12/07 al 19/07 (ultimo dato disponibile).

- Che il **lockdown** “all’italiana” [misure molto restrittive] abbia contribuito a salvare vite, o abbia portato un qualsivoglia **beneficio** alla collettività, **non è un dato di fatto**.
- Al contrario, quello che emerge da autorevoli studi – ed evidenze epidemiologiche – è che il *lockdown* “duro” possa aver causato (e probabilmente causerà) **un numero maggiore di decessi**.

Il COVID-19 non è una pandemia

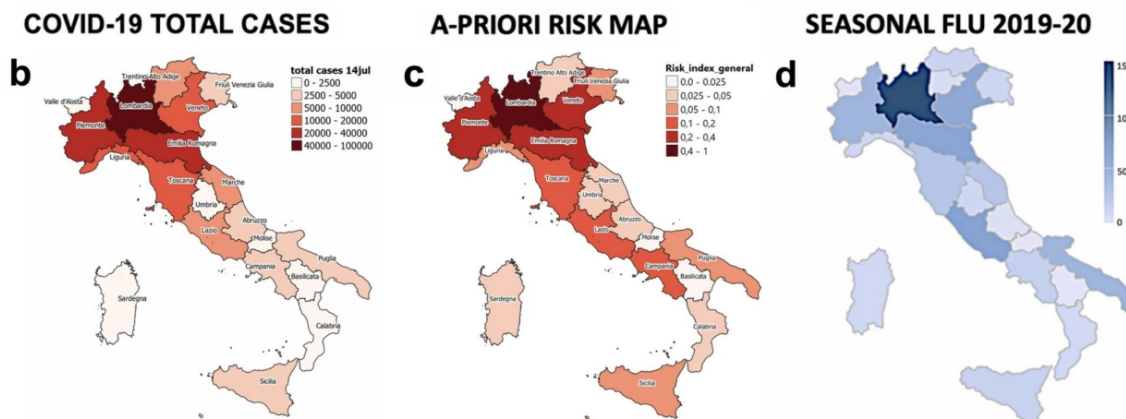
I primi casi di SARS-CoV-2 ufficialmente diagnosticati in Italia risalgono al 30 gennaio 2020: **il giorno seguente è [stato dichiarato](#)** lo stato di emergenza nazionale.

Una coppia di cittadini cinesi, di Wuhan, sono sbarcati a Malpensa il 23 gennaio, hanno visitato Verona e Parma per arrivare quindi a Roma il 28 gennaio. Qui hanno sviluppato i sintomi e solo due giorni dopo sono stati ricoverati all'Ospedale Spallanzani di Roma. Per il terzo caso confermato dobbiamo aspettare il 6 febbraio: si tratta di un cittadino italiano evacuato da Wuhan e "quarantenate" alla Cecchignola (Roma) [[fonte](#)].

Nessun focolaio si è registrato a Roma, Parma o Verona in quei giorni. [Nessun altro caso](#) si è registrato fino al 19 febbraio. Come mai?

Alcuni ricercatori italiani, afferenti all'Università e all'INFN di Catania, hanno analizzato i dati ISTAT sulla mortalità 2020, regione per regione. I risultati [pubblicati](#) su *Scientific Report* hanno evidenziato come, in tutto il 2020, non si sia registrato alcun aumento della mortalità ogni causa al Centro e al Sud. Al Nord si è registrato un aumento significativo solo a marzo e aprile [[Figura 1c](#)].

Dallo studio emerge invece una fortissima correlazione fra fattori di rischio *a-priori* (inquinamento, età media della popolazione, sofferenze del SSN) e la distribuzione dei decessi del COVID-19. Le regioni dove il COVID-19 ha colpito più duramente **sono le stesse colpite ogni anno dalle influenze stagionali** (e complicazioni, ad es. polmoniti causate da sovra-infezioni batteriche).



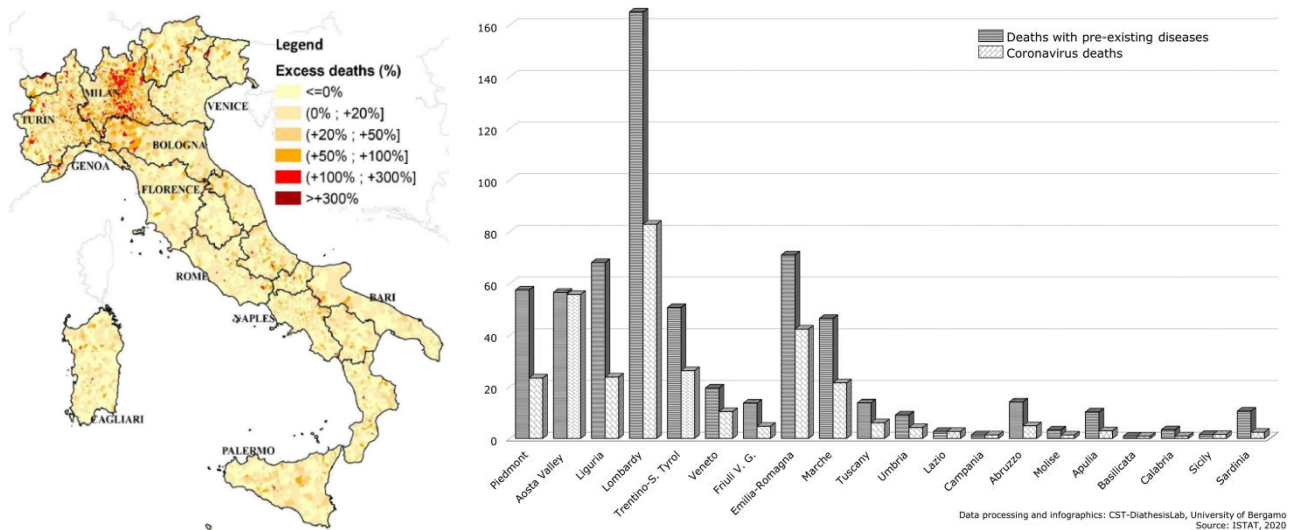
Ciò che rende vulnerabile una popolazione al COVID-19, sono gli stessi fattori di rischio che la rendono vulnerabile ad altre malattie respiratorie, tra cui l'influenza stagionale.

Altri ricercatori italiani [pubblicano](#) su *Public Health* i risultati della loro ricerca: la probabilità di infezione da SARS-CoV-2 è 7 volte maggiore nelle zone inquinate. Lo [stesso andamento](#) è stato osservato, in USA, da ricercatori della *Harvard School of Public Health*: la mortalità del COVID-19 aumenta dell'11% per ogni ug/m^3 di $\text{PM}_{2.5}$.

La provincia di Brescia, già nel 2018, era stata colpita da "strane" malattie respiratorie. Dapprima attribuite alla legionella, non è mai stata accertata la causa: la Procura di Brescia aprì un'inchiesta. Si vedano, ad esempio, alcuni articoli de [La Stampa](#), [Il Giorno](#), [Wired](#), [RaiNews](#), [Repubblica](#), [TgCom24](#).

Anche nel 2019 si sono osservati focolai di polmoniti "anomale" nelle stesse zone colpite dal COVID-19, come la Val Seriana e il Grumello. Alcuni articoli: [AGI](#), [AdnKronos](#), [Avvenire](#), [Il Manifesto](#), [Repubblica](#), [Libero](#), [Il Corriere](#), [MilanoToday](#).

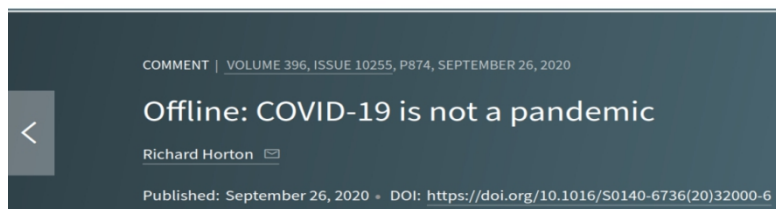
Alcuni ricercatori di Scienze Statistiche della Sapienza ci forniscono [un quadro](#) dell'impatto del COVID-19 nei diversi comuni italiani (da febbraio a settembre 2020, [Fig. 1c](#)). Altri ricercatori dell'Università di Milano Bicocca hanno stimato la percentuale di pazienti deceduti per [cause non attribuibili](#) al COVID-19 ([Fig. 2.1](#)).



Il COVID-19 in Italia è stato – ed è tutt’ora – un fenomeno “comunale”. È evidente l’impatto della malattia nell’eccesso di mortalità registratosi in alcuni comuni lombardi (ed in altri del Nord Italia), tuttavia, in quegli stessi comuni, si è verificato **un eccesso di mortalità maggiore per cause non direttamente attribuibili al COVID-19**. Nella maggior parte della penisola, il COVID-19 non è stato una patologia rilevante, né dal punto di vista statistico, né da quello sanitario.

[Richard Horton](#), caporedattore del *The Lancet*, forse la rivista medico-scientifica più importante del mondo, [lo dichiara apertamente](#): il COVID-19 non è una pandemia, bensì una «*sindemia*». Si veda anche [Reuters](#).

THE LANCET



Da un lato significa che il COVID-19 è riconducibile sia al SARS-CoV-2, sia a patologie pregresse; dall’altro che **il COVID-19 è una «sindrome» biologica e sociale**. Secondo Horton, le ingiustizie sociali accrescono la pericolosità del virus, che a sua volta inasprisce le disuguaglianze. Il COVID-19 può diventare una patologia grave solo in presenza di concause (ambientali, sociali, mediche) e fattori predisponenti: ^{xviii}

*Two categories of disease are interacting within specific populations-infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and **an array of non-communicable diseases (NCDs)**. These conditions are clustering within social groups according to patterns of inequality deeply embedded in our societies [...]*

*The aggregation of these diseases on **a background of social and economic disparity exacerbates the adverse effects of each separate disease. COVID-19 is not a pandemic. It is a syndemic.** The syndemic nature of the threat we face means that a more nuanced approach is needed if we are to protect the health of our communities.*

Addressing COVID-19 means addressing hypertension, obesity, diabetes, cardiovascular and chronic respiratory diseases, and cancer.

In Italia, dal 2019 al 2020, si è registrato un aumento significativo dei nuovi poveri. Ad esempio nel Nord-Ovest, tradizionalmente benestante, il numero delle persone che vivono in povertà è aumentato del 47%. Fra quelle che vivono in **povertà assoluta**, l'aumento è stato del 48,5% [[rapporto ISTAT](#), pag. 2]. Secondo i [dati OCSE](#), l'Italia è l'unico Paese in Europa in cui i salari [sono inferiori](#) a quelli del 1990.

Horton è molto chiaro anche su questo: il COVID-19 non si affronta con interventi strettamente farmacologici e neppure con i vaccini, si affronta con **politiche sociali e welfare**:^{xix}

The vulnerability of older citizens; Black, Asian, and minority ethnic communities; and key workers who are commonly poorly paid with fewer welfare protections points to a truth so far barely acknowledged – namely, that no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to COVID-19 will fail.

Si veda anche [BMJ Global Health](#). Infine riserva una stoccata agli «esperti» e alle politiche di lockdown:^{xx}

The «science» that has guided governments has been driven mostly by epidemic modellers and infectious disease specialists, who understandably frame the present health emergency in centuries-old terms of plague.

A proposito di «esperti», una lettera [pubblicata](#) su *Nature* a febbraio 2021 mette in luce le competenze dei membri del Comitato Tecnico Scientifico italiano (il tanto celebrato [CTS](#)):

*[il CTS] è a corto di figure in aree critiche di competenza come diagnostica molecolare, virologia molecolare e high-throughput screening. Meno della metà dei suoi membri attuali sono nominati sulla base del curriculum; gli altri sono direttori di istituzioni sanitarie, **nominati nel CTS ex officio**. Soltanto due membri hanno una comprovata esperienza in biotecnologia, ma in campi non legati alle malattie infettive.*

A proposito di lockdown, queste [le dichiarazioni](#), espresse sul [BMJ](#), di [Sunetra Gupta](#), Professoressa di Epidemiologia e Direttrice del [Centre for Evidence Based Medicine](#) dell'Università di Oxford:^{xxi}

[The] large variation in risk by age and health status suggests that the harm caused by uniform policies (that apply to all persons) will outweigh the benefits.

Una dura critica alla gestione italiana è stata [pubblicata](#) su *The Lancet*; il titolo è molto eloquente:^{xxii}

Recognising Italy's mistakes in the public health response to COVID-19

Si [veda](#) anche AGI.

- Il COVID-19 è stato un **fenomeno locale**, si potrebbe dire “comunale”: ha avuto un impatto devastante in alcuni comuni lombardi (e del Nord), nei mesi di marzo, aprile e maggio 2020.
- Queste zone sono **le stesse** nelle quali si è registrata – negli anni precedenti – una maggior mortalità causata da altre malattie respiratorie, ad es. influenza e polmoniti.
- Nel resto della penisola non si è osservato **alcun aumento della mortalità** ogni causa (per buona parte del 2020). Il virus **non** ha causato un'emergenza sanitaria in larga parte della penisola.
- **Il COVID-19 è una sindrome** che può diventare una patologia grave **solo** in presenza di concause e fattori predisponenti. Siano questi di natura ambientale (clima, inquinamento), biologica (patologie pre-esistenti) o sociale (*welfare*, stile di vita, accesso alle cure).

La certificazione dei casi COVID-19 in Italia

Dopo lo scoppio della pandemia, l'OMS ha aggiornato i [codici ICD-10](#), introducendo quelli relativi al COVID-19 ([codici U07.1 e U07.2](#)). U07.1 fa riferimento ad un caso confermato da tampone molecolare, mentre U07.2 viene usato nel caso il virus non sia stato identificato ma il COVID-19 sia «sospetto» o «probabile».

La stessa OMS fornisce [indicazioni chiare](#) su come compilare le schede di morte. ISS ha recepito le linee guida dell'OMS e ha pubblicato un [rapporto](#) assieme a ISTAT e INAIL.

U07.1 comprende tutti i morti con tampone positivo. Non importa se il paziente non avesse i sintomi del COVID-19, o avesse già gravi patologie, o la causa del decesso fosse platealmente diversa (es. tumore metastatico). A pagina 2 del [Rapporto COVID-19 ISS n. 49/2020](#), si legge:

*Non sono da considerarsi tra le chiare cause di morte **diverse** da COVID-19, le patologie pre-esistenti. [...] Per esempio, sono patologie pre-esistenti il cancro, le patologie cardiovascolari, renali ed epatiche, le patologie psichiatriche ed il diabete.*

U07.2 comprende tutti i casi per i quali il medico, in assenza di un tampone molecolare positivo, comunque «sospetta» che il COVID-19 possa aver contribuito al decesso. Un [webinar di formazione dell'ISTAT](#), rivolto ai medici certificatori, chiarisce ancora più esplicitamente (al minuto 2:30):

***Il COVID-19 va riportato sempre** [...] Quindi nel caso in cui non vi sia una diagnosi confermata di COVID-19, **va comunque riportato** nella scheda di morte, come probabile o sospetto. Questo è molto importante, perché ci permetterà, negli studi futuri, di avere una miglior comprensione del fenomeno.*

Siamo proprio sicuri che così facendo si favorisca “una miglior comprensione del fenomeno”?

Invito **caldamente** il lettore a guardare questo breve [servizio](#) della RAI (26 gennaio 2022). Infine il caso «probabile», a pagina 4 del [rapporto](#):

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Un caso COVID-19 è anche un caso rilevato tramite un tampone pan-coronavirus, quindi **aspecifico** nei confronti del SARS-CoV-2. Quanti di questi casi «sospetti» o «probabili» si sono contati ad oggi? Questo potrebbe spiegare perché, durante tutta la pandemia, l'influenza stagionale sia **completamente scomparsa**? Secondo l'osservatorio [FluNet](#) (OMS), in Italia si è passati da oltre 500 campioni positivi / settimana nei picchi delle stagioni influenzali 2015-2019 (circa 3.000 campioni / stagione) allo **zero** del 2020/2021.

- Anche in assenza di una diagnosi o di un tampone molecolare, in assenza di sintomi, per una causa di morte non correlabile, se il medico «sospetta» il COVID-19, ai fini statistici si tratta di un decesso COVID-19 (codice U07.2).
- Da quando esiste il SARS-CoV-2, sono **scomparse** le influenze stagionali.
- Finché ISTAT-ISS non forniranno i dati grezzi/disaggregati non potremo avere **un quadro epidemiologicamente attendibile** dei decessi COVID-19 in Italia.

La certificazione dei casi COVID-19 in USA, Germania e UK

Il “modello italiano” ha fatto scuola.

La dottoressa [Ngozi Ezike](#) è la Direttrice del Dipartimento di Salute Pubblica dell'Illinois (USA). Lei stessa [conferma](#) che i decessi COVID-19 in USA vengono registrati con modalità analoghe a quelle italiane. Lo stesso *Center for Disease Control* (CDC) americano, in una *Briefing Note*, riporta le stesse [raccomandazioni](#) del webinar di formazione ISTAT: ^{xxiii}

It is important to emphasize that Coronavirus Disease 19, or Covid-19, should be reported for all decedents where the disease caused or is presumed to have caused or contributed to death.

Anche la stessa arbitraria attribuzione dei decessi a casi «*probabili*» o «*sospetti*» è riportata [nella circolare](#) del CDC americano: ^{xxiv}

In cases where a definite diagnosis of COVID-19 cannot be made, but it is suspected or likely, it is acceptable to report COVID-19 on a death certificate as «probable» or «presumed».

Il 20 marzo 2020 il presidente dell'Istituto *Robert Koch* tedesco ha confermato che la Germania conta ogni persona deceduta, che sia stata infettata dal coronavirus, come una morte da COVID-19, anche nel caso in cui il SARS-CoV-2 non abbia causato la morte [[fonte](#), [fonte](#), [video](#)].

Se possibile, nel Regno Unito si è fatto anche di peggio. Se una persona ha contratto il virus, è guarita e dopo due mesi è deceduta a **causa di un incidente stradale**, per le autorità inglesi la causa di morte sarebbe comunque COVID-19. Diversi media hanno dato spazio alla notizia: [BBC](#), [Reuters](#), [MedicalXpress](#), [CEBM](#), [The Guardian](#), [SkyNews](#), [Metro](#).

Un articolo apparso su [The Spectator](#), a firma dei professori [Yoon K. Loke](#) e [Carl Heneghan](#), mette a fuoco la situazione inglese e titola: «*Perché, in Inghilterra, nessuno potrà mai guarire dal Covid*». Secondo [The Guardian](#), chiunque abbia contratto il virus, morirà di COVID-19: ^{xxv}

It seems that PHE regularly looks for people on the NHS database who have ever tested positive for Covid, and simply checks to see if they are still alive or not. PHE does not appear to consider how long ago the Covid test result was, nor whether the person has been successfully treated in hospital and discharged to the community. Anyone who has tested Covid-positive but subsequently died at a later date of any cause will be included on the PHE Covid death figures.

Questo ha costretto [Matt Hancock](#) – Segretario di Stato per la Salute – ad [ammettere](#) “l'errore” e a rivedere i criteri per il conteggio dei decessi. Curiosamente Hancock è rimasto al suo posto nonostante la palese manipolazione statistica che ha completamente invalidato le statistiche COVID-19 nel Regno Unito. È stato costretto a dimettersi, in seguito, per aver [violato le norme](#) sul distanziamento sociale.

Una rassegna delle anomalie statistiche nella certificazione dei decessi COVID-19, in diversi Paesi, si può trovare in un [articolo](#) di *Off-Guardian*.

- La mortalità del COVID-19 è stata **sovrastimata**, in diversi Paesi, attraverso *elaborazioni* statistiche poco trasparenti e scientificamente **molto discutibili**.

Alcune considerazioni sulle condizioni del SSN

Secondo i dati Eurostat, [pubblicati dall'OMS](#), l'Italia spende per la sanità il 10% in meno della media dei Paesi UE e circa il 35% in meno della Germania. **Manca personale sanitario, soprattutto infermieri.**

Secondo uno studio di [Domedica](#), 45.000 dottori andranno in pensione entro il 2023. Entro il 2028, 14 milioni di italiani potrebbero rimanere senza medico di base (il 70% raggiungerà l'età pensionabile). Secondo i [dati OCSE](#) (*Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa*), l'Italia ha meno della metà dei [posti letto](#) e delle [terapie intensive](#) rispetto alla Germania e sono [in costante calo da 20 anni](#).

Così titolava [Il Corriere](#):

«Milano, terapie intensive al collasso [...] già 48 malati gravi molte operazioni rinviate»

Difficoltà ad accogliere nuovi pazienti, prenotazioni sospese per i posti letto delle rianimazioni destinati ad accogliere i malati dopo le operazioni, turni straordinari (gratis) per medici e infermieri richiamati dalle ferie. Appello dei medici alla Regione.

Era il 10 gennaio 2018. Così su [Repubblica](#), sempre nel 2018:

«Sepsi: ogni 4 secondi muore una persona»

La sua incidenza (380 casi su 100.000 abitanti) è in continuo aumento, maggiore di quella dell'ictus e dell'infarto e la sua mortalità globale è compresa tra un paziente su tre ed un paziente su due.

Secondo [quanto riportato](#) dall'ANSA, le infezioni nosocomiali sono in crescita esponenziale: si è passati dai 18.668 decessi del 2003, ai 49.301 del 2016. Quasi **50.000 decessi all'anno** – e per giunta prevenibili – sono circa gli stessi (55.000) che il Ministero della Salute [ha attribuito](#) direttamente al COVID-19 in Italia nel 2020. L'aumento del fenomeno è stato osservato in tutte le fasce d'età, ma in particolar modo per gli individui over 75. L'Italia conta il 30% di tutte le morti per sepsi fra i 28 Paesi UE. **Questa non è un'emergenza?**

Secondo i [dati ufficiali](#) dell'*European Center for Disease Control (eCDC)*, l'antibiotico-resistenza in Italia (ad es. per la [Klebsiella Pneumonie](#), ma non solo) è di gran lunga la peggiore in Europa e 47 volte maggiore di quella riscontrata in Germania. Secondo il Presidente dell'Associazione dei Microbiologi Clinici Italiani, il 30% dei decessi COVID-19 presentava [sovrainfezioni batteriche](#) antibiotico-resistenti.

Avevamo un piano pandemico «fatto di taglia e incolla», senza indicazioni operative e [aggiornato per l'ultima volta nel 2006](#). Secondo quanto riferito dalla stampa circa l'organigramma ministeriale, il responsabile del mancato aggiornamento sarebbe [Ranieri-Guerra](#), poi divenuto [numero due](#) dell'OMS.

La procura di Bergamo ha [aperto un'inchiesta](#), indagando (o comunque convocando quali persone informate sui fatti) anche [personale dell'OMS](#). L'OMS per tutta risposta scrive al Ministro Speranza e pretende l'immunità diplomatica per i suoi ufficiali [[Repubblica](#), [AGI](#)].

- Trent'anni di tagli sistematici alla Sanità pubblica hanno creato una vera e propria **emergenza sanitaria**. Quanto abbiamo vissuto durante questa pandemia non ne è stata la causa, ma solo **l'ennesima conferma**.
- Il numero di decessi che si registra **ogni anno** in Italia, a causa di infezioni ospedaliere e sepsi, è **superiore a quello causato dal COVID-19**. Questa non è un'emergenza?

Alcune considerazioni sulla trasparenza e l'accesso ai dati

In una condizione di emergenza, come quella che abbiamo vissuto, l'accesso ai dati statistici relativi alla pandemia – e ancor più ai dati grezzi – è uno strumento indispensabile per ricercatori e giornalisti.

L'accesso ai dati degli Enti Pubblici (fra cui ISTAT e ISS), dovrebbe essere garantito secondo quanto previsto dal [Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97](#), il [Freedom of Information Act](#) italiano.

Almeno sulla carta.

Questo strumento, [anche in passato](#), non ha mai funzionato granché ed è rimasto uno [strumento astratto](#). Durante la pandemia le cose sono andate – se possibile – anche peggio. [Secondo](#) l'Istituto Superiore di Sanità:

*l'accesso può essere richiesto attraverso il presente modulo **per motivi scientifici e di ricerca che devono essere sempre specificati**.*

Nessun giornalista può far richiesta di accesso ai dati, perché?

È in linea con le misure di trasparenza invocate nel [decreto](#)? Perché un ricercatore dovrebbe dichiarare i motivi della ricerca? Cos'hanno a che fare le *motivazioni* (scientifiche) del ricercatore con il diritto all'informazione e l'accesso ai dati?

Per approfondire, un interessante articolo su [AgendaDigitale](#) dal titolo: «Accesso ai dati covid-19, l'Italia nega un diritto ed è un problema per tutti». L'articolo si chiede:

*Perché i dataset contenenti dati Covid in forma aggregata o pseudonimizzati, in linea con i dettami del GDPR in tema di protezione di dati personali, **non possono essere a disposizione** di tutta la comunità scientifica? E perché l'atteggiamento dell'ISS risulta essere **tutt'altro che trasparente**?*

Come già evidenziato, “la mortalità” riportata nei bollettini periodici dell'Istituto Superiore di Sanità non è calcolata su base annuale, ma sull'intero periodo di pandemia. Questa è una grave “*anomalia*” statistica che porta ad una considerevole sovrastima del reale tasso di mortalità del virus. Se si applicasse la stessa metodologia all'influenza stagionale, nel giro di un decennio, si osserverebbe una mortalità confrontabile con quella della SARS.

Che si tratti anche in questo caso di una *svista*?

Considerata l'assoluta arbitrarietà con cui ISTAT e ISS hanno classificato come decessi COVID-19 pazienti affetti da ben più importanti patologie – e le discutibili *elaborazioni* statistiche diffuse in questi mesi – è doveroso pretendere che i dati grezzi vengano pubblicati e resi *effettivamente* accessibili e verificabili da ricercatori indipendenti.

- Dopo 20 mesi di pandemia, accedere ai dati statistici aggregati è difficile, accedere a quelli grezzi è **impossibile**. Abbiamo solo le *elaborazioni* di ISTAT-ISS.

Punti chiave

- ▶ Nel 2020, il COVID-19 ha causato nel mondo **meno della metà** dei decessi delle normali polmoniti virali.
- ▶ La **mortalità** del COVID-19 in Italia – durante il primo anno di pandemia – è stata rispettivamente dello **0,0012%**, **0,0037%** e **dello 0,01%** per le fasce di età minore di 40, di 50 e di 60 anni, a prescindere dallo stato di salute.
- ▶ Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la **letalità** media del COVID-19 in Italia (dall'inizio della pandemia), per le persone al di sotto dei 60 anni è bassissima ("zero virgola"), al di sotto dei 50 anni è attorno a uno su mille, per le persone con meno di 40 anni è **inferiore a 10 decessi su 100.000 infezioni**.
- ▶ Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la **mortalità** media del COVID-19 in Italia (dall'inizio della pandemia), per le persone al di sotto dei 60 anni è dello **0,01%**. Al di sotto dei 40 anni è inferiore allo **0,001%**.
- ▶ I dati di letalità e mortalità forniti da ISS (e ripresi dai *media*) sono **fortemente sovrastimati**: sono infatti calcolati dall'inizio della pandemia e non sul periodo di riferimento (annuale).
- ▶ Questa è solo una delle **gravi "anomalie" statistiche** legate alla comunicazione (anche quella istituzionale) durante la pandemia.
- ▶ Purtroppo non abbiamo accesso ai dati grezzi, dobbiamo attenerci alle **elaborazioni** di ISTAT e ISS.
- ▶ Il COVID-19 diventa una patologia importante **solamente** nella popolazione al di sopra dei 65 anni – **e solo** – in persone con uno stato di salute già gravemente compromesso. Bisogna però ricordare che, in questi casi, anche l'influenza stagionale diventa una patologia grave e addirittura **più mortale** del COVID-19.
- ▶ L'eccesso di mortalità del 2020 è in realtà dovuto ad un insieme variegato di **concause**: aumento dell'età media della popolazione, difetto di mortalità nei mesi precedenti, limitato accesso alle cure durante il *lockdown*, carenze del SSN, maggior incidenza di infezioni nosocomiali, antibiotico-resistenza.
- ▶ Le vere emergenze sanitarie, in Italia, riguardano le carenze del SSN ed i **tagli alla Sanità Pubblica**.
- ▶ Le politiche restrittive di *lockdown* "*all'italiana*" hanno avuto un impatto negativo sull'accesso alle cure e potrebbero aver **umentato la mortalità ogni causa**.
- ▶ Se consideriamo il tasso di mortalità *standardizzato* del 2020, questo è in linea con la media dei 5 anni precedenti e **inferiore** a quanto osservato nel picco della stagione influenzale 2014/2015.
- ▶ La letalità della variante *delta* è **di gran lunga inferiore** rispetto a quella del SARS-CoV-2 e confrontabile con quella delle influenze stagionali (e relative complicazioni, ed es. polmoniti).
- ▶ **La letalità della variante omicron è meno di un terzo di quella registrata durante le normali influenze**.
- ▶ I criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per classificare i decessi COVID-19 sono talmente inclusivi da generare il sospetto che si sia voluto (e si voglia tuttora) **massimizzare il numero dei decessi**. In Italia, le linee guida ISTAT-INAIL hanno ulteriormente ampliato la casistica.
- ▶ La quota di decessi attribuiti al COVID-19 dalle Istituzioni è certamente stata sovrastimata in Italia, USA, UK, Germania (e forse anche in molti altri paesi) attraverso *elaborazioni* statistiche **molto discutibili**.

Note

- ⁱ “Our estimated overall infection fatality ratio for China was 0.66% (0.39–1.33).”
- ⁱⁱ “CFR [Case Fatality Rate] may be much lower than 1% in the general population, probably higher than seasonal flu (CFR = 0.1%), but not much so.”
- ⁱⁱⁱ “Using the estimated number of infections and the deaths in Santa Clara County at the time, we estimate a local infection fatality rate of 0.17%.”
- ^{iv} “In this survey of SARS-CoV-2 [we found] a low IFR [Infection Fatality Rate] of 89/100.000 (95% CI, 72–211).”
- ^v “The estimated IFR [Infection Fatality Rate] was 0.36% (95% CI:[0.29%; 0.45%]) for the community and 0.35% [0.28%; 0.45%] when age-standardized to the population of the community.”
- ^{vi} “We performed a univariate analysis and estimated the mean IFR [Infection Fatality Rate] at [...] 0.43% (95% CI: 0.21–0.79) for those younger than 70 years. No deaths were recorded among individuals younger than 50 years.”
- ^{vii} “[...] 24 estimates of IFR [Infection Fatality Rate] [are] included in the final meta-analysis, from a wide range of countries, published between February and June 2020. The meta-analysis demonstrated a point estimate of IFR of 0.68% (0.53%–0.82%) [...]”
- ^{viii} “The median infection fatality rate across all 51 locations was 0.27% (corrected 0.23%) [...] In people younger than 70 years, infection fatality rates ranged from 0.00% to 0.31% with crude and corrected medians of 0.05%.”
- ^{ix} “It found an overall IFR [Infection Fatality Rate] of 0.24% quite lower than the overall CFR (5.6%). We conclude that CFR [Case Fatality Rate] severely overestimate the lethality of COVID-19 in developing areas.”
- ^x “La mortalità per COVID-19 è stata lo 0,8% della mortalità ogni causa in questa settimana.”
- ^{xi} “Questa è la speranza. Questo è lo scenario migliore che possiamo avere. [Il virus] sta diventando più mite [e più contagioso], la maggior parte delle persone lo prenderà e otterrà un'immunità naturale. [Il virus] potrebbe essersi replicato e mutato così tante volte da aver raggiunto la sua posizione ottimale [dal punto di vista evolutivo], consentendogli di diffondersi ampiamente senza uccidere gli ospiti.”
- ^{xii} “«Il tasso di mortalità complessivo dipende sempre dai dati demografici di una popolazione» – ha detto Aubree Gordon, professore associato di epidemiologia presso l'Università del Michigan – «nel caso italiano, il tasso di mortalità riportato non è “standardizzato per età”, e quindi non tiene conto della reale demografia della popolazione».”
- ^{xiii} “In media il tasso standardizzato [di mortalità] nelle prime 8 settimane di calendario nel periodo 2015-2019 è stato di 16,9 e 23,1 per 100.000, rispettivamente per donne e uomini. Nelle stesse settimane del 2020, i tassi di mortalità registrati sono stati più bassi sia tra gli uomini che tra le donne (donne 14,8; uomini 20,3).”
- ^{xiv} “Trascurare i cambiamenti demografici in una regione, anche in un breve lasso di tempo, può portare a conclusioni distorte.”
- ^{xv} “In sintesi, non siamo riusciti a trovare prove solide a sostegno di una giustificazione per gli NPI [interventi non farmacologici] più restrittivi nel controllo del COVID-19 all'inizio del 2020. Non mettiamo in dubbio il ruolo degli interventi di salute pubblica nel loro complesso, o delle comunicazioni coordinate sull'epidemia, ma non riusciamo a trovare un ulteriore beneficio dalle ordinanze di chiusura delle attività commerciali e dallo stare chiusi in casa. I dati non possono escludere completamente la possibilità di alcuni benefici. Tuttavia, anche se questi benefici esistessero, non giustificerebbero [comunque] i numerosi danni causati da queste misure aggressive.”
- ^{xvi} “La nostra analisi non supporta il ruolo dell'apertura delle scuole come fattore scatenante della seconda ondata di COVID-19 in Italia, un grande paese europeo con un'alta incidenza di SARS-CoV-2.”

-
- xvii “Le attuali politiche di chiusura stanno producendo effetti devastanti sulla salute pubblica a breve e lungo termine. I risultati [di queste politiche] causeranno un maggiore eccesso di mortalità negli anni a venire. La classe operaia ed i giovani porteranno il fardello più pesante.”
- xviii “Due categorie di malattie stanno interagendo all'interno di sottogruppi specifici della popolazione: l'infezione da coronavirus [SARS-CoV-2] e una serie di malattie non trasmissibili. Queste condizioni stanno emergendo all'interno di alcuni gruppi sociali secondo modelli che riflettono la disuguaglianza profondamente radicata nelle nostre società. La concomitanza di queste malattie su uno sfondo di disparità sociale ed economica inasprisce gli effetti negativi delle singole patologie. COVID-19 non è una pandemia. È una sindrome. La natura sindemica della minaccia che affrontiamo significa che è necessario un approccio più articolato se vogliamo proteggere la salute delle nostre comunità. Affrontare la COVID-19 significa affrontare ipertensione, obesità, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche e cancro.”
- xix “La vulnerabilità dei cittadini più anziani, delle comunità nere, asiatiche e delle minoranze etniche, di quei lavoratori che sono comunemente mal pagati e con meno protezioni sociali, indica una verità finora scarsamente riconosciuta: non importa quanto sia efficace un trattamento o quanto sia protettivo un vaccino, il perseguimento di una soluzione puramente farmacologica al COVID-19 fallirà inesorabilmente.”
- xx “«*La scienza*» che ha guidato i governi è stata dettata soprattutto da epidemiologi abituati a modellizzare le pandemie al computer e da «*specialisti*» di malattie infettive che comprensibilmente [dal loro punto di vista] trattano l'attuale emergenza sanitaria come se si trattasse della peste dell'ottocento.”
- xxi “[La] grande variazione del rischio [associato al COVID-19], per età e stato di salute, suggerisce che il danno causato da politiche uniformi [di lockdown] – che si applicano indistintamente a tutte le persone – supererà i suoi benefici.”
- xxii “Riconoscere gli errori delle politiche di sanità pubblica italiane nel contrasto al COVID-19.”
- xxiii “È importante sottolineare che la malattia da Coronavirus 19, o Covid-19, dovrebbe essere segnalata per tutti i deceduti in cui la malattia ha causato o si *presume* abbia contribuito alla morte.”
- xxiv “Nei casi in cui non sia possibile effettuare una diagnosi definitiva di COVID-19, è accettabile riportare il COVID-19 come «*probabile*» o «*presunto*» [agente causale] sul certificato di morte.”
- xxv “Sembra che il PHE [*Public Health England*, il Ministero della Salute inglese] cerchi regolarmente nel database dell'NHS [*National Health Service*, la Sanità inglese] le persone che sono risultate positive al Covid e controlli semplicemente se sono ancora vive o meno. PHE non sembra considerare quanto tempo sia trascorso dal risultato del test [positivo], né se la persona sia guarita. Chiunque sia risultato positivo al Covid e sia poi deceduto, in una qualunque data successiva, per qualsiasi causa, sarà incluso dal PHE nel conteggio dei decessi Covid.”



Parte 2

La diagnostica

Il tampone molecolare

*È considerato il “gold standard” per la diagnosi del COVID-19.
Siamo sicuri che il protocollo adottato sia affidabile?*

Il protocollo “Corman-Drosten”

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Ufficio cinese dell'OMS è stato informato dalle autorità di Pechino di casi di polmonite di eziologia sconosciuta, nella città di Wuhan, il 31 dicembre 2019. Un nuovo coronavirus – allora denominato 2019-nCoV, e oggi conosciuto come SARS-CoV-2 – è stato ufficialmente annunciato come agente causale il 7 gennaio [[EuroSurveillance](#)].

Il 13 gennaio 2020, il Prof. [Christian Drosten](#), [Direttore dell'Istituto di Virologia](#) della [Charité Universitätsmedizin Berlin](#) e tre ricercatori del suo istituto ([Victor Corman](#), [Tobias Bleicker](#), [Sebastian Brünink](#)) inviano all'OMS una [prima versione](#) del protocollo che diverrà il “gold standard” per la diagnostica del SARS-CoV-2: il tampone molecolare “anti-covid”. Il protocollo verrà [aggiornato](#) il 17 gennaio 2020 e da allora è utilizzato in tutto il mondo.

A quella data il protocollo non era stato ancora pubblicato su nessuna rivista scientifica.

L'[articolo scientifico](#) che descrive il protocollo è stato sottomesso il 21 gennaio 2020 alla rivista ufficiale ([EuroSurveillance](#)) dell'*European Center for Disease Control* ([ECDC](#)), l'organismo dell'Unione Europea deputato alla salute pubblica.

Accettato per la pubblicazione il 22 gennaio 2020, pubblicato online il 23 gennaio 2020. È evidente che l'articolo non sia stato sottoposto a revisione paritaria (la cosiddetta *peer review*). Perché?

Altri ricercatori hanno anche [notato](#) che quattro degli autori dell'articolo si trovano in una situazione di **conflitto di interessi** con le case farmaceutiche che oggi producono i test diagnostici basati sul loro protocollo: Victor Corman, Christian Drosten, Olfert Landt e Marco Kaiser. Inoltre, due autori (Christian Drosten e Chantal Reusken) sono anche [editori](#) della stessa rivista (*EuroSurveillance*). Su Christian Drosten si veda anche [qui](#).

La rivista [afferma](#) che il conflitto di interessi non deve preoccupare, perché c'è stata un'attenta revisione del manoscritto [*in 24 ore?*]. Ma ciò che desta maggior preoccupazione è il contenuto scientifico del lavoro.

Gli stessi autori nell'introduzione avvertono: ⁱ

*In the present case of 2019-nCoV, virus isolates or samples from infected patients **have so far not become available** to the international public health community. [...] We report here on the establishment and validation of a diagnostic workflow for nCoV screening and specific confirmation, designed **in absence of available virus isolates** or original patient specimens.*

Il protocollo per la rilevazione del SARS-CoV-2 – ad oggi utilizzato in tutto il mondo – **non si basa su un virus isolato da pazienti infetti** (e coltivato in laboratorio). Si tratta di una **simulazione (in silico) del virus**.

Ciononostante gli autori sono sicuri di poter proporre un metodo diagnostico robusto ed efficace: ⁱⁱ

*We aimed to develop and deploy robust diagnostic methodology for use in public health laboratory settings **without having virus material available**.*

Dopo la pubblicazione del lavoro su *EuroSurveillance*, molti scienziati hanno attaccato ferocemente il protocollo *Corman-Drosten*. Alcuni di questi si sono riuniti in un Consorzio (*International Consortium of Scientists in Life Sciences* – [ICSLS](#)) che vanta fra i suoi membri autorevoli biologi molecolari, virologi, genetisti, internisti, cardiologi, chimici clinici ed esperti di sanità pubblica. Gli autori hanno redatto una [revisione indipendente](#) del lavoro.

Di seguito alcuni punti tradotti dal [testo originale](#):

1) La scelta dei [primer](#) è causa di un alto numero di falsi positivi: ⁱⁱⁱ

Sei posizioni non-univoche introdurranno un'enorme ambiguità nei risultati del test (64 possibili combinazioni aspecifiche). La confusa descrizione nel documento di Corman-Drosten non è adatta come protocollo operativo standard rendendo il test inadatto come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2.

2) Anche le concentrazioni dei [primer](#) favoriscono falsi positivi: i [primer](#) scelti sono introdotti a concentrazioni di molto superiori a quelle normalmente utilizzate. ^{iv}

Non esiste una ragione specifica per usare queste concentrazioni estremamente alte di primer in questo protocollo. Queste concentrazioni portano ad un aumento del legame aspecifico, rendendo il test inadatto come strumento diagnostico per identificare il virus SARS-CoV-2.

3) L'affidabilità del protocollo si basa sull'identificazione di tre geni,¹ ma uno si è rivelato problematico, così si è deciso di usarne due (senza però validare il nuovo protocollo). ^v

In quasi tutte le procedure di test nel mondo è stata verificata la corrispondenza solo con due primer, invece che con tutti e tre. Questa 'svista' rende l'intero protocollo di test incapace di fornire risultati accurati e quindi di avere rilevanza nel contenere la pandemia in corso.

4) Per come è stato condotto il ciclo termico di amplificazione, il test non può essere usato come metodologia diagnostica. ^{vi}

Una differenza di 10°C rispetto alla temperatura di annealing per la prima coppia di primer, rende il test inadatto come strumento diagnostico specifico per identificare il SARS-CoV-2.

5) La PCR non può essere utilizzata come unica metodologia ai fini diagnostici. ²

Il test non può discriminare tra il virus intero e i frammenti virali. Pertanto, il test non può essere utilizzato come diagnostico per i virus intatti (infettivi), rendendo il test inadatto come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2 e inferire la presenza di un'infezione.

6) Cicli di amplificazione (cycle threshold: Ct) troppo elevati. ^{vii}

Con un numero di cicli maggiore di 35 si rilevano solo segnali che non sono correlati con il virus infettivo, come determinato dall'isolamento in coltura cellulare.

7) Assenza di uno standard interno di validazione

Il test PCR non contiene né un controllo positivo per valutare la sua specificità nei confronti del SARS-CoV-2,³ né un controllo negativo per escludere la presenza di altri coronavirus,⁴ rendendo il test inadatto come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2.

¹ In gran parte del mondo, Italia compresa, si è utilizzato addirittura un solo gene. Si veda di seguito.

² Questo è universalmente accettato: si vedano a proposito le [dichiarazioni](#) del Premio Nobel Kari Mullis, inventore della PCR, e la nota dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS 2020/05](#).

³ Il controllo positivo consiste in un campione in cui è certa la presenza della sequenza bersaglio (ad es. un campione purificato del virus SARS-CoV-2, ottenuto tramite isolamento da una coltura cellulare).

⁴ Il controllo negativo consiste in un campione in cui la sequenza bersaglio manca. Serve per escludere falsi positivi ed evidenziare eventuali contaminazioni che potrebbero riferirsi sia all'estrazione del materiale genomico, sia alla preparazione del campione.

8) Assenza di una [Procedura Standard di Operabilità](#).^{viii}

Dovrebbe essere disponibile una procedura operativa standard (SOP) che specifichi inequivocabilmente i parametri di esecuzione del test, in modo che tutti i laboratori siano in grado di riprodurre esattamente le stesse condizioni. Avere una SOP universale convalidata è essenziale e permette il confronto [e la validazione] dei dati all'interno e tra i Paesi."

Gli scienziati del Consorzio ICSLS riassumono così:

*Il test RT-PCR descritto nell'articolo contiene così tanti errori che diventa impossibile ottenere risultati univoci [identificare con ragionevole certezza il SARS-CoV-2 e solo il SARS-CoV-2]. [Inoltre] **è inevitabile che questo test generi un numero enorme di falsi positivi.***

Questa conclusione non deve sorprendere: la stessa [pubblicazione](#) di Corman e Drosten, metteva in guardia dalla possibilità – da loro stessi verificata – di falsi positivi, anche in un ambiente controllato quale il laboratorio di ricerca:^{ix}

*In four individual test reactions, weak initial reactivity was seen however they were negative upon retesting with the same assay. These signals **were not associated with any particular virus.***

Infine il consorzio chiede che l'articolo venga ritirato, in nome dell'integrità della ricerca scientifica, e che si definiscano nuove linee guida per la diagnostica del SARS-CoV-2:

*Non è nell'interesse di EuroSurveillance ritrattare questo articolo? La nostra conclusione è chiara. Di fronte a tutti i **gravi errori nella progettazione del protocollo PCR**, noi concludiamo che non rimanga molta scelta [se si vuole salvaguardare] l'integrità della ricerca scientifica.*

La laconica [risposta](#) di EuroSurveillance: l'articolo è stato revisionato e lì resta. L'OMS non ha mai messo in discussione la validità del protocollo Corman-Drosten e fin da subito ha lanciato [un messaggio chiaro](#):^x

*We have a simple message for all countries: **test, test, test.** Test every suspected case.*

Oltre ai limiti intrinseci del protocollo, sono emersi anche problemi legati al controllo della qualità dei "tamponi": alcuni erano già [contaminati con il virus](#).

Il [Ministero della Salute](#), in una [circolare](#) del 3 aprile 2020, ha ritenuto opportuno eseguire i test molecolari su un solo gene (aumentando ulteriormente la possibilità di avere falsi positivi):

*È considerata sufficiente quale diagnosi di laboratorio la positività al test RT-PCR rilevata su un singolo gene target di SARS-CoV-2. I casi considerati indeterminati per positività ad **un solo gene target** in presenza di sintomatologia vanno considerati come confermati in laboratorio.*

Il Presidente di AIFA, Giorgio Palù, [si dissocia](#) dalle scelte del Ministero:

*Se si usa un kit di tamponi che amplifica un solo gene, come si fa oggi per velocizzare, si amplifica la sensibilità con il rischio di falsi positivi. Esiste questa possibilità, come pure quella che si stia amplificando solo **un frammento di un RNA che è in degradazione** e non rappresenta una particella virale infettante.*

I falsi-positivi ed il numero di cicli soglia

Cercherò di spiegare brevemente cos'è e come funziona la PCR. Una definizione molto generale, ma utile ai fini di questa trattazione, la fornisce [Wikipedia](#): la reazione a catena della polimerasi (in inglese: *Polymerase Chain Reaction*), comunemente nota con la sigla PCR, è una tecnica di biologia molecolare che consente la moltiplicazione (amplificazione) di frammenti di acidi nucleici (DNA e RNA). La PCR “procede” per cicli termici e ad ogni ciclo il materiale genetico di partenza viene raddoppiato (almeno idealmente).

Nel caso della PCR in tempo reale (RT-PCR), man mano che il materiale genetico viene amplificato si produce fluorescenza (emissione di luce). La fluorescenza prodotta, ad un certo punto, diverrà abbastanza intensa da essere rilevata. Il numero di cicli termici necessari per raggiungere questo punto è noto come “ciclo soglia” (*cycle threshold* - Ct).

Da notare che la carica virale di un soggetto eventualmente positivo, diminuisce - esponenzialmente - all'aumentare del valore Ct. Un soggetto definito positivo tramite PCR eseguita con 24 cicli ha una carica virale circa mille volte superiore rispetto ad un soggetto positivo testato con 34 cicli. Per approfondire il legame fra carica virale e Ct, [un ottimo articolo](#) della Arizona State University.

Conoscere **il valore di Ct è essenziale per quantificare la carica virale**, e quindi poter prevedere il decorso della malattia e la possibilità di contagio. Tuttavia **nessun organismo regolatore** (FDA, EMA, AIFA), **né l'OMS ha definito linee guida**: tutto dipende dal tipo (marca e modello) di test utilizzato.

In ogni caso la risposta del test è solamente di tipo «sì» o «no», positivo o negativo. I laboratori di analisi italiani [non comunicano](#), o comunicano parzialmente, il valore di Ct al quale viene definita la positività. Si vedano a proposito anche [La Nazione](#), [Quotidiano Sanità](#), [Medicina Integrata](#) e [le dichiarazioni](#) di Matteo Bassetti:

*Credo che refertare le risposte dei tamponi naso-faringei - o di ogni altro materiale testato - unicamente come positivi o negativi, senza indicare la quantità di virus presente, possa risultare **fuorviante** dal punto di vista infettivologico.*

*Bisognerebbe dare un numero, ovvero una quantificazione di quante particelle di virus sono presenti e **determinare una soglia** al di sopra della quale, il soggetto positivo è contagioso. In assenza del «quanto» rischiamo di commettere errori nell'isolamento di soggetti asintomatici positivi che potrebbe non essere necessario.*

Inoltre può essere utile ricordare che la PCR non nasce come uno strumento diagnostico e la possibilità di ottenere falsi positivi - soprattutto a cicli di amplificazione elevati - può essere enorme. Queste [le parole](#) del suo inventore, il [Premio Nobel per la chimica](#) nel 1993, dott. Kari Mullis:

*Quando si ha a che fare con una tecnica in grado di amplificare una singola molecola fino a renderla «visibile» [creandone milioni di copie] - come succede nella PCR - bisogna aver ben chiaro che **esistono ben poche molecole in grado di non essere amplificate**. [...]*

*Con la PCR si può trovare **qualsunque cosa** [molecola], in qualunque individuo. [...]*

La PCR non può dirti se sei malato.

Il protocollo *Corman-Drosten* è stato autorizzato dal CDC americano solamente come [procedura emergenziale](#). L'autorizzazione scadrà il 31/12/2021 e, per quanto noto ad oggi, non sarà rinnovata.

Alcuni ricercatori hanno [dimostrato](#) che il materiale genetico rilevato a Ct>24, sia incapace di replicarsi (se il numero di cicli è maggiore di 24 si rilevano solamente *frammenti* di materiale genetico del tutto innocui).

[Altri autori](#) hanno dimostrato - in modo indipendente - che la probabilità di emettere particelle virali potenzialmente infettanti da parte di individui testati con PCR e positivi a valori di Ct maggiori di 24 sia nulla. Lo stesso studio dimostra che solo il 18% dei pazienti COVID-19 ospedalizzati emettono particelle virali potenzialmente infettive. In uno [studio](#) molto dettagliato ed esteso vengono riportati i risultati di 250.566 tamponi molecolari eseguiti su 179.151 pazienti. I ricercatori hanno raccolto 3.790 campioni da pazienti positivi (a diversi Ct) e hanno provato a crescere il virus in colture cellulari di laboratorio.⁵

- ▶ Nei campioni isolati a Ct = 25, il 70% si è replicato.
- ▶ Nei campioni isolati a Ct = 30, il valore scende al 20%.
- ▶ **Nei campioni isolati a Ct > 35, il valore è zero.**⁶

Nell'[Atto di Sindacato Ispettivo n° 4-05388](#) del Senato della Repubblica si chiedono chiarimenti al Ministero della Salute riguardo all'elevato valore di Ct dei test diagnostici autorizzati ed in uso in Italia:

*In uno studio posto in essere dalla FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics), la più autorevole organizzazione di valutazione degli strumenti diagnostici, presa come riferimento anche dallo stesso Istituto Superiore di Sanità italiano, è emerso che **la media dei tamponi analizzati utilizza una media di 35 cicli.***

L'atto conclude, chiedendo di sapere:

1. Se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di **tale problematicità** relativa ai dispositivi diagnostici che utilizzano la metodica della RT-PCR per rilevare il virus.
2. Se intenda intervenire adottando un protocollo, o altro strumento idoneo, affinché si faccia chiarezza sul punto e si assicuri la veridicità e la chiarezza delle risultanze e i test diagnostici che utilizzano la metodica RT-PCR, stabilendo, sulla base delle comprovate evidenze scientifiche, **una soglia massima di cicli PCR.**

Non ho trovato evidenza di [un'eventuale risposta](#) da parte del Ministero.

Il problema comunque non è solo italiano: in USA si usano Ct da 35 fino a 40, un'enormità. A fine agosto 2020, da [un'inchiesta](#) del New York Times, arriva la conferma: **il 90% dei casi COVID-19 diagnosticati con tamponi molecolari potrebbero essere falsi positivi.**⁷

Diversi scienziati di primissimo piano sono stati invitati a commentare i risultati dell'inchiesta. [Ashish Jha](#), Direttore di [Harvard Global Health Institute](#) e [Professore alla Brown University](#):

*Sono davvero scioccato dal fatto che **Ct possa essere così alto**, questo cambia davvero il modo in cui dobbiamo guardare a questi test.*

Scott Becker, [Direttore esecutivo](#) della [Association of Public Health Laboratories](#):

*Il numero di persone con risultati positivi che non sono contagiose è **particolarmente preoccupante**, proprio perché è così alto.*

Anche lo stesso Anthony Fauci, in una video [intervista](#), ripresa sulle pagine di [JustTheNews](#):

*Con Ct di 35 o più le possibilità che il virus possa replicarsi **sono minuscole.** [...] **Quindi con 37, 38, ma anche 36 [cicli], sono solo nucleotidi morti, punto.***

⁵ Queste sono condizioni *ideali* per la replicazione del virus, nell'organismo umano il patogeno incontra difficoltà molto maggiori.

⁶ Dopo una settimana di incubazione, nessuno dei 1.700 campioni di virus si è replicato. Si veda [Figura 1](#) dell'articolo.

⁷ Non conoscendo il Ct, ma soltanto l'esito "positivo" o "negativo", è impossibile dedurre quanti dei pazienti abbiano una carica virale significativa (Ct<24).

Gli fa eco [Vincent Racaniello](#), [Higgins Professor](#) presso il Dipartimento di Microbiologia e Immunologia alla Columbia University:

Concordo [con Fauci]. I valori di Ct superiori a 35 non rappresentano virus infettivi, ma solo pezzi di RNA virale.

[Michael Mina](#), professore di Epidemiologia e Immunologia alla [Harvard T.H. School of Public Health](#):

La maggior parte dei test fissa il limite a 40, solo alcuni a 37. I test con soglie così alte possono rilevare non solo il virus vivo, ma anche frammenti genetici, avanzi dell'infezione che non comportano particolari rischi – è come trovare un capello in una stanza molto tempo dopo che una persona se n'è andata.

Anche nella letteratura scientifica si riscontrano evidenze: si vedano [Journal of Infectious Diseases](#) e [eLife](#). Secondo uno [studio](#) pubblicato su *The Lancet* il numero di falsi positivi sarebbe compreso fra il 50% - 75%: ^{xi}

This suggests that 50-75% of the time an individual is PCR positive, they are likely to be post-infectious.

Sul divario fra test positivi e incidenza clinica della malattia si veda [questo report](#) sulla situazione inglese.

Oltre all'elevato numero di falsi positivi causati dal protocollo *Corman-Drosten*, un'ulteriore sovrastima dei casi COVID-19 in Italia sarebbe dovuta alla discutibile metodologia statistica utilizzata nel conteggio dei casi. Il Prof. [Mariano Bizzarri](#), direttore del *Laboratorio di Biologia dei Sistemi* del Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza, denuncia una palese manipolazione dei conteggi. Secondo Bizzarri, in Italia, si è contato in questo modo: un nuovo tampone positivo equivale a un nuovo contagio – anche se la persona è la stessa, anche se è deceduta. Questa [pagina web](#) aiuta a comprendere meglio.

Punti chiave

- ▶ Il protocollo che definisce le linee guida e le procedure per l'esecuzione dei test PCR (tamponi molecolari) si basa su una pubblicazione **non sottoposta a revisione paritaria** (*peer review*).
- ▶ Gli autori del protocollo hanno evidenti **conflitti di interesse**, sia con la rivista che ha accettato la pubblicazione, sia con l'industria farmaceutica che produce i test.
- ▶ I **test PCR** sviluppati sulla base di quel protocollo – e approvati dall'OMS – sono **intrinsecamente inaffidabili** e producono artificialmente **un numero elevatissimo di falsi positivi** (fino al 90%).
- ▶ Diversi fattori contribuiscono a questa percentuale: il tipo e la concentrazione dei *primer*, il numero di geni considerati nel test, il numero dei cicli di amplificazione (Ct).
- ▶ Le persone che risultano positive con cicli (Ct) superiori a 24 molto probabilmente sono **falsi positivi** e sicuramente **non trasmettono l'infezione**.
- ▶ È assolutamente probabile che il numero di persone realmente contagiose sia solo una **modesta (forse irrisoria) frazione del totale** di quelle risultate positive al SARS-CoV-2 tramite un test PCR.
- ▶ Ritengo inaccettabile che dall'inizio della pandemia non si sia sostituito il protocollo "*Corman-Drosten*" con uno scientificamente più affidabile ed epidemiologicamente più rilevante. Perché non è stato fatto?

Note

- ⁱ “[Al momento della definizione del protocollo] non erano ancora disponibili per la comunità scientifica internazionale campioni di virus isolato o campioni derivanti da pazienti infetti. [...] Riportiamo qui un protocollo diagnostico convalidato per lo screening e la conferma specifica del SARS-CoV-2, progettato senza la disponibilità di un virus isolato o di campioni prelevati da pazienti [infetti].”
- ⁱⁱ “Abbiamo sviluppato e implementato una metodologia diagnostica robusta, che potrà essere utilizzata dai laboratori di salute pubblica, senza avere [avuto] a disposizione il materiale virale.”
- ⁱⁱⁱ “Per ottenere risultati riproducibili e comparabili, è essenziale definire distintamente le coppie di *primer*. Nel documento di *Corman-Drosten* abbiamo osservato sei posizioni non specificate [...] Questo alto numero di varianti non solo è insolito, ma anche molto disorientante per i laboratori. Queste sei posizioni non specificate potrebbero facilmente portare alla progettazione di diverse sequenze di *primer* che non si riferiscono al SARS-CoV-2.
- Il protocollo dell'OMS, che deriva direttamente dall'articolo *Corman-Drosten*, conclude che per confermare la presenza del SARS-CoV-2, due geni di controllo (il gene E e il gene RdRp) devono essere identificati nel test. Va però sottolineato che il gene RdRp ha una posizione incerta [“wobbly”] nel *primer* “in avanti” [*forward*] (R=G/A), due posizioni incerte nel *primer* inverso (R=G/A; S=G/C) e tre posizioni incerte nella sonda RdRp (W=A/T; R=G/A; M=A/C). Quindi, due diversi *primer forward*, quattro diversi *primer* inversi e otto sonde distinte possono essere sintetizzate per il gene RdRp. *In totale, ci sono 64 possibili combinazioni di primer e sonde!*”
- ^{iv} “Per ottenere risultati riproducibili e comparabili, è essenziale definire distintamente le coppie di *primer*. Nel documento di *Corman-Drosten* abbiamo evidenziato sei posizioni non specificate, indicate con le lettere R, W, M e S. La lettera W significa che in questa posizione ci può essere una A o una T; R significa che ci può essere una G o una A; M indica che la posizione può essere sia una A che una C; la lettera S indica che in questa posizione ci può essere sia una G che una C. Questo alto numero di varianti non solo è insolito, ma è anche molto disorientante per i laboratori. Queste sei posizioni non specificate potrebbero facilmente portare alla formazione di diverse sequenze di *primer* alternativi che **non si riferiscono** al SARS-CoV-2 (2 distinti *primer* RdRp_SARSr_F + 8 distinte sonde RdRp_SARS_P1 + 4 distinte RdRp_SARSr_R).”
- ^v “Il documento di *Corman-Drosten* identifica inoltre un terzo gene [il gene N] che, secondo il protocollo OMS non è stato ulteriormente convalidato e ritenuto non necessario. [Corman *et al.* riportano]: «Da notare che anche il test del gene N ha dato buoni risultati, ma non è stato sottoposto a convalida intensiva [standard, ndr] perché era leggermente meno sensibile.»
- ^{vi} “A difference of 10° C with respect to the annealing temperature Tm for *primer* pair1 (RdRp_SARSr_F and RdRp_SARSr_R) also makes the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus.”
- ^{vii} “Se qualcuno viene diagnosticato positivo con una PCR utilizzando un Ct di 35 cicli o superiore (come avviene nella maggior parte dei laboratori in Europa e negli Stati Uniti), la probabilità che detta persona sia effettivamente infetta è inferiore al 3%, [in altre parole] la probabilità che detto risultato sia un falso positivo è del 97%.”
- ^{viii} “La procedura di test riportata è così vaga e imperfetta che [l'operatore di laboratorio] può andare in decine di direzioni diverse. Nulla è standardizzato e non c'è una procedura di operabilità standardizzata. Questo mette fortemente in dubbio la validità scientifica del test e lo rende inadatto come strumento diagnostico specifico per identificare il virus SARS-CoV-2.”
- ^{ix} “In quattro reazioni di test individuali è stata osservata una debole reattività iniziale, che tuttavia è risultata negativa dopo aver ripetuto il test. Questi segnali *non erano associati a nessun virus in particolare.*”
- ^x “Abbiamo un semplice messaggio per tutti i Paesi: *test, test, test.* Testate ogni caso sospetto.”
- ^{xi} “Questo indica che il 50-75% delle volte che un individuo risulta positivo alla PCR [tampone molecolare, ndr], è probabile che sia [soltanto] post-infettivo.”



Parte 3

I vaccini

Dai trial clinici alle evidenze epidemiologiche.

Efficacia, sicurezza e valutazione del rapporto rischio/beneficio.

L'efficacia dei vaccini e la riduzione del rischio

Il concetto di "efficacia" vaccinale può essere oggetto di fraintendimento.

I vaccini Pfizer BNT162b2 e Moderna mRNA-1273 sono stati autorizzati (con [autorizzazione condizionale al commercio](#)) dopo la pubblicazione dei rispettivi studi sul prestigioso *New England Journal of Medicine* [[Pfizer](#), [Moderna](#)]. In accordo con queste due pubblicazioni, le case farmaceutiche e una larghissima parte dei *media*, ci hanno convinti che gli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2 abbiano un'efficacia attorno al 90-95%. Questo, in un certo senso, è vero... ma bisogna comprendere cosa si intenda per efficacia.

In inglese si distingue *efficacy* da *effectiveness* e [Naor Bar-Zeev](#), epidemiologo alla [Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health](#), riassume così il concetto [sulle pagine](#) del *New York Times*:ⁱ

Efficacy is just a measurement made during a clinical trial.
Effectiveness is how well the vaccine works out in the real world.

In altre parole, *efficacy* rappresenta la riduzione del rischio nell'ambito di uno studio clinico controllato con placebo (quindi in condizioni che non sono necessariamente rappresentative della diffusione della malattia nella popolazione generale); mentre *effectiveness* viene valutata attraverso uno studio osservazionale retrospettivo sulla popolazione generale.

In generale, l'efficacia di un determinato trattamento medico si misura in termini di riduzione del rischio (RR) in riferimento ad un determinato [endpoint](#) (ad esempio, la riduzione della mortalità, della severità dei sintomi, dell'ospedalizzazione o della trasmissione del virus). Tuttavia [nessun trial clinico](#) relativo agli attuali vaccini anti-SARS-CoV-2 è stato progettato per studiare questi *endpoint*. Questi aspetti sono stati semplicemente ignorati nei trial clinici.

L'*endpoint* principale, sulla base del quale è stata [calcolata](#) l'efficacia, è stato **lo sviluppo dei sintomi lievi e moderati** della malattia (mentre i casi gravi sono stati **esclusi** dallo studio).

La RR può essere espressa in termini relativi o in assoluti. In un caso si parla di riduzione del rischio relativo (RRR), ovvero quanto un determinato trattamento riduca un certo rischio **in un sottogruppo** (rispetto ad un altro trattamento, tipicamente il placebo). Nell'altro, la riduzione del rischio assoluto (ARR) rappresenta la misura di quanto un trattamento riduca il rischio **nella popolazione**. Per approfondire si veda *Appendice 1*.

In altre parole, nella definizione di RRR non compare la popolazione generale (ma solo il numero di casi riscontrati nel gruppo placebo): non è quindi una grandezza significativa dal punto di vista epidemiologico (a differenza di ARR). Ciononostante, tutte le pubblicazioni scientifiche relative ai trial clinici hanno sempre messo in evidenza il valore di RRR, non riportando mai ARR, perché?

Secondo [Peter Doshi](#), Professore di Farmacologia all'Università del Maryland e *senior editor* di una delle riviste scientifiche più importanti del mondo (il *British Medical Journal*), il [valore di ARR](#) sarebbe molto meno convincente: **la riduzione del rischio assoluto è infatti attorno all'1%**. Un raro [articolo](#), apparso sulla stampa generalista italiana, che approfondisce in maniera (semplice e) corretta quanto finora esposto.

Si veda a proposito anche [un articolo](#) pubblicato sul prestigioso *The Lancet*, dal titolo molto eloquente: «COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness - the elephant (not) in the room». Secondo quanto riportato, questi sono i valori di efficacia (intesa come *efficacy*) dei vaccini, espressi in termini di ARR, in accordo con i dati forniti dalle case farmaceutiche e dedotti dai rispettivi studi clinici:

▶ AstraZeneca-Oxford	1.3%	▶ Johnson & Johnson	1.2%
▶ Moderna	1.2%	▶ Pfizer-BioNTech	0.84%

Qui potete trovare un dettagliato [riassunto](#) dei protocolli [Pfizer](#), [Moderna](#), [AstraZeneca](#) e [Janssen](#).

Su come siano stati condotti i trial clinici, si veda anche [questa puntata](#) di Report, dal minuto 5:50.

Altri ricercatori [hanno sottolineato](#) come l'assenza di ARR denoti un certo *bias*¹ nel riportare i risultati dei trial clinici e non permetta al lettore di valutare correttamente la *reale* efficacia dei vaccini: ⁱⁱ

The absence of reported absolute risk reduction in COVID-19 vaccine clinical trials can lead to outcome reporting bias that affects the interpretation of vaccine efficacy.

Il dottor [Paul Elias Alexander](#) – ex ufficiale del U.S. Department of Health and Human Services ([HHS](#)) – è molto più [esplicito](#) e parla di «*terribile inganno*» nei confronti della popolazione: ⁱⁱⁱ

This was terribly deceitful by the CDC, NIH, Dr. Anthony Fauci etc. and pharmaceuticals, as well as all who touted the Relative Risk Reduction (RRR) of 95% knowing it is not reflective of the effectiveness in a meaningful manner, and which could optimally inform the public. [...] If the real numbers are used to determine the absolute risk reduction (ARR), then the results are a paltry 0.8%.

It is the ARR that is meaningful for the public for their decision-making.

Come se non bastasse, lo studio Pfizer ha evidenziato ulteriori importanti [criticità](#), come prontamente evidenziato dal Prof. Doshi:

1. I partecipanti allo studio erano tutti adulti con meno di 65 anni, normopeso, senza malattie pregresse.
2. Gli individui che avevano già contratto la malattia sono stati esclusi dallo studio.²
3. I casi COVID-19 non sono stati determinati attraverso uno *screening* della popolazione, ma attraverso l'autosegnalazione dei sintomi. In altre parole, non sappiamo quanti asintomatici – potenzialmente contagiosi – ci fossero nel trial clinico e in che misura il vaccino influenzasse la trasmissione del virus.
4. A fronte di 170 infezioni totali, sono stati esclusi dall'analisi 3.410 casi etichettati come «*sospetti*» (1.594 nel gruppo vaccino, 1.816 nel gruppo placebo) e non confermati da test diagnostici (PCR).
5. I medici preposti alla sorveglianza sono stati nominati da Pfizer, e nella maggior parte erano dipendenti Pfizer. Questo ha permesso loro di fare correlazioni? Erano formalmente all'oscuro dei profili anticorpali dei soggetti e/o dei sintomi? Questo non è specificato nello studio e [un'inchiesta](#) ha sollevato molti dubbi.
6. Il *panel* di valutazione era composto da tre persone. Tutti e tre dipendenti Pfizer.
7. Ad oggi Pfizer non ha divulgato i dati grezzi (non elaborati). In teoria lo farà solo su richiesta, 24 mesi dopo la fine della fase III della sperimentazione (cioè dopo il 2025). In pratica potrebbero volerci [55 anni](#) (cioè dopo il 2076); si vedano anche [Reuters](#) e [Daily Expose](#).

Un'associazione *non profit* americana, *Informed Consent Action Network* ([ICAN](#)), ha intentato una [causa civile](#) nei confronti della FDA e del CDC per ottenere le informazioni ed un giudice federale, [accogliendo](#) il ricorso, ha [intimato](#) alla FDA di rilasciare tutta la documentazione relativa al trial Pfizer entro agosto 2022.

Se i dati che hanno portato le agenzie regolatorie a concedere l'autorizzazione condizionale al commercio sono tuttora inaccessibili, come si può parlare di “consenso informato” nella vaccinazione?

¹ Pregiudizio ingannevole.

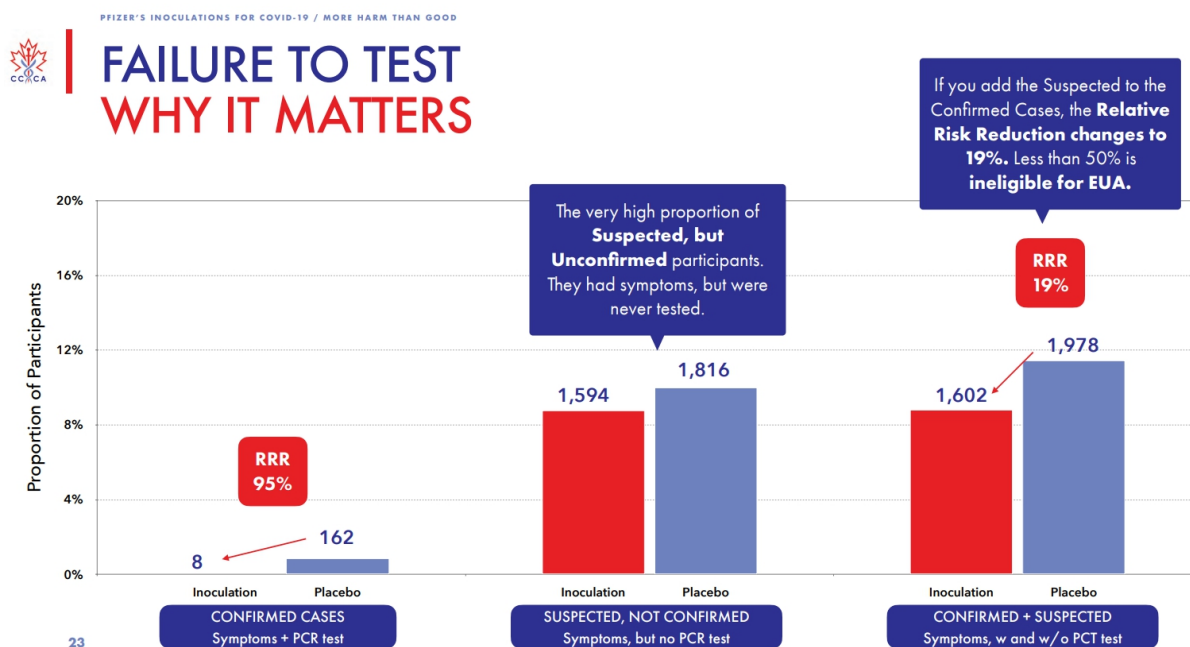
² Pfizer era già a conoscenza del pericolo che le persone vaccinate potessero mostrare severi effetti collaterali imputabili ad “errate” risposte del sistema immunitario, come ad esempio, il fenomeno noto come *Antibody Dependent Enhancement* (ADE)? Si veda di seguito il paragrafo “*La sicurezza dei vaccini secondo la letteratura scientifica*” per una trattazione più approfondita.

Infine, anche il valore di *efficacy*, in termini di RRR, sembra essere stato sovrastimato nello studio Pfizer.

Doshi ha avuto la possibilità di visionare le oltre 400 pagine di dati presentati da Pfizer alla *Food and Drug Administration* (FDA è l'agenzia governativa americana che regola, tra le altre cose, l'immissione in commercio dei farmaci) – prima dell'autorizzazione di emergenza – e [ha riportato](#) alcune importanti considerazioni sul *British Medical Journal* ([traduzione](#)):

Se nel calcolo della riduzione del rischio relativo si includessero anche i pazienti «sospetti covid» e «covid asintomatici non confermati», si otterrebbe un valore molto al di sotto della soglia di efficacia del 50% richiesto per l'autorizzazione [EUA - Emergency Use Authorization].

Considerando anche i pazienti sospetti (non confermati da PCR) e asintomatici, l'efficacia del vaccino Pfizer (intesa come RRR) crolla al 19%. A proposito si veda anche questo [documento](#) dal titolo "Pfizer inoculation for COVID-19: more harm than good", redatto dalla *Canadian Covid Care Alliance*, un'[associazione](#) che riunisce oltre 500 medici, scienziati e ricercatori. Per approfondire si veda anche questo [articolo](#).



Com'è possibile che una blasonata rivista di settore, come il *New English Journal of Medicine*, non abbia riscontrato **nessuna** di queste criticità, nei documenti relativi al trial clinico, presentati dalla casa farmaceutica ai fini della pubblicazione?

Un eccellente intervento del Prof. Doshi, tenutosi durante una tavola rotonda presso il Senato USA, è stato [caricato](#) su Youtube. La traduzione di parte dell'intervento è riportata nelle note di chiusura, qui riporto solo un breve passaggio: ^{iv}

Mi rattrista constatare che la nostra società sia oggi intrisa dell'atteggiamento «lo sanno tutti» che spegne ogni curiosità intellettuale e porta all'auto-censura.

Vorrei iniziare con alcuni esempi di questo atteggiamento per sollevare dubbi sulla fondatezza di queste certezze: [...] «lo sanno tutti» che i vaccini salvano vite, infatti sappiamo fin dall'inizio del 2021 che i trial clinici lo hanno dimostrato [...].

*In realtà quegli studi **non hanno dimostrato una riduzione della mortalità [ogni causa] e neppure dei decessi COVID** [...] Coloro che hanno sostenuto che i vaccini fossero efficaci nel salvare vite, lo hanno sostenuto a sproposito.*

Dopo pochi giorni, il video è stato rimosso dalla piattaforma perché avrebbe violato “*le norme della community*”. Analoga sorte è toccata ad [Alex Berenson](#), già giornalista scientifico del *New York Times*: questa volta *Twitter* ha [chiuso](#) l’account del reporter per aver pubblicato i dati ufficiali (pubblici) del trial clinico *Pfizer* (*sic!*). Lascio al lettore ogni valutazione in merito; vorrei però sottolineare come analoghi episodi di censura non siano purtroppo casi isolati, come vedremo in seguito.

Quanto espresso da Doshi (e ripreso da Berenson) è facilmente riscontrabile proprio nei dati ufficiali, [pubblicati](#) da *Pfizer* stessa sul *New England Journal of Medicine*, riguardanti l’efficacia del vaccino durante i primi sei mesi di sperimentazione. Se si analizza l’articolo in modo approfondito, non limitandosi – come spesso purtroppo accade – ad *abstract* e conclusioni, si può trovare la [conferma](#) nella tabella S4 dell’appendice [*Supplementary Appendix*, pagina 11]. **La vaccinazione non riduce la mortalità: si sono registrati 14 decessi nel gruppo placebo e 15 nel gruppo vaccino.**

Va inoltre notato che la pubblicazione fa riferimento agli ultimi dati “*in doppio cieco*” disponibili³ all’interno del trial clinico: a partire dal 1 marzo 2021 si è infatti deciso di [procedere](#) con l’inoculazione del vaccino anche al gruppo placebo *prima* del termine della sperimentazione. La decisione sarebbe stata presa per motivi etici: secondo FDA e CDC non sarebbe moralmente accettabile, cioè, privare i pazienti del gruppo placebo della possibilità di immunizzarsi con un trattamento così *efficace* (*sic!*). Questo ha di fatto [reso impossibile](#) ogni ulteriore valutazione dell’efficacia (e della sicurezza) del vaccino (si veda anche questo [articolo](#) sul *BMJ*). Un “dettaglio” non da poco, considerata l’entità degli effetti avversi (si veda di seguito).

Una [lettera](#) indirizzata alla FDA – e co-firmata da 24 autorevoli medici e ricercatori – mette in luce le molte criticità degli attuali vaccini. Un ottimo riassunto sull’efficacia (e la sicurezza) vaccinale in un [intervento](#) del Prof. Giovanni Frajese, tenutosi durante una conferenza stampa al Senato, il 16 giugno 2021.

- Il “mito” dell’efficacia vaccinale è figlio di una **manipolazione**, prima scientifica, quindi mediatica.
- L’efficacia dei vaccini contro il SARS-CoV-2 è stata determinata in base alla capacità del vaccino di ridurre i **sintomi lievi e moderati** della malattia (ma non quelli gravi).
- **Nessun trial clinico** ha studiato l’efficacia degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2 in termini di riduzione della mortalità, dell’ospedalizzazione o della trasmissione del virus. Né come riduzione del rischio relativo, né come riduzione del rischio assoluto.
- L’efficacia di cui si è parlato (95%), intesa come riduzione del rischio relativo, **non è una grandezza epidemiologicamente significativa** o utile ai fini della pianificazione di interventi di salute pubblica.
- L’efficacia del vaccino *Pfizer* – intesa come riduzione del rischio relativo – emersa durante il trial clinico condotto dalla casa farmaceutica, **potrebbe essere inferiore al 50%**. In base a questo valore, il vaccino non sarebbe conforme ai criteri richiesti per l’autorizzazione da parte di EMA e FDA.
- Il trial clinico *Pfizer* è intriso di **conflitti di interesse**, condotto in maniera poco trasparente e viziato da *elaborazioni* statistiche molto discutibili.
- **La reale efficacia dei vaccini** – intesa come riduzione del rischio assoluto – dedotta dai trial clinici condotti dalle case farmaceutiche **è attorno all’1%** per tutti i vaccini autorizzati e disponibili in Europa e USA (a gennaio 2022).

³ Le virgolette sono d’obbligo. Come già sottolineato, non si può escludere che i medici (nominati da *Pfizer* e in una posizione di conflitto di interessi) abbiano potuto conoscere lo stato vaccinale dei partecipanti al trial clinico.

L'efficacia dei vaccini secondo le evidenze epidemiologiche

Israele è stato [definito](#) «il laboratorio di Pfizer», ovvero uno dei primi Paesi a raggiungere un'importante quota di copertura vaccinale con il vaccino americano: già a marzo 2021 si era completamente vaccinato oltre il 50% della popolazione. Fin dall'inizio della campagna vaccinale, ogni *mass media* italiano si è prodigato nel tessere le lodi dello Stato ebraico (fino qui nulla di nuovo), del suo “decisionismo vaccinale” e del vaccino Pfizer stesso.

[Si veda](#), ad esempio, la testata online *Open* di Enrico Mentana,⁴ il 22 Febbraio 2021:

Il successo di Israele? Vaccinazioni 7 giorni su 7, centri in tutto il Paese e prenotazioni facili.

Il ricercatore Hagai Rossman, tra gli autori dello studio dell'Istituto Weizmann sulla campagna israeliana, racconta perché il Paese è diventato un punto di riferimento mondiale.

[Oppure](#) *StartMag*, il 21 Aprile 2021:

Poco più di due mesi dopo l'inizio della campagna di vaccinazione in Israele, con l'85% degli individui di età superiore ai 60 anni già vaccinati con due dosi (24 febbraio 2021), c'è stato un calo del 77% circa dei casi, un calo del 45% della percentuale di test positivi, un calo del 68% dei ricoveri e un calo del 67% dei ricoveri gravi rispetto ai valori di picco.

Secondi i quotidiani italiani non ci sarebbero dunque dubbi: il calo dei casi (in Israele e quindi nel mondo) sarebbe unicamente correlabile all'efficacia del vaccino (Pfizer, in questo caso). Siamo proprio sicuri? Non potrebbero esserci altre spiegazioni (ad esempio, la stagionalità delle infezioni)? Qual è l'efficacia reale del vaccino nella popolazione? Cosa ci dicono gli studi pubblicati nella letteratura medico-scientifica?

Secondo i dati epidemiologici della campagna vaccinale israeliana, [riportati](#) sul prestigioso *The Lancet* a luglio 2021, l'efficacia reale del vaccino Pfizer è un misero 0.46%.⁵ Questo significa che anche vaccinando il 100% di una popolazione – nell'arco temporale dello studio – si ridurrebbe l'incidenza del COVID-19⁶ solamente nello 0,46% di quella stessa popolazione, rispetto al caso in cui non si vaccinasse nessuno.

Vi sembra un buon risultato? Ovviamente no, ecco perché ogni volta che i “pro-vax” – perdonatemi la brutale semplificazione – parlano di *efficacia*, lo fanno in termini di riduzione del rischio relativo; un valore, lo ripeto, che non ha **alcun significato epidemiologico, né statistico**. Su questo si veda anche *Appendice 1*.

Dal valore di riduzione del rischio assoluto (ARR) si ricava anche un altro numero epidemiologicamente rilevante, il *Number Needed to Vaccinate (NNV)*, ovvero il numero di pazienti che è necessario vaccinare per prevenire un nuovo caso (di COVID-19). NNV è l'inverso di ARR e per il vaccino Pfizer è quindi 217. È un buon risultato? Non credo. Per approfondire [si veda](#) il *British Medical Journal*.

Uno [studio](#) israeliano, pubblicato su *EuroSurveillance* (una delle più importanti riviste di sanità pubblica europee), riporta il caso di un focolaio di COVID-19 (a luglio 2021, imputabile alla variante *delta*) in una struttura ospedaliera che ha coinvolto 16 operatori sanitari, 23 pazienti e 2 famigliari. Il tasso di vaccinazione complessivo all'interno della struttura era del 96,2% (151 operatori sanitari e 97 pazienti).

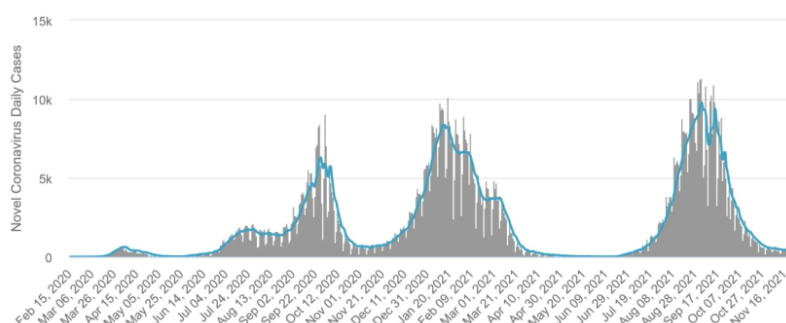
⁴ Su Enrico Mentana e la sua testata *online* si rimanda anche ad *Appendice 5*.

⁵ L'efficacia è stata valutata – correttamente – come *effectiveness* (dedotta cioè da uno studio osservazionale retrospettivo) ed espressa in termini di riduzione del rischio assoluto sulla popolazione.

⁶ L'incidenza è sempre intesa in termini di riduzione dei sintomi lievi e moderati, i casi gravi sono stati esclusi. Questo significa che non vi è nessuna evidenza – dai trial clinici – che il vaccino possa ridurre il numero di ospedalizzazioni o salvare vite.

A seguito del focolaio, **14 pazienti completamente vaccinati si ammalarono gravemente o morirono**; mentre **nessun caso grave o decesso si è invece registrato fra i pazienti non vaccinati** (solo 2 svilupparono una forma lieve della malattia). La fonte del contagio si è rivelato essere un paziente completamente vaccinato (con doppia dose Pfizer).

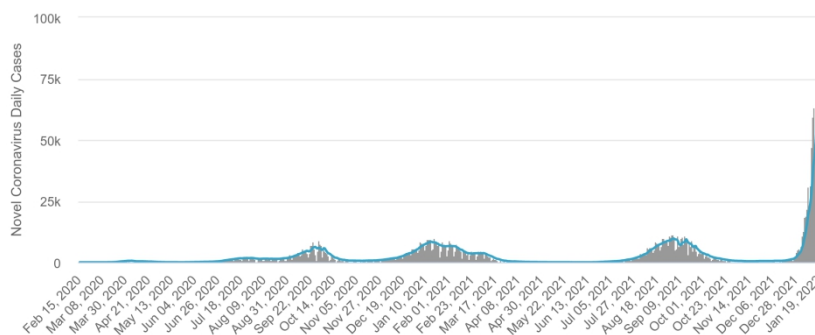
Lo stesso studio evidenzia come, a luglio 2021, la variante *delta* avesse una prevalenza di oltre il 95% in Israele (a [ottobre 2021](#) la percentuale è salita al 98%). Questo significa che, già a luglio 2021, il SARS-CoV-2 “originale” (in biologia si definisce *wild type*), quello presumibilmente “di Wuhan”, già non circolasse più (in misura significativa). Questa considerazione è di fondamentale importanza per comprendere **l'inutilità dei vaccini**: tutti i sieri oggi disponibili in Italia (e in Occidente)⁷ sono stati progettati per produrre anticorpi **contro la proteina spike del virus wild type e hanno una ridottissima efficacia contro le varianti**, in particolare quelle caratterizzate da mutazioni significative nella (regione RBD della) proteina *spike*, come *delta* e *omicron*.⁸ Questo è l'andamento dei contagi in Israele, dall'inizio della pandemia fino a novembre 2021, secondo i dati ufficiali [disponibili](#) su *Worldometers*:



Secondo quanto [riportato](#) in uno studio osservazionale pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, il numero di infezioni fra la popolazione vaccinata è aumentato di oltre 3.000 volte nell'arco di due mesi (da giugno ad agosto 2021), mentre quello dei casi gravi di oltre 50 volte [si veda Figura 1 dell'articolo].

Alla luce di queste considerazioni credo si possa ragionevolmente escludere la vaccinazione come la causa dell'abbassamento dei contagi nei primi mesi del 2021 in Israele; o comprendere perché l'impatto della «quarta ondata» (luglio-novembre 2021) sia stato del tutto confrontabile, se non maggiore, di quello registratosi nelle precedenti (quando i vaccini non erano disponibili).

Nonostante si sia proceduto all'inoculazione della terza dose ad [oltre il 50%](#) della popolazione, nonostante si sia addirittura somministrata la quarta ad alcune categorie; in presenza della variante *omicron*, il fallimento della campagna vaccinale è evidente. A [gennaio](#) 2022 il numero dei contagi è sei volte quello registrato quando i vaccini non erano disponibili e anche chi ha ricevuto la quarta dose ha [contratto](#) il virus.



⁷ Sia quelli a mRNA (Pfizer e Moderna), sia quelli a vettore adenovirale (AstraZeneca e Johnson & Johnson).

⁸ Questo è ampiamente documentato in seguito: si veda il paragrafo “Vaccinazioni e varianti”.

Ciononostante lo Stato ebraico ha deciso di conferire ad Albert Bourla (CEO di Pfizer) il prestigioso *Genesis Prize*. Il Professor Shmuel Shapira, ex capo dell'Istituto biologico del ministero della Difesa di Israele ([IIBR](#)) ha definito - senza mezzi termini - «*patetica*» questa decisione e «*mediocre*» l'efficacia del siero Pfizer. Queste le sue parole, [riprese](#) da *Times of Israel*:

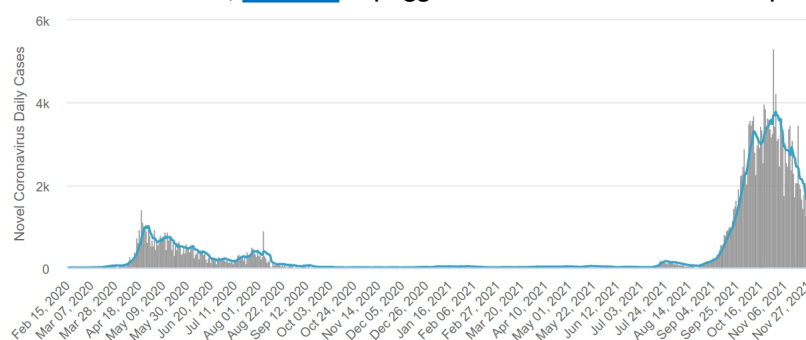
[Pfizer] è un vaccino mediocre: sono stato vaccinato tre volte e mi sono ammalato. Molte persone sono state infettate dopo essere state vaccinate. Definire il vaccino moderatamente efficace è piuttosto generoso. [...] Esistono altri vaccini molto più efficaci. Ci sono paesi con tassi di vaccinazione molto più bassi che hanno affrontato [la pandemia] molto meglio.

Israele, tuttavia, non è un caso isolato.

Gibilterra è stato il primo Paese al mondo ad aver completamente vaccinato la sua popolazione residente. Tutti, ma [proprio tutti](#), e più volte: a fronte di una popolazione di circa 33.000 persone, sono state somministrate quasi 95.000 dosi di vaccino (ovvero circa 300 dosi di vaccino per 100 abitanti). A metà marzo 2021 [si era vaccinato](#) il 50% della popolazione, a inizio maggio il 100%. Ma la campagna vaccinale non si è fermata, continuando ad inoculare la popolazione con *terze dosi* o *boosters*. **Se il vaccino funzionasse sarebbe lecito aspettarsi un numero di contagi molto esiguo, tendente a zero.**

La realtà è invece molto diversa: Gibilterra [ha annunciato](#) il 17 novembre 2021 l'annullamento di tutti gli eventi pubblici (includere le celebrazioni natalizie) per far fronte all'aumento dei nuovi contagi: nella settimana dal 15 al 21 novembre 2021 [si sono registrati](#) oltre 600 contagi (su 33.000 abitanti). È come se in Italia, in una sola settimana, si fosse contagiato un milione di persone.⁹ In una realtà come quella di Gibilterra, non è possibile incolpare i “no vax” dell'aumento dei contagi: semplicemente non esistono.

Emblematico anche [il caso](#) di **Singapore**: pur essendo stato uno dei primi Paesi ad aver riportato casi di COVID-19 (il [primo](#) è del 23 gennaio 2020), ha contenuto l'epidemia in maniera esemplare... fino a quando la copertura vaccinale non è arrivata all'80% ([fine agosto 2021](#)). A novembre 2021, con il 92% della popolazione completamente vaccinata, [affronta](#) la peggior “ondata” dall'inizio della pandemia.



Esemplare è anche [il caso](#) dell'**Austria**: a distanza di due settimane dall'imposizione del *lockdown* selettivo per i non vaccinati (8 novembre 2021), il numero dei casi è raddoppiato (e le restrizioni sono state [applicate](#) anche ai vaccinati). I dati ufficiali della sanità austriaca sono disponibili su [Worldometers](#).

Uno studio di coorte, prospettivo e longitudinale ha analizzato l'impatto della variante *delta* sulla popolazione del **Regno Unito**. I risultati, [pubblicati](#) su *The Lancet*, rivelano che la carica virale e la tipologia di varianti sono identiche nella popolazione vaccinata e in quella non vaccinata.^v

⁹ A metà novembre 2021 la variante *omicron* non era ancora in circolazione: il picco dei contagi è stato causato dalla *delta*. Durante [il picco](#) della pandemia in Italia, a novembre 2020, si contavano (al massimo, circa) 40.000 contagi giornalieri.

The SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant is highly transmissible and spreading globally, including in populations with high vaccination rates.

Secondo i dati inglesi, riportati [nello studio](#), i tassi di infezione rilevati nei nuclei famigliari completamente vaccinati sono (leggermente) maggiori rispetto a quelli non vaccinati: ^{vi}

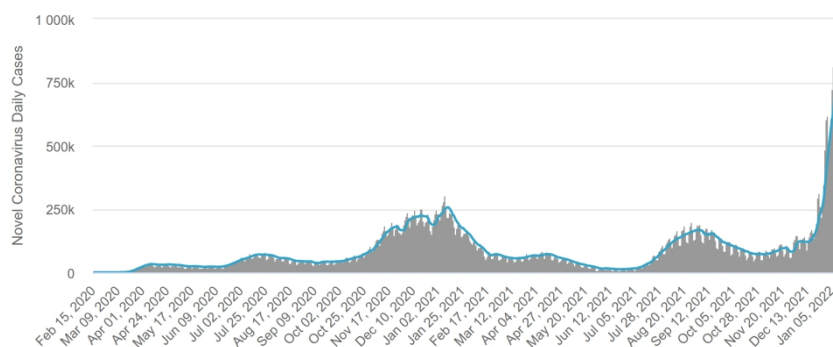
In the UK it was described that secondary attack rates among household contacts exposed to fully vaccinated index cases was similar to household contacts exposed to unvaccinated index cases (25% for vaccinated vs 23% for unvaccinated).

Spostiamoci negli **Stati Uniti**. Uno [studio](#), condotto da ricercatori della *Harvard T.H. Chan School of Public Health* e pubblicato a settembre 2021 su *European Journal of Epidemiology*, analizza i dati epidemiologici di ben 68 Stati e quasi 3.000 contee [province] statunitensi. Gli autori sottolineano che l'incidenza del COVID-19 fra la popolazione **non dipende dallo stato vaccinale**. Secondo i dati del CDC americano (riportati nell'[articolo](#)), da gennaio a marzo 2021, **la percentuale di ricoveri fra la popolazione vaccinata è aumentata di novecento volte** (o se preferite, di circa il *novantamila* per cento), passando dallo 0.01% al 9%.

Gli autori concludono con un equilibrio e un buonsenso difficilmente riscontrabile nei media *mainstream* nostrani e (di conseguenza) nell'opinione pubblica: ^{vii}

*In summary, even as efforts should be made to encourage populations to get vaccinated it should be done so **with humility and respect**. **Stigmatizing populations can do more harm than good**. Importantly, other non-pharmacological prevention efforts [...] needs to be renewed in order to strike the balance of learning to live with COVID-19 **in the same manner we continue to live a 100 years later with various seasonal alterations of the 1918 Influenza virus**.*

Questa la [situazione](#) epidemiologica negli Stati Uniti a gennaio 2022:



Anche in **Germania** le evidenze epidemiologiche vanno nella stessa direzione. Secondo [i dati](#) del *Robert Koch Institute*, relativi a luglio 2021 e [ripresi](#) su *The Lancet Regional Health*, il tasso di infezione sintomatica fra la popolazione completamente vaccinata è aumentato del 250% nel giro di tre mesi. ^{viii}

*In Germany, the rate of symptomatic COVID-19 cases among the fully vaccinated («breakthrough infections») is reported weekly since 21 July 2021 and was 16.9% at that time among patients of 60 years and older. This proportion is increasing week by week and was 58.9% on 27 October 2021 providing clear evidence of the increasing relevance of **the fully vaccinated as a possible source of transmission**.*

Le conclusioni sono particolarmente rilevanti, alla luce del particolare momento storico che stiamo vivendo. Gli autori denunciano come sia profondamente sbagliato, da parte dei Governi, non considerare i vaccinati come un'importante **fonte di contagio** (e di trasmissione del virus): ^{ix}

Many decisionmakers assume that the vaccinated can be excluded as a source of transmission. It appears to be **grossly negligent to ignore the vaccinated population as a possible and relevant source of transmission** when deciding about public health control measures.

I Paesi più vaccinati sono quelli che hanno avuto un maggior aumento dei casi COVID-19: ^x

At the country-level, there appears to be **no discernable relationship** between percentage of population fully vaccinated and new COVID-19 cases in the last 7 days.

In fact, the trend line suggests a marginally positive association such that countries with **higher percentage of population fully vaccinated have higher COVID-19 cases** per 1 million people.

Secondo il Prof. [Subramanian](#), docente a *Harvard*, bisogna [riconsiderare](#) il ruolo della vaccinazione: i vaccini non sono uno strumento efficace contro le varianti. ^{xi}

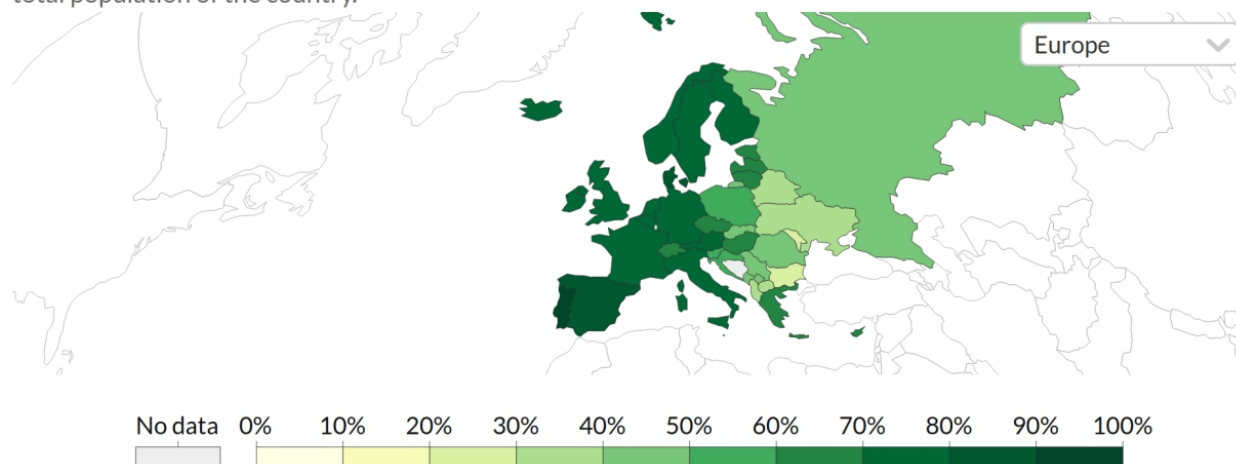
The sole **reliance on vaccination** as a primary strategy to mitigate COVID-19 and its adverse consequences **needs to be re-examined**, especially considering the Delta (B.1.617.2) variant and the likelihood of future variants.

Questa la [situazione vaccinale](#) in Europa, ad inizio 2022, secondo i dati della *Johns Hopkins*:

Share of the population fully vaccinated against COVID-19, Jan 13, 2022

Our World
in Data

Total number of people who received all doses prescribed by the initial vaccination protocol, divided by the total population of the country.

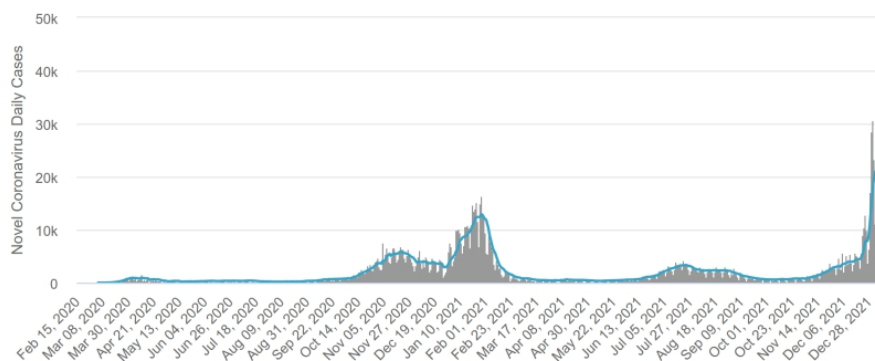


Consiglio molto vivamente la lettura di questo breve [articolo](#) pubblicato da [Edouard Mathieu](#), capo analista e responsabile del progetto *Our World in Data* della *Johns Hopkins*.

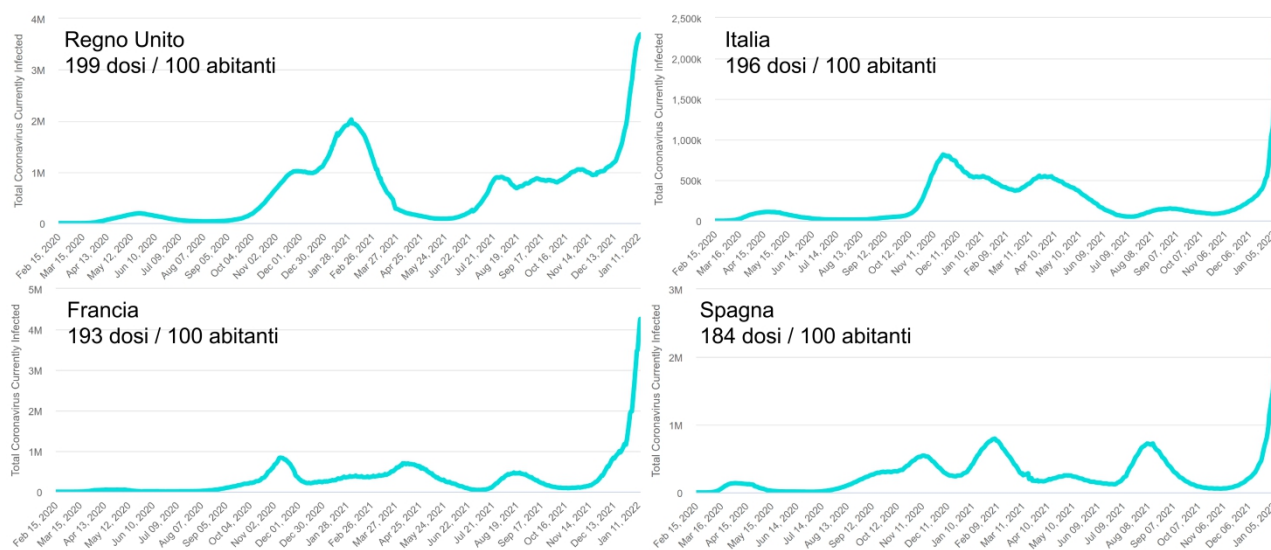
Nonostante tutta l'Europa occidentale abbia una considerevole copertura vaccinale, a partire da dicembre 2021, si è assistito ad un aumento esponenziale dei casi (dovuti alla variante *omicron*) in molti Paesi.

Fra tutti spicca il **Portogallo**, un Paese dove, già ad ottobre 2021, il 98% della popolazione sopra i 12 anni risultava completamente vaccinata. [Secondo](#) il *New York Times*, in Portogallo "non c'è più nessuno da vaccinare".

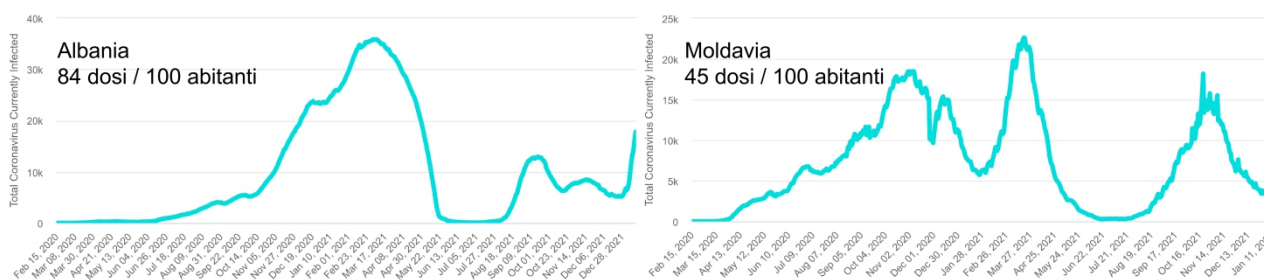
Eppure, i [dati](#) epidemiologici non sono affatto rassicuranti:



Il Portogallo non è tuttavia un caso isolato: ecco un riepilogo dell'andamento dei contagi in alcuni Paesi europei ad elevata copertura vaccinale [fonte *Worldometers*, dati [aggiornati](#) al 14 gennaio 2022].



Per un confronto, questo l'andamento della pandemia in due Paesi a basso tasso di vaccinazione:



- La **reale efficacia** del vaccino Pfizer contro il SARS-CoV-2 *wild type* (quello "di Wuhan"), dedotta da uno studio retrospettivo sulla popolazione israeliana – ed espressa (correttamente) in termini di riduzione del rischio assoluto – è dello **0,46%**.
- Le evidenze epidemiologiche indicano che l'incidenza del COVID-19, causato dalla variante *delta*, **non dipenda dallo stato vaccinale** della popolazione, anzi.
- Nei Paesi con elevata copertura vaccinale, i casi di COVID-19 (imputabili alle varianti, la *omicron* in particolare) sono aumentati significativamente.

La sicurezza dei vaccini (e la trasparenza) secondo FDA, EMA e Pfizer

[TrialSite](#) ha ottenuto i [documenti regolatori](#) inviati da Pfizer all'Agenzia europea per i medicinali (EMA) prima dell'autorizzazione condizionata al commercio ([Conditional Marketing Authorization](#)), a seguito di una richiesta di ricercatori canadesi tramite il [Freedom of Information Act](#). Da questi documenti si apprende che l'azienda non ha seguito le pratiche standard di gestione della qualità (GLP) durante gli studi di tossicologia preclinica del vaccino. Inoltre i test "standard" di tossicità riproduttiva e genotossicità non sono stati condotti.

Dal [rapporto pubblico](#) che Pfizer ha inviato a EMA si apprende anche che, nonostante il vaccino contenga eccipienti mai studiati prima sull'uomo (i lipidi [ALC-0315](#) e [ALC-0159](#)), EMA non ha ritenuto opportuno richiedere studi standard di sicurezza farmacocinetica, biodistribuzione o genotossicità (la posizione di EMA è stata analoga per il lipide [SM-102](#) di Moderna). A pagina 45 del rapporto (e seguenti) si legge: ^{xii}

No safety pharmacology studies were conducted with BNT162b2. [...]
No pharmacodynamics drug interaction studies were conducted with BNT162b2. [...]
*No **traditional** pharmacokinetic or biodistribution studies have been performed with the vaccine candidate BNT162b2. [...]*
*No genotoxicity studies have been provided. This is acceptable as the components of the vaccine formulation are lipids and RNA that **are not expected to have genotoxic potential**.*

Si è appreso che Pfizer fosse già a conoscenza del fatto che il vaccino si concentrasse in molti organi, inclusi milza, cuore, reni, polmoni e cervello. Così a [pagina 54](#): ^{xiii}

*Several literature reports indicate that LNP-formulated RNAs **can distribute rather nonspecifically to several organs** such as spleen, heart, kidney, lung and brain.*

Non solo Pfizer, ma anche FDA - l'agenzia regolatrice americana - era perfettamente a conoscenza dei potenziali **effetti avversi gravi correlabili con la vaccinazione**, molti dei quali si sono poi puntualmente riscontrati nella popolazione dopo l'inizio della vaccinazione di massa. Si veda questa [presentazione](#) [slide 16, pagina 17]¹⁰ di Steven Anderson,¹¹ in data **22 ottobre 2020** - ovvero 9 giorni **prima** che la FDA [concedesse](#) l'autorizzazione di emergenza al vaccino Pfizer:

FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines : DRAFT Working list of possible adverse event outcomes ***Subject to change***	
▪ Guillain-Barré syndrome	▪ Deaths
▪ Acute disseminated encephalomyelitis	▪ Pregnancy and birth outcomes
▪ Transverse myelitis	▪ Other acute demyelinating diseases
▪ Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/ meningoencephalitis/meningitis/ encephalopathy	▪ Non-anaphylactic allergic reactions
▪ Convulsions/seizures	▪ Thrombocytopenia
▪ Stroke	▪ Disseminated intravascular coagulation
▪ Narcolepsy and cataplexy	▪ Venous thromboembolism
▪ Anaphylaxis	▪ Arthritis and arthralgia/joint pain
▪ Acute myocardial infarction	▪ Kawasaki disease
▪ Myocarditis/pericarditis	▪ Multisystem Inflammatory Syndrome in Children
▪ Autoimmune disease	▪ Vaccine enhanced disease

¹⁰ E' interessante analizzare anche il [video](#) della presentazione. A 2h:33m:40s si può notare come il relatore abbia volutamente "saltato" la discussione della slide in questione. La diapositiva appare infatti per una frazione di secondo, prima che il relatore se ne accorga e passi immediatamente a quella successiva. Nel caso non fosse evidente, si riproduca il video a velocità rallentata.

¹¹ [Direttore](#) della divisione di Biostatistica ed Epidemiologia del Center for Biologics Evaluation and Research della FDA.

Il governo giapponese, a differenza di EMA e FDA, ha chiesto maggiori informazioni a Pfizer riguardo alla biodistribuzione del vaccino e agli studi di genotossicità. In risposta, Pfizer ha inviato un [rapporto](#) che è stato esaminato (anche) da [un gruppo di medici](#) indipendenti.

Il *panel* di medici conclude che il rischio di trombosi – e altri gravi effetti collaterali – potesse essere facilmente dedotto anche dagli studi di biodistribuzione già presentati da Pfizer. La bio-accumulazione dei surfattanti lipidici nel corpo (ed in particolare nelle ovaie) desta particolare preoccupazione.

La [revisione](#) del *panel* di medici indipendenti è stata particolarmente dura: ^{xiv}

*The failure to monitor and assess these risks in the subsequent clinical trials, and the grossly negligent review process in conjunction with the emergency use authorizations, have predictably resulted in an **unprecedented medical disaster**.*

Il dottor [Robert W. Malone](#), colui che ha definito per primo le basi teoriche e cliniche della tecnologia a mRNA (e DNA) nei vaccini, ex [Salk Institute](#) e [Harvard Medical School](#), si esprime [così](#):

*L'EMA ha autorizzato vaccini sviluppati in presenza di studi farmacocinetici e tossicologici **fuori standard**, basandosi sull'analisi di formulazioni che sono **significativamente differenti** da quelle che poi ha autorizzato. È ora di fermare la vaccinazione di massa e capire cosa sta succedendo.*

Inoltre, Malone [aggiunge](#) profeticamente:

*La mancanza di un dibattito aperto sugli effetti indesiderati dei vaccini viola i più fondamentali principi di bioetica e ricerca clinica [...] **Questi vaccini sono farmaci sperimentali**: serve maggior consapevolezza nel consenso informato. **Non possono in nessun caso essere resi obbligatori**, questo violerebbe la Convenzione di Ginevra ed il trattato di Helsinki.*

Un interessante [articolo](#), sulla posizione di Malone, è apparso su *Il Fatto Quotidiano*:

*Robert W. Malone, uno dei ricercatori che ha contribuito agli studi sul trasferimento genico (mRNA e DNA nei vaccini) con oltre 12mila citazioni dei suoi lavori, si è inserito nel dibattito scientifico con un impatto rilevante negli States [...] Malone ha sottolineato che «una delle mie preoccupazioni è che **il governo non sia trasparente con noi su quali siano questi rischi**. E quindi, sono dell'opinione che **le persone abbiano il diritto di decidere se accettare o meno i vaccini**».*

L'articolo sottolinea anche il fatto che, nonostante l'indubbia autorevolezza di Malone, diverse piattaforme abbiano censurato il ricercatore (*Twitter, LinkedIn, Youtube*).

Sulla trasparenza di Pfizer si veda anche questo [editoriale](#) del *British Medical Journal*, in parte [ripreso](#) da *Scenari Economici*. Secondo quanto riportato, Pfizer avrebbe affidato una quota della sperimentazione ad una società ad essa associata, la texana *Ventavia*, la quale avrebbe invalidato il trial clinico rivelando l'identità dei pazienti (lo studio non si sarebbe svolto realmente in doppio cieco) e manipolando i dati relativi alla fase III di sperimentazione. Si veda che [qui](#).

La notizia ha avuto un certo eco anche sui *social* e *Facebook* ha cercato di limitare la diffusione dei *post* relativi all'editoriale, nonché di screditare il lavoro di inchiesta del BMJ, arrivando a definire la celebre rivista scientifica britannica «un *blog di informazione*» ed il contenuto dell'articolo «una *bufala*» ([qui](#) i dettagli). In risposta, gli editori del BMJ hanno scritto una [lettera aperta](#) a Mark Zuckerberg di cui riporto solo un breve passaggio: ^{xv}

*We are writing to raise **serious concerns about the “fact checking”** being undertaken by third party providers on behalf of Facebook/Meta.*

*[...] We find [...] it] to be **inaccurate, incompetent and irresponsible.***

*-- It **fails to provide any assertions** of fact that The BMJ article got wrong*

*-- The first paragraph inaccurately labels The BMJ a **“news blog”** [...]*

*-- It contains a screenshot of our article with a stamp over it stating **“Flaws Reviewed,”** despite the Lead Stories article not identifying anything false or untrue in The BMJ article*

*-- It published the story on its website under a URL that contains the phrase **“hoax-alert”***

Brevissima riflessione personale: il fatto che un'agenzia di *fact checking* (al soldo degli azionisti Pfizer, su questo si veda la “Parte 6” del lavoro) provi a screditare le evidenze riportate su una delle riviste medico-scientifiche più importanti del mondo è indicativo del grado di paradosso dei tempi in cui viviamo.

Una considerazione sulla trasparenza dell'Agenzia dei Medicinali europea: facendo seguito ad un reclamo, l'Ombudsman (il [Mediatore Europeo](#)) ha richiesto [formalmente](#) a EMA di fornire parte della documentazione relativa alla fabbricazione dei vaccini Pfizer e Moderna. Nonostante la richiesta provenisse da un Ente istituzionale europeo (istituito dal Trattato sull'Unione Europea, Maastricht, 1992) e avesse quindi titolo per richiedere e pretendere la documentazione, EMA ha [rifiutato](#) ed il Mediatore Europeo ne ha preso atto: ^{xvi}

***EMA refused to grant access to the documents** because it considered that their disclosure would **undermine the manufacturer’s commercial interests** and because there was no overriding public interest in disclosing the documents.*

Senza entrare nel merito dell'eventuale legittimità del rifiuto, come si dovrebbe interpretare la scarsa trasparenza dell'Agenzia Europea per i Medicinali? Si veda anche [Politico](#).

Infine, anche la Commissione Europea (nella persona del suo Presidente, Ursula Von der Lyden) sembrerebbe essere in una posizione di conflitto di interessi ed aver intrattenuto rapporti poco trasparenti con Pfizer. Si veda [The Guardian](#) ripreso da [EventiAvversiNews](#). Di certo, secondo l'inchiesta di *Investigate Europe*, i contratti firmati dalla Commissione Europea sono stati particolarmente [favorevoli](#) per la multinazionale del farmaco che ha guadagnato oltre 31 miliardi di euro (oltre il prezzo di produzione). Si [veda](#) anche *The Telegraph*. Secondo *Reuters*, Pfizer e Moderna avrebbero [fatturato](#) oltre 60 miliardi.

- Che il vaccino Pfizer contro il SARS-CoV-2 potesse essere considerato “sicuro” non è emerso **neppure** dalla documentazione prodotta dalla casa farmaceutica stessa e trasmessa all'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA).
- Non sono stati condotti **studi standard** di tossicologia tossicità riproduttiva e genotossicità, nonostante il vaccino contenga eccipienti mai studiati prima nell'uomo.
- Scienziati di primissimo piano ed il *Mediatore Europeo* hanno chiesto chiarimenti in merito, ma **non hanno ottenuto risposta**.
- La FDA, l'ente regolatore americano, era **perfettamente a conoscenza dei possibili effetti collaterali gravi imputabili ai vaccini contro il SARS-CoV-2 prima che questi venissero autorizzati**.
- Quegli stessi eventi indesiderati gravi che si sono poi osservati fra la popolazione (mondiale) durante la vaccinazione di massa e sono stati riportati dai ricercatori nella letterature scientifica.

La sicurezza dei vaccini secondo la letteratura scientifica

Il meccanismo noto come *Antibody Dependent Enhancement (ADE)* è il principale fattore di rischio intrinseco degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2. Per i dettagli si vedano [Nature](#), [Nature Reviews](#), [Nature Microbiology](#), [Frontiers in Immunology](#).

L'ADE si verifica quando gli anticorpi generati durante una risposta immunitaria riconoscono e si legano a un patogeno, ma non sono in grado di neutralizzarlo. In questo caso gli anticorpi agiscono come un “cavallo di Troia”, permettendo al patogeno di entrare nelle cellule ed esacerbare la risposta immunitaria [fonte]. Se il lettore non avesse alcun rudimento di biologia può rifarsi all'Appendice 2. Questo tipo di risposta “anomala” si verifica:

- 1) In presenza di un **virus non-mutato** se, in seguito a vaccinazione, si genera una quantità insufficiente di anticorpi neutralizzanti (rispetto a quelli neutralizzanti).
- 2) In presenza di un virus mutato, **una variante**. Se la risposta immunitaria indotta dalla vaccinazione è basata su un bersaglio molecolare ristretto e soggetto a mutazioni – ad esempio alcuni epitopi immunodominanti della proteina *spike* – in presenza di una variante, il rischio di ADE è alto. Questo è esattamente il caso relativo agli attuali vaccini anti-SARS-CoV-2, in particolare quelli a mRNA.

Queste evidenze erano già emerse durante lo [sviluppo](#) dei vaccini contro la SARS, la MERS ed altri coronavirus: nessuno di quei vaccini [è mai arrivato](#) alla fase III di sperimentazione sull'uomo proprio a causa del fenomeno ADE: ^{xvii}

*Development of vaccines to severe acute respiratory syndrome (SARS), MERS-CoV, and other coronavirus has been difficult due to **vaccine induced enhanced disease responses** in animal models.*

Oltre al fenomeno ADE, i soggetti vaccinati – quando esposti al virus naturale – sviluppano una [forma più severa della malattia](#), talvolta mortale (dovuta alla risposta anomala delle [cellule Th2](#)) detta *Vaccine-Associated Hypersensitivity (VAH)* che può innescare la cosiddetta “[tempesta citochinica](#)”.

Alcuni studi sugli animali vaccinati, esposti al SARS-CoV, hanno permesso di indagare le basi molecolari del meccanismo VAH. Si vedano, ad esempio, [Journal of Immunology](#) e [Science](#). ^{xviii}

*These vaccines all induced antibody and protection against infection with SARS-CoV. However, challenge of mice given any of the **vaccines led to occurrence of Th2-type immunopathology** suggesting hypersensitivity to SARS-CoV components was induced.*

La vaccinazione crea [immunopatologie](#) e massiccia infiltrazione di eosinofili: serve molta cautela prima di testare questi vaccini sull'uomo. ^{xix}

Histopathology seen in animals given the SARS-CoV vaccines was uniformly a Th2-type immunopathology with prominent eosinophil infiltration.”
“Caution in proceeding to application of a SARS-CoV vaccine in humans is indicated.

La proteina *spike* può infettare le [cellule del sistema immunitario](#) (e causare il fenomeno ADE): ^{xx}

*These results demonstrate that human macrophages can be infected by SARS-CoV as a result of **IgG-mediated ADE** [...].*

Nel corso del 2021 sono stati pubblicati diversi studi che hanno messo in luce alcune criticità dei vaccini a mRNA nell'uomo. Ad esempio, si è osservato che la biodistribuzione del vaccino *anti-SARS-CoV-2* sia fortemente influenzata dall'incapsulamento in nanoparticelle lipidiche (cosa [già nota](#) da 30 anni) e che questo possa modificare l'interazione con altri vaccini, ponendo rischi ad oggi incogniti circa la sicurezza dei vaccini in presenza di gravidanza/allattamento, co-patologie, disordini (auto)immunitari o infiammatori. Bisogna [valutare attentamente](#) il rapporto beneficio/rischio: ^{xxi}

Data on long-term safety data, interaction with other vaccines, data on use in pregnant or breastfeeding women, immunocompromised patients and other vulnerable subgroups are still missing and therefore pivotal studies are still ongoing to cover a follow-up period of 2 years. [...] The benefits and risks of current COVID-19 vaccines must be weighed against the real possibility of contracting the disease and developing complications and long-term sequelae.

Oggi sappiamo che la proteina *spike* contiene siti immunodominanti che generano anticorpi non-neutralizzanti, i quali possono [causare ADE](#) o altre risposte dannose del sistema immunitario.

La *tempesta citochinica* è la responsabile della tossicità e del danno multi-organo del COVID-19. È anche responsabile di un [effetto paradossale](#) (ma solo in apparenza): **le persone vaccinate sviluppano forme più severe di malattia, rispetto ai non-vaccinati, quando esposte al virus naturale.** ^{xxii}

There are several studies showing a paradoxical phenomenon, in which vaccinated animals or people exhibit a more severe disease while exposed to the virus than non-vaccinated fellows.

Questa evidenza si può spiegare alla luce del **fenomeno ADE**: è proprio la proteina *spike* – **da sola** – a [causare ADE](#), e lo fa indistintamente **per ogni tipologia di vaccino** oggi disponibile contro il SARS-CoV-2: ^{xxiii}

*Different ADE risks have possible implications for SARS-CoV-2 B-cell vaccines for subsets of populations based on age, cross-reactive antibodies, variabilities in antibody levels over time, and pregnancy. [...] This potential **ADE risk is independent of the vaccine technology** or targeting strategy selected due to predicted phagocytic immune cell infections upon antibody uptake. [...] These models place increased emphasis on the importance of developing safe SARS-CoV-2 **T cell vaccines that are not dependent upon antibodies.***

Si vedano [Nature Reviews Microbiology](#) e [International Journal of Immunopathology and Pharmacology](#).

Sullo sviluppo di nuovi vaccini, potenzialmente sicuri, che possano evitare il fenomeno ADE e la *tempesta citochinica*, si veda anche il paragrafo “*Un punto di vista personale*” in chiusura di capitolo.

[Luc Montagnier](#), virologo, premio Nobel nel 2008 per aver contribuito alla scoperta del virus dell'HIV:

Gli epidemiologi riconoscono che l'ADE sia un problema, ma non ne parlano.

Un [articolo](#) di agosto 2021, pubblicato sul *Journal of Infection*, **evidenzia chiaramente il rischio di ADE**, sia per il virus non-mutato, che per la variante *delta*. I punti chiave secondo gli autori: ^{xxiv}

- *Antibody dependent enhancement (ADE) is a potential concern for vaccines.*
- **Enhancing antibodies recognize both the Wuhan strain and delta variants.**
- *ADE of delta variants is a potential risk for current vaccines.*
- *Vaccine formulations lacking ADE epitope are suggested.*

Così il dottor [Wolfgang Wodarg](#)¹² in un reclamo presentato all'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) in data 1 dicembre 2020 (prima che iniziasse la vaccinazione di massa in Europa) [pagina 4, punto C VIII]:^{xxv}

*This is called **Antibody Dependent Enhancement (ADE)**, and is a common problem with Dengue Virus, Ebola Virus, HIV, RSV, and the family of **coronaviruses**. In fact, this problem of ADE is a major reason why many **previous vaccine trials for other coronaviruses failed**.*


*[...] If ADE occurs in an individual, their response to the virus **can be worse** than their response if they had never developed an antibody in the first place.*

*This can cause a hyperinflammatory response, a **cytokine storm**, and a generally **dysregulation of the immune system** that allows the virus to cause more damage to our lungs and other organs of our body.*

*In addition, **new cell types throughout our body are now susceptible to viral infection** due to the additional viral entry pathway.*


There are many studies that demonstrate that ADE is a persistent problem with coronaviruses in general, and in particular, with SARS-related viruses.

Contro ogni evidenza scientifica oggi disponibile, il Ministero della Salute [classifica](#) ADE come una *fake news*:



Falso

I vaccini contro il Covid-19 sono pericolosi perché causano l'ADE



Vero

Non ci sono evidenze scientifiche che i vaccini anti Covid-19 inneschino l'ADE, cioè l' "Antibody Dependent Enhancement", reazione per cui alcuni anticorpi anziché bloccare un virus ne facilitano il suo ingresso nelle cellule. I vaccini autorizzati dalle autorità competenti – EMA e AIFA -, che sono attualmente in corso di somministrazione, fanno produrre anticorpi in modo selettivo contro la proteina "Spike" presente sul coronavirus e la loro azione è volta a bloccare l'ingresso del virus nelle cellule. I vaccini, quindi, non possono determinare l'ADE né in coloro che si vaccinano senza aver contratto l'infezione da nuovo coronavirus, né nelle persone che si vaccinano dopo aver contratto l'infezione.

Data ultima verifica: 20 luglio 2021

Lascio al lettore ogni valutazione circa la fondatezza della risposta del Ministero. Queste le preoccupate osservazioni del dottor Wodarg:^{xxvi}

*[...] **many EU residents/citizens will suffer irreparable harm** because once the EMA approves the COVID- 19 vaccine(s) in question, both governments of EU member states and employers in the EU are most likely going to recommend them for widespread use, and hence **without the EMA assuring proper safety trials of the vaccines now**.*

Inoltre, nel caso degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2, l'ADE potrebbe non essere neppure il rischio maggiore. Il dottor [Paul Elias Alexander](#), epidemiologo, ex ufficiale del *Dipartimento della Salute* americano ([HHS](#)), sottolinea come la proteina *spike* sia [essa stessa](#) un pericoloso patogeno endoteliale:^{xxvii}

*The spike protein may be a potentially **unsafe endothelial pathogen**.*

[...] Had the ARR been published, then a different picture would have emerged as to the effectiveness [a paltry 0.8%.], and why one would accept a vaccine with such low indications of benefit, and while as we are now learning, potential harms?

Anche studi sugli animali hanno mostrato come la proteina *spike* sia (immuno)patogena essa stessa: si veda [a proposito](#) *Nature Neuroscience*. Essa può penetrare i capillari e invadere i tessuti periferici (anche quelli che non esprimono il recettore ACE2), è stabile nel sangue, può attraversare la barriera emato-encefalica ed è stata trovata in molti organi: cuore, fegato, reni, polmoni, cervello, milza.^{xxviii}

¹² Medico e già membro del Comitato sulla Salute Pubblica dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio Europeo.

*[the spike] S1 [protein] was also taken up by the lung, spleen, kidney and liver [...] Altogether, our results **strongly suggest that the S1 protein can cross the murine BBB through a mechanism resembling adsorptive transcytosis and be taken up by peripheral tissues **independently of human ACE2.*****

Vorrei ricordare come queste evidenze (successivamente riportate nella letteratura scientifica) fossero già perfettamente note sia a Pfizer che a FDA anche **prima** che venisse concessa l'autorizzazione di emergenza.

Uno stato concomitante di infiammazione (causato ad esempio da altre vaccinazioni, malattie, ADE) facilita l'ingresso della proteina *spike* nelle cellule. Un'eccellente [intervista](#) della dottoressa Loretta Bolgan. L'utilizzo di liposomi come vettori aumenta ulteriormente l'entità degli effetti collaterali. I vaccini a mRNA [aumentano](#) l'infiammazione endoteliale e infiltrazione di linfociti nel muscolo cardiaco: ^{xxxix}

*We conclude that the mRNA vacs **dramatically increase inflammation** on the endothelium and **T cell infiltration of cardiac muscle** and may account for the observations of increased thrombosis, cardiomyopathy, and other vascular events following vaccination.*

La proteina *spike* – **da sola** – danneggia la [barriera emato-encefalica](#) e [l'endotelio polmonare](#): ^{xxx}

*It is concluded that ACE2 endothelial damage is a central part of SARS-CoV2 pathology and may be induced by **the spike protein alone.***

Lo studio *post mortem* di un paziente vaccinato [ha confermato](#) che la proteina *spike* fosse presente in tutti gli organi esaminati: orofaringe, mucosa nasale, trachea, polmoni, cuore, reni e cervello.

La proteina *spike* è la [responsabile](#) di infiammazione sistemica, coaguli ed eventi trombotici. È immunomodulante e immunotossica, potrebbe causare disordini tiroidei (tiroidite subacuta, tireotossicosi) [[ref](#), [ref](#), [ref](#)], [nefropatie](#), [epatiti \(autoimmuni\)](#), [malattie neurodegenerative](#) e interferire con i meccanismi di [riparazione del DNA](#):

*SARS-CoV-2 spike protein **significantly inhibits DNA damage repair** [...] the spike protein might impede adaptive immunity and **underscore the potential side effects of full-length spike-based vaccines.***

Nel corso del trial clinico EudraCT [2021-000182-33](#), volto a studiare l'immunogenicità del vaccino Pfizer (BNT162b2), è emerso come il fenomeno ADE sia soltanto la punta dell'iceberg di una complessa riprogrammazione del sistema immunitario innato e il vaccino possa causare “errate” risposte immunitarie (autoimmuni) anche in presenza di patogeni diversi dal SARS-CoV-2, ad esempio virus, funghi e batteri. ^{xxxix}

*The BNT162b2 vaccine also modulated the production of inflammatory cytokines by innate immune cells upon stimulation with both specific (SARS-CoV-2) and **non-specific** (viral, fungal and bacterial) stimuli [...] In conclusion, the mRNA BNT162b2 vaccine induces **complex functional reprogramming of innate immune responses**, which should be considered in the development and use of this new class of vaccines.*

Nel caso del SARS-CoV-2, alcune proteine possono “stimolare” [dall'inglese *priming*] il sistema immunitario portando allo sviluppo di [malattie autoimmuni](#): ^{xxxii}

*Exposure to these specific peptides – via either infection or vaccination – **might prime patients for increased risk of enhanced pathogenicity during future exposure due either to future pandemic or outbreaks or via universal vaccination programs.*** [...]

*Studies should be undertaken before **any vaccine against SARS-CoV-2 is used in humans.***

Gli studi pre-clinici volti ad escludere la possibilità di “vaccination priming” non sono mai stati condotti. Qui una [revisione](#) sistematica che riassume l'emergere di fenomeni autoimmuni nella popolazione vaccinata. Consiglio anche un interessante [articolo](#) divulgativo di [Stephanie Saneff](#), senior research scientist al MIT di Boston. Un estratto: ^{xxxiii}

*Through experimentation, researchers have determined that the **spike protein is toxic even when introduced all by itself** [... It] caused a downregulation of ACE2, which had significant effects on the metabolic policy in the cells. In particular, **it inhibited the synthesis of mitochondria**, and caused the existing mitochondria to fragment.*

*The spike protein reduced the production of ATP by mitochondria and **increased glycolysis** [...]. This metabolic change towards getting energy through glycolysis **is a characteristic feature of cancer cells and of neurons in neurodegenerative diseases such as Alzheimer's.***

I dottori Sucharit Bhakdi (microbiologo, ex direttore dell'Istituto di Virologia Medica dell'Università di Magonza) e Arne Burkhardt (patologo, ex direttore Istituto di patologia a Reutlingen) hanno scritto una [lettera aperta](#) (15 dicembre 2021) chiedendo **l'immediata sospensione dei vaccini a mRNA** (anche) alla luce dell'emergere di patologie autoimmuni nella popolazione vaccinata. Si veda anche questo [video](#)... poi – nel caso servissero conferme circa la faziosità dei *fact checkers* nostrani – si legga questo [articolo](#) su Open.

Secondo Yuichiro J. Suzuki, [Professore](#) di Farmacologia al Georgetown University Medical Center, le conseguenze del vaccino andrebbero [monitorate](#) con attenzione soprattutto nei soggetti sani: ^{xxxiv}

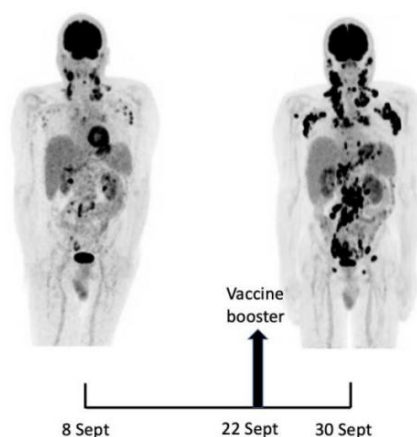
*In this article, we note that human host cells sensitively respond to the spike protein to **elicit cell signaling**. Thus, it is important to be aware that **the spike protein produced by the new COVID-19 vaccines may also affect the host cells.** We should monitor the **long-term consequences** of these vaccines carefully, **especially** when they are administered to otherwise **healthy individuals.***

Tuttavia la vaccinazione può avere conseguenze rilevanti anche in **sogetti vulnerabili**. Diversi studi hanno studiato il legame fra la vaccinazione contro il SARS-CoV-2, l'insorgenza ed il decorso di diverse linfadenopatie [[Radiology](#), [Academic Radiology](#), [Cureus](#), [Clinical Nuclear Medicine](#) [1](#), [2](#), [3](#), [European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging](#)]. Una metanalisi sistematica [[Pharmaceuticals](#)].

Secondo quanto riportato da ricercatori fiamminghi su [Frontiers in Medicine](#), il booster di vaccino a mRNA Pfizer ha determinato la rapida progressione di un raro tipo di linfoma non-Hodgkin (linfoma angioimmunoblastico a cellule T): ^{xxxv}

*We report and discuss **unexpected rapid progression of lymphomatous lesions** after administration of a BNT162b2 mRNA vaccine booster in a man recently diagnosed with AITL. It demonstrated **a clear increase in number, size and metabolic activity** of pre-existing lymphadenopathies at the supra- and sub-diaphragmatic level. Furthermore, **new hypermetabolic lymphadenopathies and new hypermetabolic sites had developed** since the first examination, in several different locations [...] Altogether, these findings **unambiguously established the diagnosis of AITL** [Angioimmunoblastic T Cell Lymphoma] [...] **vaccination with the BNT162b2 mRNA vaccine might induce rapid progression of AITL.***

[Questa](#) l'evoluzione della malattia, all'ottavo giorno dopo la dose di richiamo, rispetto all'ultimo controllo (22 giorni prima):



Secondo gli autori, dall'indagine ^{18}F -FDG PET/CT risulta evidente un forte aumento delle lesioni ipermetaboliche nodali gastrointestinali, così come una progressione metabolica asimmetrica nella zona cervicale, sovra-clavicolare e ascellare, più pronunciata sul lato destro (sito di iniezione del vaccino). Una correlazione positiva fra vaccinazione e linfomi non-Hodgkin era già [emersa](#) per i vaccini contro l'influenza stagionale.

Oltre alla tossicità intrinseca della proteina *spike* (il cui rischio è associato ad ogni tipologia di vaccino oggi disponibile in Europa), i vaccini a mRNA contengono **componenti dal dubbio profilo di sicurezza**. Il singolo filamento di mRNA, infatti, è altamente instabile e necessita di essere incapsulato in **nanoparticelle lipidiche (LNP)** al fine di veicolare efficacemente l'informazione genetica (per la produzione della proteina *spike*) all'interno della cellula. Un [bell'articolo](#) divulgativo e una [review](#).

Come già riportato nel precedente paragrafo, nonostante alcuni componenti¹³ di queste LNP non fossero **mai stati studiati prima sull'uomo**, gli enti regolatori non hanno ritenuto opportuno richiedere ulteriori studi prima di autorizzare i vaccini Pfizer e Moderna.

Un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Microbiologia e Immunologia della *Thomas Jefferson University* di Filadelfia ha studiato l'impatto delle LNP nei modelli animali (topi). L'attenzione dei ricercatori si è focalizzata sulle LNP [utilizzate](#) nel vaccino Pfizer ([prodotte](#) dalla società *Acuitas Therapeutics*).¹⁴

Il titolo dell'[articolo](#) evidenzia il potenziale infiammatorio delle LNP utilizzate nei vaccini: ^{xxxvi}

The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory

Riporto testualmente dall'articolo in inglese: l'iniezione intradermica e intramuscolare delle nanoparticelle lipidiche (10 microgrammi, *ndr*) ha comportato risposte infiammatorie molto rapide e vigorose, caratterizzate da una **massiccia infiltrazione di neutrofili** e dalla produzione di diverse citochine e chemochine pro-infiammatorie. La stessa dose di LNP, somministrata per via intranasale, ha portato ad analoghe risposte infiammatorie nel polmone e ad un **elevato tasso di mortalità** (circa l'80% dei topi è morto in meno di 24 ore, *ndr*). Si [veda](#) anche *NewsMedical*. Questi i punti chiave secondo gli autori: ^{xxxvii}

- 1) Lipid nanoparticles (LNPs) used for preclinical studies are **highly inflammatory**
- 2) The LNPs activate **multiple inflammatory pathways** and induce IL-1 β and IL-6
- 3) The LNPs' inflammatory properties stem from their **ionizable lipid component**

¹³ I lipidi ionizzabili ALC-0159, ALC-0315 di Pfizer e SM-102 di Moderna.

¹⁴ Si veda anche il [brevetto](#) US10,221,129.

Già nel dicembre 2020, il dottor Micheal Yeadon (ex vice presidente e CSA di Pfizer) aveva co-firmato [un reclamo all'EMA](#) chiedendo **l'immediata sospensione di tutti i vaccini** contro il SARS-CoV-2. I motivi di maggior preoccupazione riguardavano proprio il meccanismo ADE, i surfattanti lipidici, la farmacovigilanza passiva, gli insufficienti studi di biodistribuzione, mutagenicità e tossicità riproduttiva.

[Così](#) la dottoressa [Saneff](#) (biologa, esperta di bioinformatica e tossicologia) del MIT di Boston: ^{xxxviii}

People don't realize that these vaccines are vastly different from the many childhood vaccines we are now used to getting early in life. I find it *shocking* that the vaccine developers and the government officials across the globe are *recklessly pushing* these vaccines on an unsuspecting population [...]

The vaccines were approved for emergency use based on grossly inadequate studies to evaluate safety and effectiveness.

Il dottor [Geert Vanden Bossche](#), virologo, ex [GAVI](#), [Bill & Melinda Gates Foundation](#), [GSK](#), [Novartis](#), [Univac](#), [DZIF](#), è una delle voci più critiche e autorevoli sugli attuali vaccini a mRNA basati sulla proteina *spike* [Pfizer e Moderna]. In una [lettera aperta](#) all'OMS li definisce, senza giri di parole, «**vaccini killer**»: ^{xxxix}

Replace the current killer vaccines by life-saving vaccines

Quanto riportato in questo paragrafo sono solo alcuni effetti collaterali a breve termine. Per una rassegna più esaustiva, [qui](#) si possono trovare circa **1.000 articoli scientifici sugli eventi avversi associati ai vaccini**.

A questo punto vorrei invitare il lettore a (ri)leggere le notizie apparse sulla stampa *mainstream* nostrana circa *l'assoluta sicurezza* dei vaccini. Si vedano, ad esempio, questo articolo [pubblicato](#) su *il Giornale* dal titolo "Il vaccino è sicuro al 95%" (sic!); oppure questo [articolo](#) di "fact checking" apparso su *Open*.¹⁵

Infine, se ad oggi si [conoscono](#) più di 60 "bersagli" molecolari su cui basare possibili cure o vaccini (si veda anche questa [review](#)), perché si è scelto come antigene proprio la proteina *spike*?

- I potenziali rischi degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2 erano **noti da decenni**: in particolare la tossicità della proteina *spike* ed il fenomeno di potenziamento anticorpale (ADE).
- Gli adiuvanti (lipidi ionizzabili) utilizzati nei vaccini a mRNA di Pfizer e Moderna non sono stati (adeguatamente) studiati negli studi preclinici e si sono rivelati (poi) fortemente **infiammatori e letali** negli studi sugli animali.
- La letteratura scientifica dimostra che **gli eventi avversi a breve-medio termine dei vaccini sono numerosi**: problemi di coagulazione, eventi avversi cardiovascolari, infiammazione sistemica, danni multi-organo, danneggiamento cellulare, disordini metabolici, linfadenopatie, riprogrammazione del sistema immunitario, sviluppo di patologie neurodegenerative e autoimmuni.
- **Gli effetti a lungo termine sono necessariamente sconosciuti.**
- È inaccettabile che il Ministero definisca **fake news** decine di (autorevoli) evidenze scientifiche.
- Effetti avversi gravi dei vaccini sono stati osservati **anche nella popolazione "fragile"**.

¹⁵ Le virgolette solo d'obbligo. Sull'autorevolezza e la trasparenza della testata *online* di Enrico Mentana si rimanda ad *Appendice 5*.

La sicurezza dei vaccini secondo i dati della farmacovigilanza

Contestualmente all'autorizzazione di emergenza dei vaccini contro il SARS-CoV-2, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) aveva [raccomandato](#) un *follow-up* a medio termine (2 anni) e «[un'appropriate farmacovigilanza](#)» per stabilire gli eventuali effetti avversi dei nuovi vaccini.

La necessità di un'attenta farmacovigilanza (*monitoraggio addizionale*) è ribadita anche nella scheda tecnica del prodotto Pfizer, [disponibile](#) sul sito di EMA:

▼ **Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale.** Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

Ad oggi,¹⁶ dopo [113 milioni](#) di dosi somministrate in Italia e oltre [755 milioni](#) in Europa, sia la [farmacovigilanza italiana](#) che quella [europea](#) si basano (quasi)¹⁷ unicamente su **segnalazioni spontanee** (più raramente su studi osservazionali), rispettivamente attraverso la [Rete nazionale di farmacovigilanza](#) e [EudraVigilance](#). In entrambi i casi si tratta di farmacovigilanza passiva (FVP).

Il 25 Agosto 2021, in [un'interrogazione](#) presentata al Parlamento Europeo, è stato formalmente chiesto (tra le altre cose) di sospendere l'autorizzazione di emergenza dei vaccini in attesa di attivare protocolli di farmacovigilanza attiva (FVA). Vale la pena riportare integralmente:

L'UE ha autorizzato i vaccini per il COVID-19 per uso di emergenza, in via condizionata, con revisione di 6 settimane dei dati di sicurezza post-vaccinazione.

*Ad oggi, EUDRAVIGILANCE ha ricevuto circa **20mila segnalazioni di decessi probabilmente correlati ai vaccini e circa 700mila di reazioni avverse, il 9% delle quali gravi**, dati sottostimati rispetto all'entità reale degli effetti avversi vista l'assenza di sorveglianza attiva.*

Di recente, l'EMA ha aggiornato la lista di reazioni avverse ai vaccini con nuove patologie.

Inoltre, l'andamento dei contagi fra soggetti vaccinati in Paesi come Israele e Regno Unito dimostra come gli stessi vaccini non siano efficaci contro le varianti oggi prevalenti.

Rimangono ignote le possibili reazioni a lungo termine ai vaccini a mRNA, mai autorizzati prima per gli umani. Ciò premesso, può la Commissione far sapere se intende:

- 1. **revocare o sospendere l'autorizzazione** all'utilizzo di tali vaccini per assenza dei requisiti di sicurezza e di efficacia nel prevenire infezioni e contagi dal virus Sars-Cov2;*
- 2. **autorizzare l'utilizzo dei farmaci dimostratisi efficaci nella cura del COVID-19** ¹⁸ [...] e di protocolli di terapia domiciliare precoce su larga scala;*
- 3. predisporre un sistema di **sorveglianza attiva per i vaccinati**, garantendo loro supporto e facilitazioni per le terapie necessarie contro gli effetti avversi.*

La [risposta](#) della Commissione è molto vaga e non risponde nel merito.

¹⁶ Verificato al 06/01/2022.

¹⁷ In teoria, secondo i rapporti AIFA, esisterebbe un 4% di casi monitorati attraverso FVA. In pratica è difficile trovare conferme sull'uso - anche parziale - di FVA da parte di AIFA. Si vedano a proposito [le dichiarazioni](#) del Prof. Paolo Bellavite e questo [articolo](#).

¹⁸ Al momento basti sapere che esistono trattamenti efficaci contro il COVID-19. Il lettore è invitato a rifarsi alla "Parte 4" del lavoro per una trattazione più approfondita.

Secondo [AIFA](#), la FVA è l'unica metodologia disponibile in grado di stimare gli eventuali effetti avversi di un trattamento medico e «*stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica*». Poi però, per bocca del suo Presidente, [ammette](#) che la farmacovigilanza italiana sui vaccini contro il SARS-CoV-2 è solo **passiva e inadeguata** [al minuto 22:00]. Si vedano anche le [dichiarazioni](#) del Prof. Frajese:

«Nel mio campo vedo riacutizzazioni di infiammazioni alla tiroide, irregolarità nel ciclo mestruale, sindrome di Guillain-Barré, parestesie, trombosi e disturbi coagulativi.

La correlazione col vaccino è nei fatti e nelle tempistiche.

Non si sapeva? Per forza: **con due mesi soltanto di trial era inevitabile**. Ma molti medici preferiscono non indagare per non rischiare di beccarsi l'accusa di no vax».

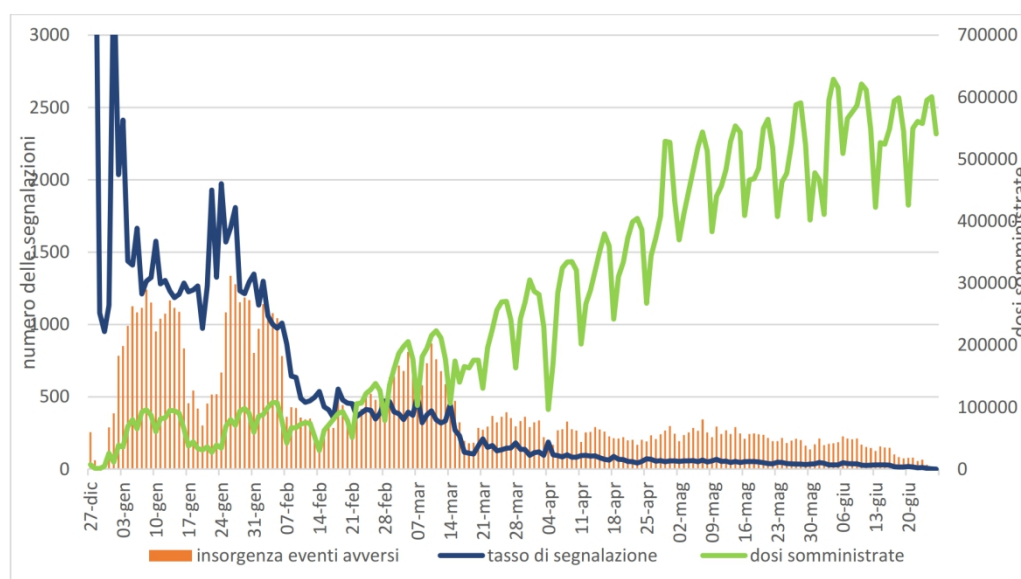
Secondo i [dati ufficiali](#) di farmacovigilanza AIFA (FVP), al 26/6/2021, si contano 76.206 reazioni avverse (154 su 100.000) di cui 8.383 sono gravi (11,9%). Questo valore è **superiore di circa 7 volte** rispetto al valore medio del tasso di segnalazione [per gli altri vaccini](#) attualmente approvati in Italia (22 su 100.000). Inoltre questo numero potrebbe essere (fortemente) sottostimato, trattandosi di FVP.

Dal 2012 la Puglia ha attivato un **programma di FVA** per le vaccinazioni (unica regione italiana). Dal confronto fra i dati pugliesi e quelli nazionali del 2013, emerge una [sottostima](#) delle reazioni avverse gravi di circa 340 volte, mentre la sottostima di quelle non-gravi è **di oltre 1.500 volte** [Tabella 3.4.3.1, pagina 26]. La **FVP è del tutto inadeguata** e inadatta a valutare la [correlazione](#) fra vaccinazione ed effetti collaterali: ^{xi}

*Taken together, the data suggest that **passive pharmacovigilance is utterly inadequate** to document the real incidence of serious AEFIs [Adverse Effects Following Immunization] and that **current methods of assessing causality may be questioned**.*

Uno [studio](#) del 2020 (relativo alle vaccinazioni nel biennio 2017/18) evidenzia come nel caso del vaccino tetravalente, **gli effetti avversi gravi siano stati sottostimati, in media, di 850 volte**.¹⁹ In particolare gli effetti neurologici sono stati **sottostimati di 10.000 volte**, la trombocitopenia di 1.700, le linfadeniti non sono state osservate con FVP, nonostante l'incidenza reale (osservata con FVA) fosse di 700 su 100.000.

A confermare l'inadeguatezza della FVP sono i tassi di segnalazione [pubblicati da AIFA](#) nel *Sesto Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19* [figura 12, pagina 23].



¹⁹ Con FVP si sono osservati 6 casi su 100.000, con FVA ben 5.100 su 100.000.

La curva verde rappresenta il numero di dosi di vaccino somministrate, la linea blu il tasso di segnalazione. All'inizio della campagna vaccinale i sieri erano riservati (quasi) esclusivamente a medici e operatori sanitari. Queste categorie sono perfettamente in grado di valutare gli eventuali effetti avversi e possono segnalarli direttamente. Diciamo che, in questo caso, la farmacovigilanza si avvicina alla FVA.

Al 23/2/2021 [si era vaccinato](#) l'89% degli operatori sanitari ed il **tasso di segnalazione** a gennaio 2021 era stato superiore a 1.000 su 100.000, toccando punte di **oltre il 3%**.

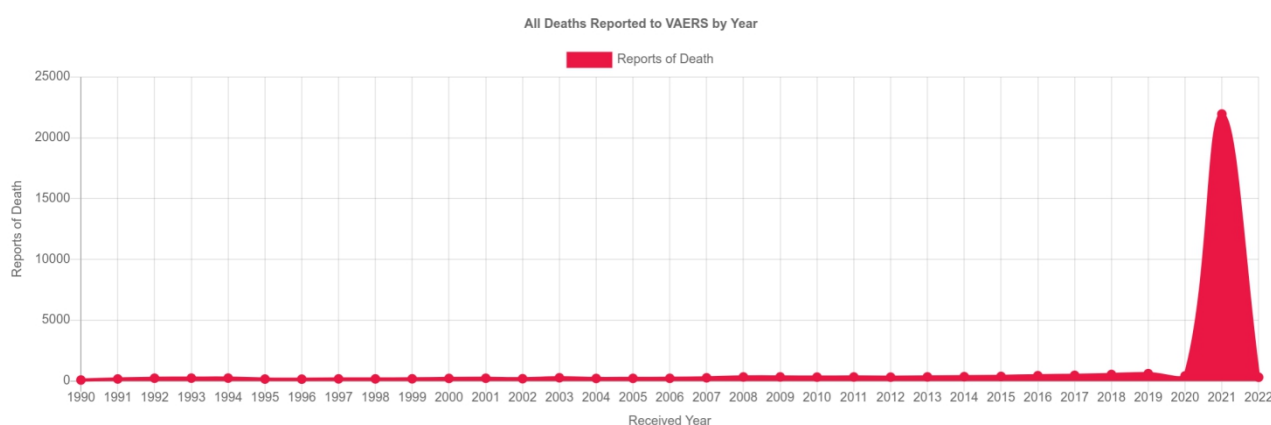
Da notare che il tasso di segnalazione **diminuisce** costantemente all'aumentare del numero di dosi: questo dato dovrebbe essere interpretato come un forte campanello di allarme rispetto all'attendibilità dei dati di farmacovigilanza (assumendo che non vi siano differenze nella sicurezza dei [diversi lotti](#) di vaccino). Durante l'estate 2021, il tasso di segnalazione è **sceso sotto i 20 casi su 100.000**.

Il rapporto 1:50 fra i tassi di segnalazione (0.02% con FVP e 1% con FVA) è una stima conservativa di quanto riportato in letteratura, relativamente alle reazioni avverse rilevabili con i rispettivi protocolli (FVP e FVA).

Vorrei anche sottolineare l'inerzia con cui AIFA rilascia i bollettini periodici di farmacovigilanza sui vaccini: al 28 gennaio 2022, gli [ultimi](#) dati disponibili sono quelli aggiornati al 26 settembre 2021.

Negli USA – un Paese con oltre il 50% di [copertura vaccinale](#) contro l'influenza – i [decessi](#) annui legati alle vaccinazioni (rilevati con FVP [VAERS](#)) sono gradualmente aumentati negli ultimi 40 anni: si è passati da 80 decessi nel 1980, a 366 nel 2020. Se si considera che nella stagione 2019/20 sono state inoculate [175 milioni di dosi](#), il rischio di decesso associato alla vaccinazione antinfluenzale appare del tutto trascurabile.

Tuttavia, solo nei primi [8 mesi](#) del 2021, le reazioni avverse dovute agli attuali vaccini contro il COVID-19 sono state oltre 580.000 e hanno causato 7.200 decessi (solo in USA). Al 7 gennaio 2022, il numero dei decessi registrati su [OpenVAERS](#)²⁰ ha raggiunto quota 21.745. Questo il [grafico](#) della mortalità registrata **per ogni tipo di vaccinazione** in USA, dal 1990 a oggi. L'impatto degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2, nel 2021, credo sia evidente:



Un paio di considerazioni sull'interpretazione dei dati di farmacovigilanza passiva:

- 1) E' vero, questi dati non devono essere considerati come "certi", non riguardano cioè casi di correlazioni *accertate* fra vaccinazione ed evento avverso. Sono semplici (auto)segnalazioni.
- 2) Questo però non implica che si tratti di sovrastime, anzi.

²⁰ Il Vaccine Adverse Event Reporting System ([VAERS](#)) è un programma statunitense per il monitoraggio della sicurezza dei vaccini, co-gestito dal *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e la *Food and Drug Administration* (FDA). [OpenVAERS](#) si basa anche sui dati pubblicati dal Dipartimento della Salute americano, il *Department of Health and Human Services* ([HHS](#)).

L'Agency for Healthcare Research and Quality ([AHRO](#)) è una delle dodici agenzie che dipendono dal Dipartimento della Sanità americana ([HHS](#)) e si occupa di valutare l'impatto e la qualità delle misure medico-sanitarie. Secondo il [rapporto](#) ufficiale dell'Agenzia, la farmacovigilanza VAERS sarebbe del tutto inadeguata al fine di stabilire il profilo di rischio associato con la vaccinazione, in quanto sarebbe in grado di rilevare **meno dell'1% degli eventi avversi**:^{xii}

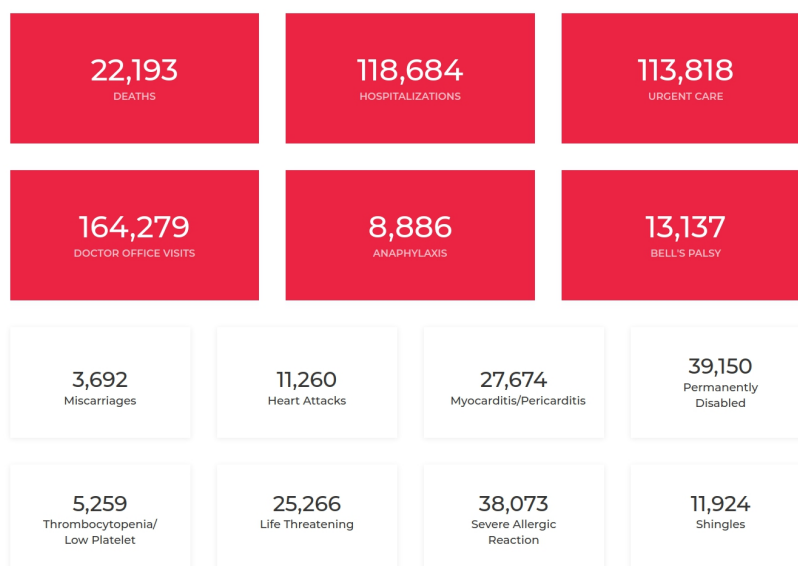
*Adverse events from drugs and vaccines are **common, but underreported**.*

*Although 25% of ambulatory patients experience an adverse drug event, less than 0.3% of all adverse drug events and 1-13% of serious events are reported to the Food and Drug Administration (FDA). Likewise, **fewer than 1% of vaccine adverse events are reported**.*

Low reporting rates preclude or slow the identification of "problem" drugs and vaccines that endanger public health.

New surveillance methods for drug and vaccine adverse effects are needed.

Una grafica riassuntiva della situazione in USA, [aggiornata](#) al 14 gennaio 2022, secondo OpenVAERS:



Al 16 novembre 2021, secondo fonti di [stampa](#), sul portale della farmacovigilanza europea (*Eudravigilance*) sono stati riportati circa 30.000 decessi potenzialmente imputabili alla vaccinazione e 2.8 milioni di reazioni avverse, di cui circa 1.3 milioni classificate come gravi.

Ricordiamoci che questi numeri sono relativi unicamente agli effetti avversi a breve termine, non sappiamo **nulla** su quelli a medio e lungo termine.

- L'attuale procedura di **farmacovigilanza passiva è del tutto inadeguata** a monitorare le reazioni avverse ai vaccini – in generale – e quelli contro il SARS-CoV-2 non fanno ovviamente eccezione.
- Questa criticità è nota da decenni e diventa ancora più evidente nel determinare l'incidenza delle reazioni avverse in presenza di vaccini "problematici".
- Ciononostante sia in USA (VAERS), che in Europa (*Eudravigilance*), ma anche in Italia (AIFA), non si sono attivati protocolli di farmacovigilanza più idonei.
- Se si implementasse la **farmacovigilanza attiva**, il numero di reazioni avverse rilevabili, anche gravi, potrebbe essere **decine, centinaia – o addirittura migliaia – di volte maggiore**.

Il rapporto rischio / beneficio e la vaccinazione nei giovani

Secondo i [dati ufficiali](#) AIFA di farmacovigilanza passiva, quindi fortemente sottostimati, la probabilità di una reazione avversa *grave* ai vaccini è di **18 su 100.000**. Ricordo che nel 2020, la mortalità del COVID-19 nella fascia di età 0-39 anni è stata di 1,19 su 100.000 abitanti – a prescindere dallo stato di salute – e di 0,16 su 100.000 nelle persone sane. La mortalità del COVID-19 nella fascia 0-59 anni è di 10 su 100.000.²¹

Vale la pena ricordare che larga parte della mortalità del 2020, attribuita al COVID-19, è stata causata da un virus – il SARS-CoV-2 “di Wuhan” – che oggi non esiste più. Al suo posto abbiamo le varianti *delta* e *omicron* (decisamente meno letali del virus originario) con una prevalenza di oltre il 99% in larga parte del mondo.

Dopo circa 2 anni di pandemia, in Italia, si sono registrati 440 decessi COVID-19 fra la popolazione con meno di 40 anni [[fonte ISS](#)], su [un totale](#) di circa 23.5 milioni. Ne consegue che il “tasso di mortalità” del COVID-19 sia di **1,87 su 100.000** nella fascia 0-39 anni.²² Secondo i [dati ISS](#) elaborati dal portale *Lab24 de IlSole24Ore*, fra il 3 dicembre 2021 e il 2 gennaio 2022, il tasso di mortalità COVID-19 nei non vaccinati è stato di **0,5 su 100.000** nella fascia 12-39 anni e di **6,5 su 100.000** nella fascia 40-59 anni.²³

Considerando questi numeri credo sia evidente l'assoluta inutilità – ma anche la dannosità – della vaccinazione per le persone con meno di 60 anni.

Ciononostante, molti Paesi hanno avviato programmi di vaccinazione di massa anche per giovani e adolescenti. In Italia, ad esempio, a fine novembre 2021 era già stato vaccinato il 70% dei ragazzi nella fascia di età 12-19 anni. Siamo sicuri che sia una buona idea?

È bene ricordare che il trial clinico di fase 1/2/3 [C4591001](#), volto a determinare l'efficacia e la sicurezza del vaccino nei giovani (dai 12 anni in su), è tutt'ora in corso. Si veda anche il [registro europeo](#). Alcuni risultati del trial sono stati [riportati](#), dai ricercatori Pfizer stessi, sul *New England Journal of Medicine*, il 4 novembre 2021. I valori di riduzione del rischio assoluto, anche in questa fascia, sono molto modesti: **inferiori al 3%**.

I rischi, tuttavia, non sarebbero trascurabili: se si analizza la Tabella S4, [riportata](#) a pagina 11 dell'*Appendice*, si nota che la mortalità ogni causa è (leggermente) maggiore²⁴ nel gruppo vaccino (un'ulteriore conferma che **la vaccinazione non salva vite**) e che l'incidenza delle complicazioni cardio-respiratorie **augmenta del 250%** a seguito dell'inoculazione. Inoltre, considerata la dimensione del trial (circa 20.000 persone nel gruppo vaccino), è possibile che la *reale* incidenza degli eventi cardiovascolari non sia emersa adeguatamente (è ragionevole pensare che sia inferiore – o confrontabile – a 1 su 20.000).

La dottoressa [Tracy Høeg](#) dell'Università della California ha analizzato le reazioni avverse ai vaccini COVID-19, nei primi sei mesi del 2021, fra i ragazzi statunitensi di età compresa fra 12 e 17 anni (su un campione di milioni di adolescenti). Il **tasso di miocardite** rilevato dopo due iniezioni di vaccino *Pfizer/BioNTech* è stato di **16,2 casi su 100.000** nei ragazzi sani di età compresa tra i 12 e i 15 anni [[The Guardian](#)].

Le conclusioni dell'articolo scientifico [pubblicato](#) dalla dottoressa Høeg aiutano a valutare il rapporto beneficio/rischio della vaccinazione: la probabilità di ricovero in seguito a miocardite (causata dalla seconda

²¹ Si veda la “Parte 1” al paragrafo “*La mortalità del COVID-19 per fasce di età*”.

²² Si noti che si tratta di una sovrastima: il dato è calcolato su 23 mesi di pandemia (e non sul periodo di riferimento di 12 mesi).

²³ Si scorra la pagina al paragrafo “*L'efficacia dei vaccini – Casi, ricoveri e decessi per stato vaccinale*” e si veda alla voce “*Incidenza*”.

²⁴ Il numero di decessi è basso (15 su 20.000) ma è comunque confrontabile con il numero di casi sintomatici (8 su circa 18.000) riportato in un altro [studio](#) Pfizer, quello in base a cui si è parlato – impropriamente – di efficacia vaccinale del 95% (intesa come riduzione del rischio relativo). Si veda, a proposito, il primo paragrafo di questo capitolo e “Appendice 1”.

dose di vaccino) è significativamente maggiore del rischio di ospedalizzazione causato dal COVID-19 (anche nei picchi della pandemia).^{xiii}

*For boys with no underlying health conditions, the chance of either CAE [cardiac adverse event], or hospitalization for CAE, after their second dose of mRNA vaccination are **considerably higher** than their 120-day risk of COVID-19 hospitalization, **even at times of peak disease prevalence**.*

Numeri analoghi (15,7 casi su 100.000) sono stati riscontrati da ricercatori israeliani, come [riportato](#) sul *New England Journal of Medicine*, riguardo al rischio di miocardite nei giovani al di sotto dei 20 anni. Il dottor [Jörg Dötsch](#), presidente della Società tedesca di Pediatria e Medicina dell'adolescenza ([DGKJ](#)), intervistato da *Il Fatto Quotidiano*, [si esprime](#) così:

*Nel complesso, il numero di morti in Germania non è motivo di preoccupazione. **In tutta la pandemia, solo 4 bambini e adolescenti sono morti a causa del COVID-19.** I dati comparati mostrano che **9 bambini sono morti a causa della classica influenza nel 2019.** I bambini hanno meno probabilità di essere infettati e meno probabilità di infettare gli altri. Questo è stato dimostrato per le varianti più recenti in diversi paesi.*

Dello stesso avviso [Thomas Mertens](#), presidente del Comitato permanente sulle vaccinazioni dell'Istituto Robert Koch di Berlino, [intervistato](#) da FAZ: "al momento non vaccinerei mio figlio [...] in base ai dati attuali non ci sono le condizioni per vaccinare i giovani".

Il *Telegraph* [ha riportato](#) il contenuto di una [lettera aperta](#) indirizzata all'Agenzia regolatoria nazionale britannica sui medicinali ([MHRA](#)), sottoscritta da oltre 40 ricercatori, docenti universitari e medici britannici. Nella lettera intitolata "Sicurezza e preoccupazioni riguardo le vaccinazioni Covid nei bambini", si chiede che il vaccino [non venga somministrato](#) ai giovani adulti, in quanto il rapporto beneficio / rischio sarebbe nullo. *Il Fatto Quotidiano* ha riportato [parte del contenuto](#) della lettera:

***Nessun bambino sano sotto i 15 anni è morto** durante la pandemia nel Regno Unito e i ricoveri in ospedale o in terapia intensiva sono estremamente rari. La maggior parte dei bambini **non hanno sintomi** o ne hanno di molto lievi.*

Il *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* ([JCVI](#)) è il comitato di consulenti che lavora per il Ministero della Sanità britannico, una sorta di [CTS](#) inglese. La posizione ufficiale del Comitato è riassunta in una [dichiarazione](#) del 15 Luglio 2021. La vaccinazione dovrebbe essere proposta solo ai ragazzi vulnerabili, a rischio di sviluppare forme aggressive di COVID-19:^{xiii}

*Until more data become available, JCVI **does not currently advise routine universal vaccination** of children and young people less than 18 years of age.*

Il professor [Adam Finn](#), membro del JCVI all'Università di Bristol, [ha dichiarato](#) su *The Guardian*:^{xiv}

*I stand by the JCVI advice, which is **not to go ahead** at this time with vaccinating healthy 12 to 15-year-olds on health outcome risk-benefit grounds given the current uncertainty - as there is a small but **plausible risk** that rare harms could outweigh **modest benefits**.*

Secondo quanto [riportato](#) da *NYMag*, un'analisi dettagliata redatta dall'*Hadassah Medical Center* ha evidenziato come in Israele **il tasso di miocarditi fra i giovani sia aumentato di una misura compresa fra le 5 e le 25 volte**, dopo l'inizio della vaccinazione di massa (con Pfizer). Solo il 10% dei giovani che hanno sviluppato una miocardite grave aveva contratto la malattia: questo permette ragionevolmente di escludere (in larga misura) il SARS-CoV-2 come agente eziologico degli eventi cardiovascolari avversi.

Secondo Dror Mevorach, responsabile della divisione COVID-19 del reparto di Medicina Interna all'Ospedale di Hadassah, i casi di **miocarditi** fra i giovani vaccinati sarebbero compresi fra 1 su 6.000 e 1 su 3.000: questo corrisponde ad un tasso di incidenza compreso fra **17 e 33 casi su 100.000**.

Per inquadrare questo dato, basti pensare che in Italia, secondo [i dati](#) dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'inizio della pandemia a oggi (cioè dopo 20 mesi) sono morti 35 giovani di **età inferiore ai 19 anni**, su un totale di [oltre 10 milioni](#). Ne consegue che, per un giovane, **la probabilità di sviluppare una miocardite in seguito alla vaccinazione risulta essere di 50-100 volte superiore rispetto al rischio di morte associato al COVID-19**. L'elevato tasso di miocarditi ha portato il Ministro della Salute israeliano a nominare una Commissione di inchiesta per indagare la possibile correlazione fra vaccino e problemi cardiovascolari. Le conclusioni del rapporto redatto dalla Commissione sembrano confermare il nesso di causalità: ^{xlv}

*These findings raise the likelihood of a **causal link** between the vaccine and myocarditis.*

Secondo [uno studio](#) americano, pubblicato su *Current Problems in Cardiology*, si è osservato un **aumento di 19 volte del tasso di miocardite** rilevato fra i giovani, nella fascia di età 12-15 anni, entro le 8 settimane dal vaccino (il 67% dei casi è associato al vaccino Pfizer). Il rischio dopo la seconda dose è di 5 volte maggiore.

Tutto questo era già noto. La *slide* seguente è parte del [materiale](#)²⁵ che Pfizer²⁶ ha presentato alla FDA²⁷ per ottenere l'estensione dell'autorizzazione condizionale al commercio del vaccino ai soggetti in **età pediatrica**.

Benefit-Risk Supports a Revision to the EUA for BNT162b2 to Include 5 to <12 Years of Age

Model-Predicted Benefit-Risk Outcomes Based on FDA Scenario 4 and CDC Risk Scenarios per One Million Fully Vaccinated Children Ages 5 to <12 Years Over 6 Months
(Assumes a rate of myocarditis in 5 to <12 year-olds equal to that of 12-15 yo which may be an overestimate)

Model Scenario*	Benefits COVID-19 Outcomes Prevented				Risks Excess Myocarditis Cases		
	Cases ¹	Hosp. ¹	ICU ¹	Deaths ¹	VAERS ²	VSD ³	Optum ¹
Males and Females – FDA Scenario 4 VE=90% against cases VE=100% against hosp.	58,851	241	77	1	22	57	106

Secondo i dati forniti da Pfizer stessa, assumendo che il vaccino abbia un'efficacia del 90% nel ridurre il rischio di contrarre la malattia e del 100% del prevenire i ricoveri... ²⁸

...se si vaccinasse²⁹ un milione di bambini³⁰ si eviterebbe un solo decesso causato dal COVID-19, a fronte del rischio³¹ che un numero di bambini compreso fra i 22 e i 106 sviluppino una miocardite.

²⁵ Si veda la *slide* numero 33.

²⁶ Nella persona di [William C. Gruber](#), vicepresidente senior della divisione vaccini di Pfizer.

²⁷ In occasione dell'incontro con il *Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee* di FDA, il 26 ottobre 2021.

²⁸ In realtà sappiamo dalle evidenze epidemiologiche che l'efficacia del vaccino sia di gran lunga inferiore, soprattutto nei confronti delle varianti *delta* e *omicron*.

²⁹ Con doppia dose.

³⁰ Di età compresa fra i 5 e gli 11 anni.

³¹ Il rischio è certo, basato su evidenze epidemiologiche ed è inoltre fortemente sottostimato a causa della farmacovigilanza passiva. Inoltre andrebbe sempre ricordato che le reazioni avverse di natura cardiovascolare non sono le uniche possibili ed i rischi a lungo termine sono necessariamente sconosciuti.

Secondo i [dati ufficiali](#) dell'ISS, da febbraio 2020 a gennaio 2022 (quindi dopo quasi due anni di pandemia), sono morti **36 ragazzi** di età inferiore ai 20 anni in tutta Italia (su oltre [10 milioni](#)).

Si vorrebbe far passare il messaggio che la miocardite sia un'infezione [lieve](#), [temporanea](#) e [senza conseguenze](#). Se qualcuno ne fosse davvero convinto, consiglio vivamente di leggere i seguenti lavori [[ref](#), [ref](#), [ref](#)]. Riporto solo una citazione di un [articolo](#) pubblicato su *Circulation* nel 2006: ^{xlvi}

The Myocarditis Treatment Trial reported mortality rates for biopsy-verified myocarditis of 20% and 56% at 1 year and 4.3 years, respectively. These outcomes are similar to the Mayo Clinic's observational data of 5-year survival rates that approximate 50%.

Secondo gli autori, **la mortalità per miocardite può essere di oltre il 50% a 5 anni dalla diagnosi**.

Non credo sia un caso che diversi Paesi (fra cui Finlandia, Norvegia, Danimarca e Svezia) abbiano [sospeso](#) la vaccinazione della popolazione under 30 proprio a causa del rischio miocardite.

Secondo l'ultimo [bollettino](#) bimestrale della farmacovigilanza giapponese, redatto dal *Japan Institute of Pharmacovigilance* ([NOPJIP](#)), si è registrato **un aumento significativo della mortalità per cause cardiovascolari (+165%) anche fra gli anziani**. Il titolo del bollettino è molto eloquente:

COVID-19 vaccine: Strong association with cardiovascular death, especially hemorrhagic stroke and venous thrombosis.

- Dal trial clinico *Pfizer* relativo alla vaccinazione negli adolescenti (12-17 anni) è emerso – nuovamente – che **il vaccino non salva alcuna vita**.
- Secondo i risultati dello studio, i potenziali benefici della vaccinazione sarebbero assolutamente modesti (la riduzione del rischio assoluto è del 3%) a fronte di un **aumento del 250%** della probabilità di sviluppare **complicazioni cardio-respiratorie**.
- Questo dato potrebbe essere **sottostimato** a causa del campione relativamente ridotto di partecipanti al trial clinico (e assegnati al gruppo vaccino).
- Il rischio di complicazioni cardiovascolari in seguito alla vaccinazione, rilevato attraverso studi sulla popolazione (quindi statisticamente più significativi), è decisamente maggiore: in Israele si è osservato un **aumento compreso fra le 5 e le 25 volte** del tasso di miocardite fra i giovani.
- Il rischio di sviluppare una miocardite, in seguito alla vaccinazione, è **superiore** rispetto alla probabilità di decorso infausto della malattia, nella misura di:
 - 50-100 volte** per i giovani al di sotto dei 20 anni.
 - oltre 10 volte** per gli adulti di età inferiore ai 39 anni.
 - 1.8 volte** per gli adulti di età inferiore ai 59 anni.
- Secondo i dati che *Pfizer* ha inviato alla FDA, vaccinando un milione di bambini (5-11 anni) si **preverrebbe un solo decesso COVID-19 ma si causerebbero fino a 106 miocarditi in eccesso**.
- **La miocardite è una condizione seria, e può essere associata ad una mortalità importante**.
- Anche solo considerando il rischio cardiovascolare (non certo l'unico), il rapporto rischio/beneficio legato alla vaccinazione è **sfavorevole anche per gli adulti** di età inferiore ai 60 anni.
- Secondo i dati di FV giapponese, il beneficio della vaccinazione sarebbe **dubbio anche per la popolazione anziana**, aumentando del 165% il rischio di morte per complicazioni cardiovascolari.

Vaccinazioni e varianti

Già nel 2001, alcuni ricercatori del dipartimento di [Biologia Cellulare](#) della prestigiosa Università di Edimburgo, in [un articolo](#) pubblicato su *Nature*, mettevano in guardia dal considerare la vaccinazione come strumento per affrontare le epidemie. Secondo gli autori, se l'efficacia vaccinale non è estremamente elevata,³² all'aumentare del tasso di vaccinazione si favorisce lo sviluppo di varianti – potenzialmente più pericolose del virus non mutato – e la mortalità fra la popolazione potrebbe addirittura **umentare**:^{xlvii}

Vaccines rarely provide full protection from disease. We studied the potential impact of different types of imperfect vaccines on the evolution of pathogen virulence (induced host mortality) and the consequences for public health. Here we show that vaccines designed to reduce pathogen growth rate and/or toxicity, diminish [natural] selection against virulent pathogens. The subsequent evolution [...] can erode any population-wide benefits such that overall mortality rates are unaffected, or even increase, with the level of vaccination coverage.

Vale la pena ricordare che i virus mutano e i coronavirus non fanno eccezione, anzi: a luglio 2020 si contavano già [oltre 350 mila](#) mutazioni del SARS-CoV-2. Se a questo dato aggiungiamo l'evidenza che la vaccinazione non solo crea, ma **seleziona le varianti più resistenti e più letali** [[PLOS](#)], il quadro epidemiologico potrebbe drasticamente peggiorare in seguito alla vaccinazione di massa:^{xlviii}

Immunity elicited by direct vaccination [...] does not prevent infection, viral replication or transmission, thus extending the infectious periods of strains otherwise too lethal to persist.

A febbraio 2021, arriva una parziale conferma da un [articolo](#) pubblicato su *Nature*, a firma di ricercatori del Dipartimento di Immunologia della *Rockefeller University* di New York. I ricercatori hanno indagato l'efficacia degli anticorpi prodotti dai vaccini a mRNA su diverse varianti. Nelle parole degli autori la conferma che gli attuali vaccini sono inefficaci – o addirittura inutili – contro le varianti esistenti, fra cui la *delta*. Da notare che in assenza di neutralizzazione, il rischio di ADE diventa certezza:^{xlix}

*Neutralization by 14 of the 17 most-potent monoclonal antibodies that we tested was reduced or abolished by the K417N, E484K or N501Y mutation.*³³

Intanto emergono ulteriori conferme: la vaccinazione non solo è inutile, ma [accelera le mutazioni](#) e la capacità del virus di evadere. Aver sviluppato vaccini su un ristretto bersaglio molecolare, in continua mutazione (la regione RBD della proteina *spike*), è **un grosso errore** [[PLOS](#)]:^l

Such a narrow molecular focus raises the specter of viral immune evasion as a potential failure mode for these biomedical interventions.

A maggio 2021, arriva un'ulteriore conferma da una [mini-review](#) dei dati di letteratura disponibili: gli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2 sono inutili contro le varianti.^{li}

Taken together, the results from recent studies suggest that the emergence of resistant SARS-CoV-2 variants may nullify the effects of current COVID-19 vaccines.

³² Vale la pena ricordare che l'efficacia (intesa come riduzione del rischio assoluto) degli attuali vaccini è attorno all'1%.

³³ Le mutazioni [K417N](#) e [N501Y](#) riguardano i geni che codificano la proteina *spike* e sono comuni alle varianti *beta*, *delta* e [omicron](#). Queste mutazioni conferiscono al virus un'elevata capacità di evasione immunologica.

A luglio 2021, uno studio [pubblicato](#) su *The Lancet*, a firma di scienziati del *Joint Universities Pandemic and Epidemiological Research Consortium (JUNIPER)* e appartenenti al panel governativo inglese [Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling](#), mette in relazione la vaccinazione con la creazione di nuove varianti. Il titolo è emblematico:^{lii}

SARS-CoV-2 incidence and vaccine escape

Anche le conclusioni degli autori sono molto chiare: maggiore il numero dei casi, maggiore è il rischio che la vaccinazione crei varianti resistenti. **Ecco perché non si vaccina mai durante una pandemia:** ^{liii}

*In summary, high SARS-CoV-2 incidence rates act to **increase the vaccine escape risk.***

[Michael Mina](#), Professore di Epidemiologia e Immunologia ad *Harvard*, [dichiara:](#) ^{liv}

*High cases upon vaccine introduction rise risk a mutant might arise somewhere with correct mutations **to evade vaccine immunity.***

[Geert Vanden Bossche](#) sottolinea la possibilità che la vaccinazione crei pericolose varianti: ^{lv}

Mass vaccination amidst a pandemic creates an irrepressible monster.

Libero, riportando le parole di [Pietro Luigi Garavelli](#), primario della Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, [titola:](#)

Mai vaccinare durante un'epidemia, il Covid reagirà mutando

Garavelli spiega la sua posizione:

*[...] **è una cosa che si impara al primo anno di specializzazione. Ovvero, non si vaccina mai durante una epidemia. Il virus reagirà mutando**, producendo varianti e sarà sempre più veloce di noi. Con un virus a RNA o si trova un denominatore comune su cui montare il vaccino o, facendo vaccini contro la spike che muta, non hai speranza di arrivare prima di lui. **Lo rincorreremo sempre**, ripeto, tende a mutare velocemente.*

Anche [Andrea Crisanti](#), seppure [favorevole](#) all'obbligo vaccinale, è [molto esplicito:](#)

La probabilità che una variante emerga è direttamente proporzionale al livello di trasmissione.** Se a questo dato sovrapponiamo la vaccinazione, si crea la situazione in cui **si selezionano le varianti resistenti al vaccino.** **Non si vaccina con alti livelli di trasmissione, questo è l'ABC della genetica.

Il premio Nobel [Luc Montagnier](#) si esprime così:

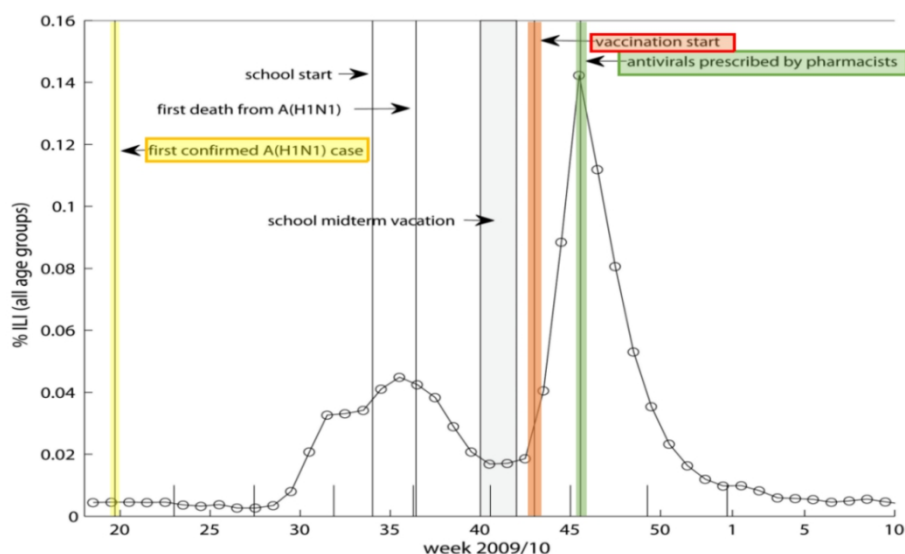
Le varianti sono la conseguenza ed il risultato della vaccinazione.

E in un'altra [intervista:](#) ^{lvi}

*C'est une énorme erreur, c'est une erreur scientifique et une faute médicale inexplicable, l'histoire fera le bilan un jour de tout ça, car c'est effectivement **la vaccination qui a créé le variant.***

Già l'epidemia di A(H1N1) del 2009 aveva chiaramente mostrato come la vaccinazione – durante la fase di alta trasmissione – non limitasse (promuovesse?) la diffusione del virus [[PLOS](#)].

Al contrario, la distribuzione massiccia di antivirali (resi facilmente reperibili presso i medici di base e le farmacie) ha permesso di contenere rapidamente l'epidemia. Un grafico che vale più di mille parole:



Il SARS-CoV-2 riuscirà sempre a evadere la pressione immunologica esercitata dalla vaccinazione [Nature]. Anche [Sir Andrew Pollard](#), direttore di [Oxford Vaccine Group](#), sembra condividere questa posizione, come riportato da [AdnKronos](#):

Non è possibile raggiungere l'immunità di gregge con l'attuale variante delta.

A luglio 2021, proprio mentre in Italia si [decideva](#) di introdurre il *green pass*, la dottoressa [Rochelle Walensky](#), direttrice del [Center for Disease Control](#) americano, [dichiara ufficialmente](#) che i vaccinati, contagiati con la variante *delta*, hanno la stessa carica virale dei non vaccinati e trasmettono il virus: ^{lvii}

*Today, some of those data were published in CDC's [Morbidity and Mortality Weekly Report](#), demonstrating that Delta infection resulted in **similarly high SARS-CoV-2 viral loads in vaccinated and unvaccinated people**. High viral loads suggest an increased risk of transmission and raised concern that [...] vaccinated people infected with Delta can transmit the virus.*

Si veda anche questo [studio](#) della *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*.

Il 12 agosto 2021, un [editoriale](#) su *Nature* riassume le evidenze epidemiologiche in USA, UK e Singapore (tre Paesi con elevata copertura vaccinale): ^{lviii}

*Data from COVID-19 tests in the United States, the United Kingdom and Singapore are showing that vaccinated people who become infected with Delta SARS-CoV-2 can carry **as much virus** in their nose as do unvaccinated people.*

Nello stesso articolo, [Thomas Friedrich](#), virologo alla *Wisconsin-Madison University*, mette in guardia dal considerare le persone vaccinate come non-contagiose: ^{lix}

*The bottom line is, **this can happen** - it can be true that vaccinated people can spread the virus. But **we do not yet know what their relative role in overall community spread is**.*

Noi italiani dovremmo cogliere tutta l'inutilità - e la pericolosità - del *green pass* riassunta in questa frase.

Il 29/07/2021 il dott. Claudio Giorlandino, [si esprimeva così](#) a "L'aria che tira", trasmissione su La7:

Fare una dose di richiamo, contro un virus che oggi è mutato è una cosa priva di senso. È giusto vaccinarsi ma per cose che funzionano [...] continua a circolare un virus che col vaccino battiamo poco **e non lo dico io, ma tutta una letteratura [scientifica] attuale.**

A conferma delle parole del dott. Giorlandino si veda anche questo [articolo](#) su Cell: gli attuali vaccini a mRNA (Pfizer e Moderna) non conferiscono alcuna protezione contro le mutazioni (sia quelle della [regione RBD](#) della proteina spike, sia quelle non-RBD). Un'ottima review su varianti, vaccini e evasione virale [pubblicata](#) su Nature Reviews Microbiology.

Anche secondo uno studio di coorte inglese, osservazionale e prospettico, [riportato](#) su The Lancet, emerge come vaccinazione non influisca sulla trasmissione della variante delta. Le evidenze epidemiologiche di Israele - Paese che è stato [definito](#) «il laboratorio di Pfizer» per l'elevata copertura vaccinale - sembrano confermare. Se si guardano [le curve dei contagi](#) è evidente il fallimento della campagna vaccinale: il numero dei contagi durante la terza e la quarta "ondata" è simile (se non maggiore) a quello riscontrato quando non vi erano vaccini disponibili. Il Direttore Generale del Ministero della Salute israeliano, Nachman Ash, ammette l'anomalia della terza ondata, dalle pagine del [Times of Israel](#):^{lx}

That is a record that did not exist in the previous waves, including the massive third wave at the end of last year.

Un gruppo di medici israeliani - The Israeli Public Emergency Council for the COVID-19 Crisis - riassume [molto chiaramente](#) la propria valutazione della situazione in Israele. Riporto testualmente dall'inglese:

- ▶ Non c'è alcuna prova scientifica a sostegno dell'affermazione che gli individui non vaccinati stiano mettendo a rischio la salute pubblica in misura maggiore delle persone vaccinate.
- ▶ L'efficacia del vaccino nel prevenire la trasmissione e il contagio è insignificante e forse nulla.
- ▶ Le persone non-vaccinate non sono la causa del perdurare della pandemia e non mettono a rischio quelle vaccinate.
- ▶ La speranza di raggiungere l'immunità di gregge attraverso la vaccinazione è irrealistica.

Uno studio israeliano, [pubblicato](#) sul New England Journal of Medicine, mostra come la vaccinazione non prevenga né il contagio, né i sintomi e come i vaccinati abbiano una carica virale elevata (nonostante abbiano sviluppato anticorpi neutralizzanti). **I vaccinati, inoltre, presentano mutazioni precedentemente non conosciute:**^{lxi}

Examination of the SARS-CoV-2 sequences revealed that patients were infected with variant viruses. Rapid identification of sequence variants by targeted PCR amplification showed that neither sequence precisely fit any known clade.

Da uno [studio](#) della [Stanford University School of Medicine](#), pubblicato su Clinical Infectious Diseases, emerge che **l'efficacia del vaccino** (Pfizer, in questo caso) - intesa come riduzione dell'incidenza dei contagi nel gruppo vaccinato - **è di molto inferiore a quella del placebo** (non vaccinati), sia nei confronti del SARS-CoV-2 che delle varianti. Più in dettaglio [cfr. Tabella 1 dell'articolo], il 69% della popolazione vaccinata ha contratto il virus, contro il 30% dei non vaccinati. Inoltre **nel 38% della popolazione vaccinata è stata rilevata la mutazione L452R del virus** ([tipica](#) delle varianti delta e kappa), **mentre è presente solo nel 13% della popolazione non vaccinata.**

[EPICC](#) è un progetto molto esteso, condotto dall'esercito USA, in collaborazione con il Ministero della Salute ([NIH](#)) all'interno dell'[Infectious Disease Clinical Research Program](#). Lo studio ha coinvolto 1.547 pazienti in 10 centri di ricerca ed è stato progettato per "ridurre l'impatto del COVID-19 sul personale

militare e definire strategie di prevenzione”. I risultati, [pubblicati](#) su *Clinical Infectious Diseases*, hanno evidenziato quattro punti di notevole interesse, relativamente alle infezioni post-vaccinali (VBI – *Vaccine Breakthrough Infections*) nel personale completamente vaccinato:

1. *Il VBI è stato osservato in molti pazienti. Le persone vaccinate possono contrarre il virus ed emettono particelle virali che potrebbero infettare altre persone.* ^{lxii}
2. *Ad ammalarsi dopo la vaccinazione sono prevalentemente giovani sani.* ^{lxiii}
3. *Il decorso della malattia, nei vaccinati, è lungo e la sintomatologia è importante.* ^{lxiv}
4. **La vaccinazione crea varianti.** ^{lxv}

Si veda anche [la notizia](#) ripresa dall'ANSA: è interessante notare come la nuova variante sia stata isolata in tre Paesi con **alta copertura vaccinale** (e alta trasmissione del virus):

*Spunta una nuova mutazione denominata AY.4.2
La variante **individuata in Italia, GB e Israele**. Potrebbe essere più contagiosa della Delta.*

Ma secondo i *debunkers* nostrani non esiste alcuna correlazione fra vaccinazione e varianti. Si [veda](#) ad esempio “il solito” *Open*: secondo la testata fondata da Enrico Mentana non ci sarebbe “*niente di più falso*”.

I [dati ufficiali](#) del governo inglese evidenziano come, nella popolazione di età superiore ai 40 anni, il tasso di infezioni causato dalla variante *delta* (per 100.000 abitanti) rilevato nelle persone vaccinate sia **superiore** a quello riscontrato nella popolazione non vaccinata [si vedano Tabella 2 a pagina 13, Figura 2a a pagina 17].

Anche la variante B.1.1.529, denominata **omicron**, recentemente [scoperta](#) in Sud Africa, è stata isolata il 26/11/2021 anche in [Norvegia](#), **in soggetti completamente vaccinati**. Secondo quanto [pubblicato](#) su *EuroSurveillance* da ricercatori afferenti all'Istituto di Sanità norvegese, il primo focolaio sarebbe stato identificato in seguito ad un *party natalizio*: 81 dei 117 partecipanti (tutti precedentemente negativi ad un test diagnostico, di cui 107 completamente vaccinati) sono risultati positivi alla *omicron* dopo l'evento. Questo credo non debba sorprendere il lettore se si considera che la variante *omicron* [ha sviluppato](#) ben 50 mutazioni [non-sinonime](#) (di cui circa 30 nella regione del genoma che codifica la proteina *spike*) rispetto al virus contro cui sono stati sviluppati tutti i vaccini oggi disponibili (il SARS-CoV-2 *wild type*). **Questo conferisce alla omicron una capacità di evasione immunologica ben superiore a quella osservata per la variante delta.**

- La vaccinazione di massa non è - **e non è mai stata** - uno strumento per *contenere* le epidemie.
- La vaccinazione di massa - nella fase di alta trasmissione del virus - **favorisce** lo sviluppo e la selezione di varianti resistenti.
- La pressione immunologica esercitata dalla vaccinazione genera varianti che possono risultare anche **più pericolose** (in termini di maggior morbilità e letalità) rispetto al virus da cui derivano.
- Queste sono **consolidate** evidenze scientifiche, note da (almeno) 20 anni.
- Gli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2 sono **inutili e dannosi**: da un lato non proteggono dall'infezione causata dalle varianti, dall'altro spingono in virus a mutare. Favoriscono inoltre “errate” risposte del sistema immunitario, fra cui il fenomeno ADE, nella popolazione vaccinata.
- Perché si sta costringendo - più o meno forzatamente - l'intera popolazione mondiale all'inoculazione di **questi vaccini**?
- Come mai queste evidenze non hanno **mai** trovato spazio sulla stampa generalista italiana?

Verso una «pandemia dei vaccinati»

Repetita iuvant: il SARS-CoV-2 “di Wuhan”, contro cui sono stati sviluppati gli attuali vaccini, non esiste più. A dicembre 2021, le varianti *delta* e *omicron* rappresentano le **uniche varianti in circolazione**.

Che la vaccinazione non conferisse un’adeguata protezione era [noto](#) da tempo, anche per la **variante *delta***; e le evidenze epidemiologiche del Regno Unito sembrano confermarlo: i dati ufficiali (reperibili sui [bollettini](#) settimanali del *Public Health England*) evidenziano tassi di infezione costantemente **maggiore** nella popolazione vaccinata (il periodo di riferimento va dal 27 settembre al 12 dicembre 2021).³⁴

Incidenza dei casi COVID-19 nel Regno Unito (per 100.000 abitanti) dal 27 settembre al 12 dicembre 2021								
fonte: Public Health England - https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccine-surveillance-report								
età	Settimana 46-49		Settimana 45-48		Settimana 44-47		Settimana 43-46	
	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati
Under 18	503.9	2,960.4	549.7	2,795.7	502.7	2,422.6	501.5	2,229.0
18-29	1,240.2	1,126.0	906.3	952.6	794.3	868.6	757.1	837.6
30-39	1,925.7	1,227.0	1,629.7	1,092.8	1,439.8	1,000.1	1,373.1	967.0
40-49	2,491.0	1,136.6	2,273.6	1,034.0	2,026.6	937.5	2,022.9	933.8
50-59	1,514.0	844.9	1,482.4	780.9	1,404.8	711.2	1,422.5	697.0
60-69	793.0	596.4	870.9	554.1	933.3	518.3	1,015.6	504.1
70-79	280.1	463.1	324.1	441.3	409.0	421.6	538.2	422.7
≥80	235.9	505.0	245.4	461.0	265.5	437.3	320.7	410.0
età	Settimana 42-45		Settimana 41-44		Settimana 40-43		Settimana 39-42	
	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati	vaccinati	non vaccinati
Under 18	531.2	2,301.2	575.5	2,648.3	345.8	2,891.2	586.2	3,149.6
18-29	713.2	805.2	666.5	768.1	614.4	709.5	532.9	674.0
30-39	1,314.9	948.7	1,270.4	924.2	1,221.3	893.0	1,071.8	817.7
40-49	2,043.5	929.5	2,111.1	933.0	2,124.6	932.9	1,936.2	834.9
50-59	1,442.9	689.6	1,440.5	666.0	1,408.8	656.1	1,248.7	586.1
60-69	1,061.1	495.4	1,048.4	477.7	998.8	460.5	836.6	391.2
70-79	660.9	420.9	726.5	395.5	740.6	372.9	635.4	312.2
≥80	383.2	417.9	430.8	395.4	480.3	374.9	432.5	333.8

Le fonti relative ai dati in tabella sono riportate nelle note di chiusura.^{lxvi}

Qualcuno potrebbe obiettare con quello che i *media* amano definire “[effetto paradosso](#)”.³⁵ Vorrei però sottolineare un altro punto: la probabilità che un vaccinato si sottoponga ad un test diagnostico è identica a quella di un non vaccinato? Alla luce della necessità di disporre del “passaporto vaccinale” per molte attività quotidiane - e la rilevante percentuale di asintomatici - credo proprio di no. Penso anzi non sia azzardato ipotizzare **una (notevole) sottostima del tasso di incidenza rilevato nel gruppo vaccino**.

Detto questo, veniamo alla **variante *omicron***. Nel giro di quattro settimane dal suo sequenziamento, a fine dicembre 2021, la nuova variante ha già una prevalenza significativa in larga parte del mondo: questo significa (con ottima probabilità) che nei prossimi mesi diventerà la **variante predominante**, forse addirittura l’unica in circolazione, anche in virtù della sua [straordinaria](#) capacità di “bucare” i vaccini oggi

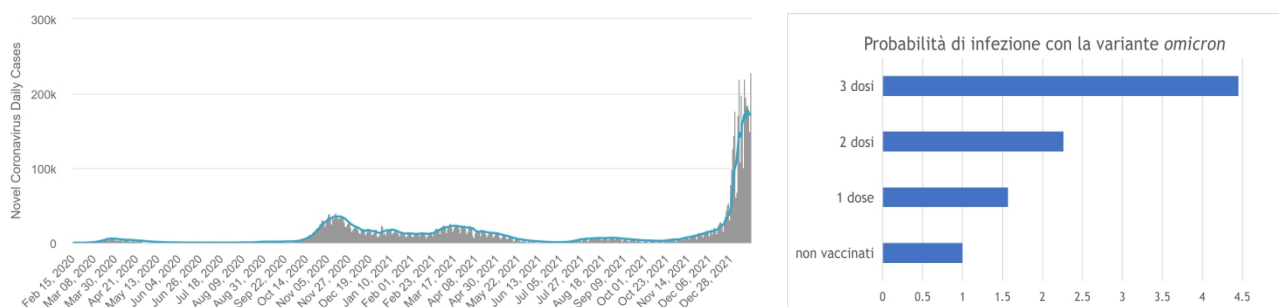
³⁴ Per molte fasce di età, in particolare nella popolazione in età lavorativa.

³⁵ Non mi è chiaro se il denominatore (100.000) si riferisca alla popolazione generale, piuttosto che ai sottogruppi (vaccinati vs non-vaccinati). In attesa di conferme preferisco sospendere il giudizio. Se il lettore avesse informazioni in merito non esiti a contattarmi.

disponibili. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, al 6 dicembre 2021 la prevalenza era [dello 0.2%](#); al 23 dicembre [del 28%](#), al 14 gennaio di [oltre 80%](#). Fortunatamente – ad oggi – l'impatto della *omicron* sulla salute pubblica è del tutto indistinguibile da quello dell'influenza stagionale, sia in termini di sintomatologia, che in termini di [ospedalizzazioni](#) e di [decessi](#). La letalità è addirittura [inferiore](#).

La domanda dovrebbe essere dunque d'obbligo: in queste condizioni, la campagna di vaccinazione di massa potrebbe comportare un qualsivoglia beneficio alla popolazione? Secondo [Ilaria Capua](#), [Roberto Burioni](#), [Walter Ricciardi](#), [il CTS](#), [Roberto Speranza](#), [Mario Draghi](#)... e [Pfizer](#) (*sic!*) non ci sarebbero dubbi.

Tuttavia, per smentire “la scienza” di *Pfizer* (e dei suoi portavoce), basterebbe guardare i dati epidemiologici [italiani](#) [grafico a sinistra: dati ISS, fonte *Worldometers*] alla luce di [quelli](#) forniti dall'Ente statistico nazionale inglese [grafico a destra: fonte [ONS](#), i dati sono riportati nella scheda 1b del [file excel](#)].



Una persona vaccinata con due dosi ha una probabilità circa doppia di contrarre la variante *omicron*, rispetto ad una non vaccinata. Una persona che ha ricevuto tre dosi ha una probabilità superiore di oltre 4 volte. Ulteriori dettagli in questa [pagina](#) web e in questo [blog](#).

Una drastica diminuzione dell'efficacia vaccinale contro la *omicron* è riscontrabile anche nei dati dell'ultimo [bollettino](#) del *Public Health England*, relativo alla settimana 51 del 2021 (dal 20 al 26 dicembre). In accordo con i grafici riportati a pagina 15 (*Pfizer*) e pagina 16 (*Moderna*), **entrambi i vaccini hanno efficacia zero dopo 20 settimane**. Si veda anche questo [articolo](#) su *The Exposé*.

Uno [studio](#) di coorte (pubblicato come *pre-print* su *MedRxiv* il 23 dicembre 2021) ha analizzato i dati ufficiali disponibili sul registro nazionale danese (aggiornati al 12 dicembre 2021) per stimare l'efficacia dei vaccini *Pfizer* e *Moderna* nei confronti delle varianti *delta* e *omicron*, in funzione del tempo trascorso dall'inoculazione.

Quanto emerge è una rapida decrescita dell'efficacia vaccinale nei confronti della variante *omicron*: già dopo uno o due mesi, l'intervallo di confidenza dell'efficacia tende a zero per arrivare poi a **valori negativi**. Dopo tre mesi dall'inoculazione dell'ultima dose di vaccino, **l'efficacia diventa significativamente negativa**.

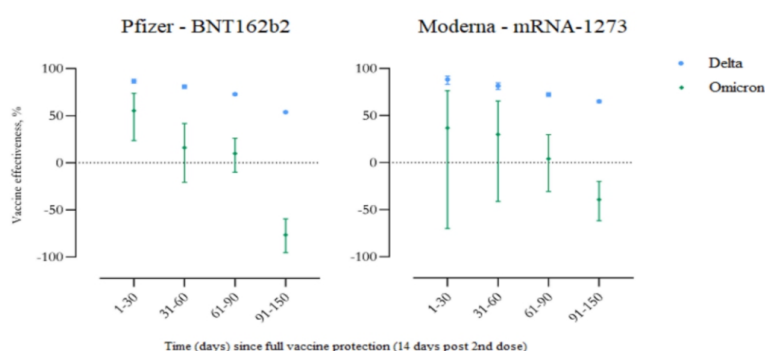


Figure Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Delta and Omicron variants, shown separately for the BNT162b2 and mRNA-1273 vaccines. Vertical bars indicate 95% confidence intervals.

Permettetemi di sottolineare questo punto: il segno *meno* implica che **una persona vaccinata abbia una probabilità maggiore di una non vaccinata di contrarre il virus**. Nel caso del vaccino *Pfizer*, a fronte di un'efficacia di +50% nel primo mese, si osserva una rapida diminuzione: fino al **-76% al terzo mese**.

Si noti anche che l'orizzonte temporale dello studio è necessariamente limitato: la *omicron* è stata identificata a fine novembre 2021 e lo studio ha considerato i dati disponibili al 12 dicembre 2021. Credo che non sarebbe pertanto azzardato ipotizzare che l'efficacia vaccinale possa risultare addirittura inferiore (al -76%) dopo un intervallo di tempo maggiore (ad esempio già dopo 6 mesi).

Non dovrebbe sorprendere quindi che il [rapporto](#) ufficiale, redatto dallo *Statens Serum Institut* danese ([SSI](#)) il 18 dicembre 2021, dimostri che solo l'8.5% dei casi *omicron* identificati nel Paese siano riconducibili a persone non vaccinate [tabella 4, pagina 7], a fronte del **79%** della popolazione doppiamente vaccinata.

Vaccination status (12+ year olds)	Other variants (No. of cases)	Other variants (%)	Omicron (No. of cases)	Omicron (%)
Booster vaccinated	7,768	8.0	1,460	10.3
Fully vaccinated	63,543	65.6	11,252	79.3
Not vaccinated	22,490	23.2	1,205	8.5
Received first dose	3,067	3.2	271	1.9
Total	96,868	100.0	14,188	100.0

Secondo uno studio condotto da ricercatori dello SSI in collaborazione con l'Università di Copenaghen, [pubblicato](#) su *MedRxiv* il 27 dicembre 2021, l'aumento del rischio di infezione – imputabile alla variante *omicron* – fra le persone vaccinate con doppia dose è di 2,61 volte superiore rispetto a quello rilevato nelle persone non vaccinate. **In caso di terza dose, il rischio di infezione aumenta di 3,66 volte.**^{lxvii}

Comparing households infected with the Omicron to Delta VOC, we found an 1.17 (95%-CI: 0.99-1.38) times higher SAR [Secondary Attack Rate] for unvaccinated, 2.61 times (95%-CI: 2.34-2.90) higher for fully vaccinated and 3.66 times (95%-CI: 2.65-5.05) higher for booster-vaccinated individuals, demonstrating strong evidence of immune evasiveness of the Omicron VOC. Our findings confirm that the rapid spread of the Omicron VOC primarily can be ascribed to the immune evasiveness rather than an inherent increase in the basic transmissibility.

L'ultimo periodo della citazione è particolarmente significativo: secondo gli autori l'aumento dei contagi non sarebbe imputabile alla maggior contagiosità della nuova variante, quanto piuttosto al maggior rischio di contrarre la variante da parte delle persone vaccinate (a causa dell'elevata capacità di evasione immunologica). Mi sento di aggiungere: anche a causa dell'errato imprinting immunologico causato dagli attuali vaccini e (probabilmente) dal fenomeno ADE.

In altre parole, **la vaccinazione aumenta il rischio di contrarre la variante *omicron* e il rapido aumento dei contagi sarebbe imputabile proprio alla maggior diffusione del virus fra le persone vaccinate.**

Interessante anche notare come la Danimarca abbia un'elevata copertura vaccinale (oltre [200 dosi](#) per 100 persone), addirittura superiore a quella italiana: al 1 gennaio 2022 l'83% della popolazione risultava [vaccinata](#), il 79% completamente vaccinato ed il 48% aveva già ricevuto la [terza dose](#).³⁶

Secondo le evidenze epidemiologiche disponibili, in presenza della variante *omicron* (e avendo a disposizione gli attuali vaccini progettati per il virus *wild type*) ci stiamo rapidamente muovendo verso una vera e propria «**pandemia dei vaccinati**».

³⁶ Le percentuali si riferiscono al totale della popolazione e non alla frazione vaccinabile: si tratta quindi di sottostime. In Italia risulta [vaccinata](#) l'85% della platea vaccinabile.

Dopo anni di informazione a senso unico per la promozione dei vaccini,³⁷ è oggi diffusa la convinzione che la vaccinazione (non solo quella contro il SARS-CoV-2) possa eradicare la malattia: è bene ricordare che questo è accaduto una sola volta nella storia della medicina, nel caso del vaiolo [[qui](#), al minuto 11:20].

Per comprendere come mai un vaccinato abbia una probabilità **maggiore** di contrarre la malattia, si veda [alla voce «peccato originale antigenico»](#): gli anticorpi indotti dalla vaccinazione in risposta al virus *wild type* (quello “di Wuhan”) costituiscono una “memoria immunologica” (*imprinting* del sistema immunitario) che previene lo sviluppo di nuovi anticorpi capaci di neutralizzare la variante (*omicron* in questo caso).

Questo fenomeno è [noto](#) fin dal 1960 ed è stato osservato per diversi tipi di virus. Lo sviluppo di anticorpi “sbagliati” non solo non neutralizza il virus, ma può portare allo sviluppo di malattie [autoimmuni](#) (in particolare, ma non solo, nei soggetti vaccinati con dosi multiple e in un breve lasso di tempo). I vaccini contro il SARS-CoV-2 non certamente fanno eccezione [[ref](#), [ref](#), [ref](#), [ref](#), [ref](#)].

Secondo quanto riportato da [ANSA](#) il 29/12/2021, **in Inghilterra il 90% dei ricoverati in terapia intensiva ha ricevuto due dosi di vaccino** (i vaccinati con due dosi sono [l'82%](#) della popolazione, quelli con tre il 55%).

Il [rapporto](#) del *Robert Koch Institute* tedesco (30/12/2021) rivela che **il 95,6% dei casi omicron in Germania riguarda soggetti completamente vaccinati (il 28% dei quali con tre dosi)**, mentre i non vaccinati rappresentano solo il 4,4% dei casi.^{lxviii} In Germania, i completamente vaccinati sono il [70.5%](#) della popolazione ed il [38%](#) (sempre dell'intera popolazione) ha ricevuto tre dosi di vaccino.

A questo punto, dovrebbe essere assolutamente evidente che **la vaccinazione non sia la soluzione alla pandemia**, quello che potrebbe sfuggire è che la vaccinazione di massa **sia invece la causa del perdurare della stessa**. A sostenerlo l'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso [le parole](#) del direttore generale, Tedros Adhanom Ghebreyesus, durante una conferenza stampa, il 22 dicembre 2021: ^{lxix}

*Blanket booster programmes are likely to **prolong the pandemic rather than ending it** [...] giving the virus more opportunity to spread and mutate.*

Ciononostante, *media*, politici e Istituzioni italiane continuano a ignorare le evidenze scientifiche, ripetendo il solito ipnotico messaggio a supporto della [campagna vaccinale](#) e dell'[estensione](#) del «*super green pass*» (ad ogni ambito lavorativo), quando non apertamente a favore dell'[obbligo](#) o dell'[arresto](#) per i non vaccinati.

Allo stesso tempo, il governo, sentito il parere degli “esperti” del CTS, ha annullato la [quarantena](#) per chi ha fatto la terza dose (o ha ricevuto la seconda da meno di quattro mesi) e introdotto l'[obbligo vaccinale](#) per gli over 50: alla luce dei recenti dati epidemiologici è davvero difficile vedere in queste decisioni l'intento di limitare la diffusione del virus o di tutelare la salute pubblica.

Come mai Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità non rendono disponibili i dati *grezzi* o non forniscono elaborazioni statistiche analoghe a quelle di altri Paesi europei? **Le decisioni di politica sanitaria del governo – ancora una volta – risultano divergenti rispetto alle evidenze medico/scientifiche.**

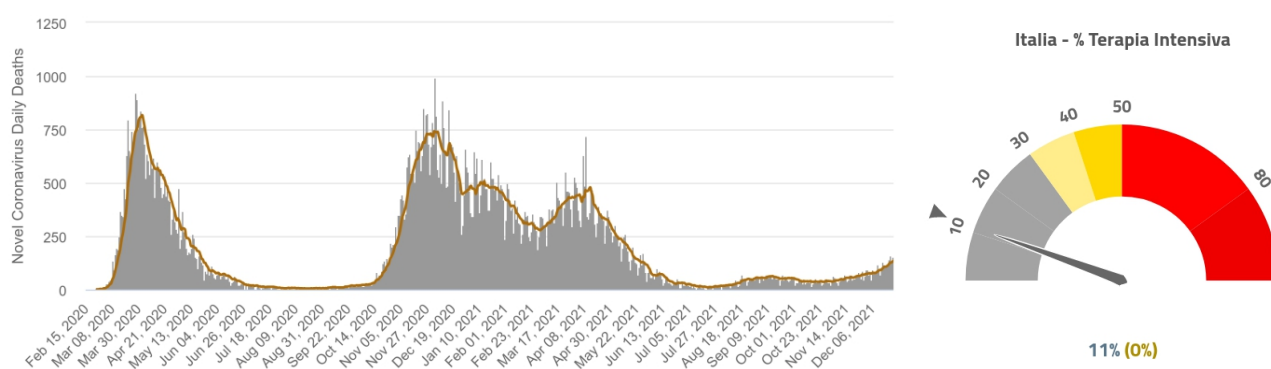
- La vaccinazione **augmenta** la probabilità di contrarre la variante *omicron*.
- Le dosi di richiamo **augmentano** la probabilità di diffusione e di mutazione del virus.
- **La vaccinazione non è la soluzione, è il problema.**

³⁷ Qualcuno ricorderà le *fake news*, in diretta TV, dell'allora Ministro della Salute – Beatrice Lorenzin – che preparavano la strada all'obbligo vaccinale nei bambini. In caso contrario, si veda la “Parte 6” al paragrafo “*I conflitti di interessi degli «esperti» italiani*”.

La strana «ecatombe» dei non vaccinati

Nonostante le numerose evidenze scientifiche ed epidemiologiche, nonostante le indicazioni dell'OMS, la stampa *mainstream* continua a sostenere la **propaganda vaccinale**, restituendoci una rappresentazione della pandemia molto diversa della realtà. Titoli come «Covid, il 90% dei pazienti in terapia intensiva non è vaccinato» si possono trovare [ubiquitariamente](#) su ogni sito web e quotidiano nazionale, a partire da **settembre 2021**, indipendentemente dall'orientamento politico. E anche su [TuttoSport](#).

I più smalzati individueranno in questa campagna di stampa i tratti distintivi delle [psy-ops](#).³⁸ A tutti gli altri vorrei far notare un paio di dettagli, a mio avviso non trascurabili. Innanzitutto vediamo i numeri: due grafiche della situazione italiana, aggiornata al 24/12/2021,³⁹ ci aiutano a capire meglio. La [letalità](#) del virus è bassa (anche a fronte di un numero elevato di [contagi](#)), le [terapie intensive](#) sono pressoché vuote.



È bene ricordare che fino al 15 dicembre 2021 una persona veniva considerata **vaccinata solo dopo 14 giorni** dalla seconda dose di vaccino. Successivamente, a seguito del [DL 172](#) del 26 novembre 2021 (si veda articolo 1, comma a), verranno considerate vaccinate solamente le persone che abbiano ricevuto **tre dosi**.

È noto che nelle prime settimane dopo l'inoculazione, il sistema immunitario dell'individuo è più debole ed il rischio di infezione, così come quello di decorso infausto, aumenta. Inoltre **il 76% degli eventi avversi avviene entro 48 ore dall'inoculazione** [[farmacovigilanza AIFA](#), tabella 2, pagina 11].

Quanti di questi casi contribuiscono a quel 90%?

Un cittadino che si sia vaccinato con doppia dose da oltre 6 mesi (per capirci: con il «*super green pass*» scaduto) viene effettivamente considerato non vaccinato?

Quanti tamponi (in particolare *post mortem* o pan-coronavirus) si sono eseguiti fra i deceduti vaccinati?

E fra i non vaccinati? Le “metodologie” statistiche sono comparabili?

Vorrei ricordare che ISTAT – recependo⁴⁰ [le indicazioni OMS](#) – ha classificato come “decesso COVID-19” qualunque caso «sospetto» o «probabile» (codice ICD U07.2) così come qualunque deceduto positivo (anche tramite test aspecifici, come tamponi pan-coronavirus), a prescindere dalla sintomatologia e dalle condizioni di salute pre-esistenti (codice ICD U07.1).⁴¹ Di contro, dimostrare la correlazione vaccino-decesso è quasi impossibile a causa della farmacovigilanza inadeguata e del forte *bias* a favore della vaccinazione.

³⁸ Si veda anche la “Parte 7” dedicata all'ingegneria (sociale) del consenso.

³⁹ Anche al 21 gennaio 2022, nel picco dell'ondata *omicron*, l'[occupazione](#) dei reparti è al 18%, quella delle terapie intensive al 30%.

⁴⁰ Forse sarebbe più corretto il termine “interpretando”.

⁴¹ Si veda la “Parte 1” al paragrafo “La certificazione dei casi COVID-19 in Italia”.

Inoltre, se si analizzano i dati pubblicati da ISS nei suoi bollettini,^{lx} si può notare una curiosa anomalia statistica: circa il 70% dei deceduti COVID-19 **vaccinati** sono morti senza transitare preventivamente dalle terapie intensive (il numero dei decessi è maggiore del numero di ricoveri in terapia intensiva).

Questi i dati riportati nel [bollettino](#) ISS del 5 gennaio 2022:

- vaccinati con ciclo incompleto: 31 ricoveri TI, 89 decessi;
- vaccinati completi da meno di 120 giorni: 72 ricoveri TI, 107 decessi;
- vaccinati completi da più di 120 giorni: 496 ricoveri TI, 1.298 decessi;
- vaccinati con “ booster ” : 48 ricoveri TI, 84 decessi.

Per confronto, fra i non vaccinati, a fronte di 1.202 ricoveri in terapia intensiva si sono registrati 1.170 decessi (in questo caso la proporzione appare ben più verosimile).

Finché l'Istituto Superiore di Sanità non renderà pubblici i dati grezzi/disaggregati, non sarà possibile ragionare scientificamente sulla situazione in Italia; personalmente sospenderei ogni giudizio e inviterei il lettore a prendere *cum grano salis* i dati “ufficiali”. Si veda ad esempio [qui](#), [qui](#) e [qui](#).

Le evidenze della letteratura scientifica e i [dati ufficiali](#) della Sanità Inglese [tabella 4, pagina 12] suggeriscono invece un andamento opposto. Le persone vaccinate (con singola o doppia dose) sembrano essere esposte ad un rischio di evoluzione in forma grave – o decesso – confrontabile, se non addirittura superiore, di quello delle persone non vaccinate, per quanto riguarda la **variante delta**.

Ed il rischio non è trascurabile: **fino a +600%** (sebbene la letalità sia comunque bassissima).⁴²

Table 4. Attendance to emergency care and deaths by vaccination status among Delta confirmed cases (sequencing and genotyping) in England, 1 February 2021 to 14 June 2021.

	Total	Cases with specimen date in past 28 days*	Unlinked	Unvaccinated	<21 days post dose 1	≥21 days post dose 1	≥14 days post dose 2
Delta cases since 1 Feb 2021 †	60,624	53,177	7,461	35,521	4,094	9,461	4,087
Cases with an A&E visit§ (excluding cases with the same specimen and attendance dates)‡	1,555	NA	14	1,038	116	285	102
Cases with an A&E visit§ (including cases with the same specimen and attendance dates)	2,176	NA	24	1,446	155	378	173
Cases where presentation to A&E resulted in overnight inpatient admission§ (excluding cases with the same specimen and admission dates)‡	488	NA	7	324	30	87	40
Cases where presentation to A&E resulted in overnight inpatient admission§ (including cases with the same specimen and admission dates)	806	NA	10	527	50	135	84
Deaths^	73	NA	2	34	1	10	26

Data sources: Emergency care attendance and admissions from Emergency Care Dataset (ECDS), deaths from PHE daily death data series (deaths within 28 days)

Queste letalità inoltre sono fortemente sovrastimate: si basano infatti sul numero di casi rilevati tramite accesso al Pronto Soccorso (e non su indagini di sieroprevalenza),⁴³ perciò non è azzardato stimare che la letalità *reale* sia almeno 10 volte inferiore.

Una letalità dell'ordine dello 0.01% è inferiore a quella registrata durante le normali stagioni influenzali.

Nei picchi, la letalità dell'influenza è *molto* maggiore.⁴⁴

⁴² La letalità è 0,64% (26 decessi su 4.087) nella popolazione vaccinata e 0,09% (34 decessi su 35.521) in quella non vaccinata.

⁴³ Nota tecnica: per questo [si distingue](#) fra *Case Fatality Rate* (CFR) e *Infection Fatality Rate* (IFR).

⁴⁴ Si veda la “Parte 1” al paragrafo “La mortalità del COVID-19” e anche [qui](#).

Ricordiamoci [le parole](#) dell'attuale Presidente di AIFA, Giorgio Palù:

Il Covid [...] non è destinato a estinguere il genere umano.

Dobbiamo porre un freno a questa isteria.

Inoltre Palù si riferiva al SARS-CoV-2 non-mutato: le varianti *delta* e *omicron*, responsabili del 99% delle infezioni [in Italia](#) (e in buona parte del mondo) sono **di gran lunga meno letali**.⁴⁵

Secondo quanto riportato da [The Exposé](#), nel Regno Unito, in accordo con dati ufficiali dell'Office for National Statistics [[ONS](#) - l'ente statistico nazionale, l'analogo dell'ISTAT] e accessibili tramite "[Freedom of Information Request](#)", nei primi 6 mesi del 2021 si sono registrati **oltre 30.000 decessi avvenuti entro 21 giorni dalla vaccinazione**. Questi decessi sono stati aggiunti al conteggio dei non vaccinati.

Una certa parte della popolazione è stata convinta dalla stampa *mainstream* - contro ogni evidenza epidemiologica e scientifica - che la vaccinazione riduca il rischio di sviluppare forme gravi della malattia e quindi vaccinarsi diventerebbe un dovere morale, per sé e per gli altri.

Il messaggio è stato - ed è tuttora - semplice e ipnotico: se non ti vaccini sei un irresponsabile (l'eufemismo è mio) e contribuirai alla **saturatione delle terapie intensive**.

The screenshot shows the top of a news article on the website 'LA STAMPA'. The navigation bar includes 'MENU', 'CERCA', and 'IL QUOTIDIANO'. Below the navigation bar, the breadcrumb trail reads 'Sei qui: Home > Cronaca'. The main headline is 'Covid, l'allarme degli anestesisti: "Rischio terapie intensive piene entro un mese"'. The sub-headline reads: 'Il presidente della Società italiana di Anestesia: «Il raggiungimento dei 10mila nuovi casi, con un +95% di ricoveri e un +8% di presenze in terapie intensive sono segnali sempre più gravi»'. At the bottom of the article preview, it says '22 Novembre 2021 | Modificato il: 22 Novembre 2021 | 2 minuti di lettura'.

Si vedano, ad esempio, [AdnKronos](#), [ANSA](#), [La Stampa](#), [Quotidiano Nazionale](#), [Huffington Post](#), [Repubblica](#), [Il Corriere](#), [Il Fatto Quotidiano](#), [Leggo](#), [Fanpage](#), [Avvenire](#), [RaiNews](#)... ma anche [il Corriere dello Sport](#).

Per capire la *falsità* del messaggio diffuso da queste blasonate testate giornalistiche, basterebbe guardare i dati ufficiali [reperibili](#) sul portale *Lab24* de *Il Sole 24 Ore*.⁴⁶ a novembre 2021, l'incidenza degli accessi alla terapia intensiva per i **non vaccinati** è stata di 8 e 46 casi per milione di abitanti, rispettivamente per le persone al di sotto dei 39 anni e per quelle di età compresa fra i 40 e i 59 anni.⁴⁷

Considerato che, a quella data, si contavano meno di 10 milioni di persone non vaccinate, questo avrebbe implicato che nella fascia di età fino ai 60 anni ci si sarebbero potuti aspettare, **al più 460 casi** di non vaccinati in terapia intensiva per COVID-19.⁴⁸

Questo numero vi pare un'enormità?

In Italia, nonostante 30 anni di tagli sistematici alla Sanità pubblica, ci sono **oltre 9.000 posti letto disponibili** nelle terapie intensive.

⁴⁵ Si vedano i rispettivi paragrafi nella "Parte 1" del documento. La letalità della variante *omicron* è inferiore allo 0,05%.

⁴⁶ Si scorra la pagina al paragrafo "L'efficacia dei vaccini - Casi, ricoveri e decessi per stato vaccinale" e si veda alla voce "Incidenza".

⁴⁷ Nella fascia over 60, il tasso di occupazione massimo si registra nella fascia di età fra 60 e 79 anni ed è pari a 246 per milione.

⁴⁸ E solo qualora fossero stati ricoverati tutti contemporaneamente.

Regioni	Ricoverati in Area Non Critica	PL in Area Non Critica	Ricoverati in Terapia Intensiva	PL in Terapia Intensiva
Abruzzo	132	1,324	17	181
Basilicata	42	360	0	79
Calabria	255	974	28	187
Campania	457	3,696	32	550
Emilia-Romagna	1,119	9,001	107	889
Friuli Venezia Giulia	275	1,277	25	175
Lazio	921	6,421	126	943
Liguria	435	1,735	37	219
Lombardia	1,400	10,237	168	1,530
Marche	184	970	38	250
Molise	13	176	2	39
P.A. Bolzano	81	500	20	100
P.A. Trento	96	517	22	90
Piemonte	906	5,824	74	628
Puglia	168	2,722	27	482
Sardegna	131	1,602	11	204
Sicilia	591	3,681	73	864
Toscana	415	5,033	69	570
Umbria	68	662	8	86
Valle d'Aosta	25	99	1	33
Veneto	1,098	6,000	153	1,000
Italia	8.812	62.811	1,038	9,099

Ma anche qualora il problema fosse il numero limitato di posti letto nelle terapie intensive, la soluzione sarebbe rendere obbligatori vaccini sperimentali (che non prevencono né il contagio, né la trasmissione del virus) o piuttosto **potenziare il Servizio Sanitario Nazionale?**

Quanti nuovi posti letto ordinari e terapie intensive si sarebbero potuti creare con il denaro “investito” nella vaccinazione di massa? Mentre le più alte cariche istituzionali alimentano il conflitto orizzontale fra la popolazione con [dichiarazioni](#) di dubbio valore scientifico, **il governo taglia 6 miliardi alla Sanità pubblica**. [Qui](#) la Nota di Aggiornamento al DEF. Nessun *media mainstream* ha (ovviamente) riportato la notizia. Al contrario, si vorrebbe addossare ai “no vax” (anche) la colpa delle carenze del SSN:

*«Sono malata di tumore, ma non mi operano per colpa dei no vax»
Laura Di Siena, insegnante 42enne di un Comune del milanese, scrive un appello su Facebook:
«Sono in lista d'attesa, però i letti sono occupati da non vaccinati.»*

Questa notizia,⁴⁹ tra l'altro non verificata,⁵⁰ è stata riportata il 28 novembre 2021 da [Repubblica](#), [Huffington Post](#), [Il Fatto Quotidiano](#), [TgCom24](#), [Il Messaggero](#) e [Leggo](#).

Al 26 novembre, in accordo con i dati ufficiali del Ministero della Salute, [riportati](#) sul *Portale Covid-19* dell'*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)*, erano disponibili il 91% dei posti letto ordinari ed il 92% dei posti letto in terapia intensiva.

Anche secondo i dati disponibili al 24 dicembre 2021 la situazione non è diversa: i ricoverati in terapia intensiva sono 1.038, a fronte di 9.099 posti disponibili (i ricoveri ordinari sono 8.812 a fronte di 62.811 posti letto).

Stesso tono allarmista, stesso tentativo di criminalizzare “i no-vax” anche su [ANSA](#), il 10 gennaio 2022. Questo il virgolettato delle dichiarazioni della Società Italiana di Chirurgia (SIC) riportato da ANSA:

⁴⁹ Privilegiare l'aspetto emotivo, piuttosto che quello razionale, è un tratto distintivo della *propaganda* e della *guerra psicologica*. Su questi aspetti si veda l'ultima parte del lavoro.

⁵⁰ Si veda a proposito [qui](#) e [qui](#).

Le Aziende sanitarie sono costrette a destinare ampi spazi di ricovero ai pazienti Covid e le terapie intensive **sono in gran parte occupate da pazienti principalmente non vax** - spiega la SIC - si assiste all'aggravamento delle patologie tumorali che spesso arrivano tardi in ospedale ormai inoperabili.

C'è addirittura chi arriva a [sostenere](#) che il 30% dei non vaccinati che contrae la malattia sia destinato al ricovero in terapia intensiva: sarebbero quindi i non vaccinati i responsabili delle carenze del SSN. Spero non sia necessario – a questo punto della trattazione – argomentare l'**assoluta falsità** di questa “notizia”.⁵¹

Blitz quotidiano > Cronaca Italia > Quasi il 30% dei non vaccinati con Covid finisce in terapia intensiva. Tra i vaccinati con terza dose solamente lo 0,9%

Quasi il 30% dei non vaccinati con Covid finisce in terapia intensiva. Tra i vaccinati con terza dose solamente lo 0,9%

di Redazione Blitz

Pubblicato il 15 Gennaio 2022 14:22 | Ultimo aggiornamento: 15 Gennaio 2022 14:22

È dall'inizio della pandemia che i principali mezzi di comunicazione di massa – indipendentemente dall'orientamento politico – riportano notizie parziali, manipolate, talvolta [palesamente false](#).

L'obiettivo non credo sia certo quello di fornire un'informazione neutra ed attendibile, quanto piuttosto quello di polarizzare il consenso (ed il dissenso) **attraverso la paura** (e la creazione del nemico).⁵² Questa ipnotica campagna di *disinformazione di massa* ha creato un ingiustificato allarmismo tra la popolazione (e odio sociale).

- I dati delle «*statistiche*» italiane sull'impatto del COVID-19 sui non vaccinati **non sono verificabili**.
- I dati ufficiali (e verificabili) della Sanità inglese indicano invece un andamento opposto: la popolazione vaccinata ha **maggior** probabilità di contrarre il SARS-CoV-2 ed è esposta ad un rischio di morte (dovuto al COVID-19) che appare confrontabile, se non addirittura superiore, rispetto alla popolazione non vaccinata.⁵³
- In accordo con i tassi di ospedalizzazione osservati nel 2021, anche se tutte le persone non vaccinate (al di sotto dei 60 anni) si fossero ammalate di colpo, non avrebbero contribuito **neppure per il 6%** all'occupazione delle terapie intensive.
- Anche qualora fosse esistito il rischio di sovraccaricare le terapie intensive, la soluzione sarebbe dovuta essere un potenziamento dei posti letto, non certo la vaccinazione. Tanto meno con vaccini sperimentali che **non proteggono** dall'infezione e **non riducono** la trasmissione.
- Se la Sanità nel nostro Paese è in sofferenza, **non è certo colpa** di chi non si è vaccinato.
- In ogni caso, vaccino o meno, la probabilità che le varianti (*delta*, *omicron*) causino un decorso severo della malattia (ospedalizzazione, decesso) è inferiore a quella dovuta **all'influenza stagionale**.⁵⁴

⁵¹ Nel caso si riveda la “Parte 1” del lavoro. Basti sapere che neppure la SARS ha [causato](#) questo tasso di ricovero.

⁵² Sull'ingegneria sociale e le tecniche di comunicazione *mainstream* si veda la “Parte 7” del lavoro.

⁵³ Se non altro per quanto concerne la variante *delta*. La *omicron* sembrerebbe avere una letalità addirittura inferiore.

⁵⁴ Si vedano i rispettivi paragrafi nella “Parte 1” del documento.

I vaccini a mRNA e il nostro DNA

[James Watson](#) e [Francis Crick](#) sono considerati i padri della biologia molecolare: oltre ad aver proposto il modello della struttura a [doppia elica](#) del DNA nel 1953 (ed essere stati insigniti del [Premio Nobel nel 1962](#)), nel 1957 hanno definito quello che è conosciuto ancor oggi come «*il dogma*» della biologia molecolare.

Il nome è altisonante ma il concetto è semplice: il DNA delle nostre cellule contiene il materiale genetico per assemblare le proteine e «lo scopo» della vita biologica, a livello molecolare, è proprio creare proteine. Tuttavia il DNA si trova nel nucleo della cellula ed i ribosomi, le fabbriche delle proteine, stanno fuori. Inoltre i ribosomi non sanno leggere il DNA, capiscono solo un altro linguaggio chiamato mRNA (dove la “m” sta per messaggero). Per questo, nel nucleo ci sono degli enzimi che «traducono» (il termine corretto è trascrivono) il DNA in mRNA e quest’ultimo viene quindi «letto» dai ribosomi che assemblano le proteine.

Notare che la catena è a senso unico: DNA → mRNA → proteine.

Chiedo umilmente scusa a tutti “gli addetti ai lavori” per la semplificazione.

L’Istituto Superiore di Sanità, nella sezione dedicata alle *fake news*, [afferma](#):

Il vaccino a RNA è pericoloso perché modifica il codice genetico? FALSO

Il compito dell’mRNA è solo quello di trasportare le istruzioni per la produzione delle proteine da una parte all’altra della cellula, per questo si chiama “messaggero”.

In questo caso l’RNA trasporta le istruzioni per la produzione della proteina utilizzata dal virus per attaccarsi alle cellule, la proteina denominata spike. L’organismo grazie alla vaccinazione produce anticorpi specifici prima di venire in contatto con il virus e si immunizza contro di esso.

[Fonte ECDC]

Quindi i vaccini a mRNA non possono assolutamente modificare il DNA, giusto?

Giusto... se fossimo nel 1957! Permettetemi una piccola digressione.

Che un mRNA potesse essere retrotrascritto in un DNA (e integrato nel genoma) era noto fin dagli anni ‘70 del secolo scorso: i lavori di da [Baltimore](#) e [Temin](#) sulle RdDp⁵⁵ ne sono una prova e la comunità scientifica lo ha riconosciuto, conferendo loro il Premio Nobel [nel 1975](#) (assieme a [Dulbecco](#)).

Nel 1975 si credeva anche che la retrotrascrizione (DNA ← mRNA) fosse una prerogativa di alcuni virus (chiamati *retrovirus*), **dotati delle loro RdDp**. E il SARS-CoV-2 non «possiede» enzimi capaci di retrotrascrivere il DNA dell’ospite. La parte di verità che ISS ha scritto inizia e finisce qui.

Sostenere oggi che un mRNA non possa in alcun modo venir retrotrascritto in un DNA (e integrato nel genoma) è davvero grossolana **disinformazione**. Ai colleghi di ISS consiglio di vedere alla voce [retrotrasposone](#). Se volessero approfondire, [qui trovano](#) un bell’articolo divulgativo.

La dottoressa [Maria Rita Gismondo](#), direttrice del *Laboratorio di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica delle Bioemergenze* dell’ospedale Sacco di Milano, [riassume così](#):

*Non sono contraria al prodotto in sé, ma dico no a una corsa in avanti su un vaccino come questo, basato su un **meccanismo d’azione completamente nuovo**. Vietiamo gli ortaggi OGM e accettiamo di diventare **noi stessi OGM**?*

⁵⁵ RNA-dependent DNA polymerase (RdDp), ovvero DNA polimerasi dipendenti da RNA. Si vedano gli studi di [Baltimore](#) e di [Temin](#).

Questa frase *ad effetto* – ma sostanzialmente corretta – può essere meglio compresa anche alla luce di una recente scoperta di alcuni scienziati di *Harvard* e del *MIT* di Boston, pubblicata su [PNAS](#) a maggio 2021. Il titolo dell'articolo è emblematico: ^{lxxi}

*Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA **can integrate into the genome** of cultured human cells **and can be expressed** in patient-derived tissues*

La ricerca ha evidenziato come al SARS-CoV-2 non serva alcuna RdDp virale per retrotrascrivere – e integrare – il materiale genetico nel DNA umano. Sono i retrotrasposoni endogeni (umani) [LINE-1](#) a farlo.⁵⁶

Questo meccanismo è stato studiato in un ambiente controllato (studi di laboratorio *in vitro* su colture cellulari umane) e verificato anche nei pazienti COVID-19: **parti consistenti di mRNA virale retrotrascritto sono state osservate nel DNA umano**. Questi trascritti sono stati osservati [in molti organi](#): compresi cuore, cervello, stomaco e polmoni. Analizzando i tessuti dei pazienti si sono osservati diversi trascritti chimerici virus-uomo. Così gli autori: ^{lxxii}

*We also found, in some patient-derived tissues, evidence that **a large fraction** of the viral sequences **is transcribed** from integrated DNA copies of viral sequences, **generating viral-host chimeric transcripts**.*

Altri ricercatori hanno indipendentemente [dimostrato](#) la creazione di **trascritti chimerici uomo-virus**, ponendo l'accento sull'aspetto epigenetico: ^{lxxiii}

*Taken together, we demonstrate that coronavirus infection **increases retrotransposon expression in human cells**, possibly through global DNA hypomethylation, and increased retrotransposon RNA may further form **chimeric transcripts** with coronavirus RNA for **integration of viral genomic fragments into human genome**.*

È possibile che anche l'mRNA contenuto nei vaccini possa essere retrotrascritto e integrato nel genoma umano? In teoria sì, per saperlo con certezza servono [altri studi](#).

Ma il punto qui non è ipotizzare se possa, ma accertare – al meglio delle attuali conoscenze – che **non** possa: per questo esiste il [principio di precauzione](#). L'onere della prova non è della comunità scientifica, [ma della casa farmaceutica](#). Inoltre sarebbe stato un dovere delle Agenzie Regolatorie richiedere espressamente a *Pfizer* e *Moderna* di condurre studi volti a dimostrare la ragionevole **impossibilità** della retrotrascrizione. Questo non è stato fatto.

Come si può obbligare – più o meno forzatamente – l'intera popolazione a questi vaccini?

Nel 2021, si contavano nel mondo 28 vaccini [già approvati](#) e centinaia di *trial* clinici in corso, ma in Italia, per i *boosters*, venivano [autorizzati](#) unicamente i due vaccini a mRNA. Perché?

- Non si può **escludere** che l'mRNA contenuto negli attuali vaccini venga retrotrascritto e integrato nel nostro genoma.
- Il *principio di precauzione* dovrebbe prevalere e l'onere della prova circa l'**impossibilità** della retrotrascrizione è – in ogni caso – della casa farmaceutica.
- Ritengo inaccettabile che l'Istituto Superiore di Sanità definisca **fake news** evidenze scientifiche.

⁵⁶ Questi retrotrasposoni sono parte [abbondante](#) del nostro patrimonio genetico.

L'immunità naturale

Secondo uno studio condotto da ricercatori della *Washington University School of Medicine* e [pubblicato](#) su *Nature*, emerge che anche forme leggere di COVID-19 conferiscono **immunità per decenni** (anche nei confronti delle varianti), al contrario dell'immunità indotta dai vaccini. Si veda anche questo [articolo](#) dell'Università di Washington e un [altro](#) *Nature* dal titolo emblematico:^{lxxiv}

*Had COVID? You'll probably **make antibodies for a lifetime.***

Secondo uno [studio](#), pubblicato su *Science* ad agosto 2021, gli anticorpi presenti nel sangue dei pazienti guariti dal SARS-CoV-2 hanno un'altissima affinità per la proteina *spike* (anche a concentrazioni nanomolari) e sono in grado di neutralizzare ben 13 varianti, incluse quelle più pericolose. In particolare, secondo quanto [riportato](#), tre dei quattro anticorpi si sono rivelati **neutralizzanti** nei confronti di tutte le varianti diffuse al momento della pubblicazione:^{lxxv}

*[...] three out of four experimental antibodies showed high efficacy in **neutralizing** 13 circulating variants of concern/interest of SARS-CoV-2, including B.1.1.7 [alpha], B.1.351 [beta], B.1.427/B.1.429 [epsilon], B.1.526 [iota], P.1 [gamma], P.2 [zeta], B.1.617.1 [kappa] and B.1.617.2 [delta].*

Secondo uno studio, condotto da ricercatori italiani dell'ASST Ovest Milanese e [pubblicato](#) sul prestigioso *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **la probabilità di contrarre nuovamente la malattia** (anche in forma asintomatica) in seguito alla guarigione è **di 1 su 100.000**.

Si veda anche [Quotidiano Sanità](#).

*[...] **solo un caso di reinfezione ogni 100.000 residenti con la possibilità di reinfettarsi allo 0.07%, meglio del vaccino.***

*Questi i risultati pubblicati su JAMA il 28 maggio 2021 frutto del lavoro del nostro gruppo che dimostra che dopo un anno **su oltre 122.007 tamponi e 15.960 positivi** in una coorte ben studiata, al punto che è stato pubblicato su una delle più prestigiose riviste Internazionali, **solo cinque pazienti si sono reinfettati.***

*E in ogni caso **nessuno di loro ha sviluppato una malattia clinicamente importante.***

Di contro, anche gli anticorpi più potenti, prodotti dai vaccini a mRNA, [si sono rivelati](#) inefficaci (o addirittura completamente inutili) contro molte varianti, *delta* e *omicron* comprese.

Ricordo che il virus SARS-CoV-2 *wild type* non esiste più e le varianti *delta* e *omicron* hanno una prevalenza vicina al 100% in [Italia](#) (e in buona parte del mondo). **Un vaccino che non è in grado di neutralizzare le varianti è un vaccino completamente inutile e dannoso** (a causa del «[peccato originale antigenico](#)» e del fenomeno ADE).

I risultati di un vasto studio osservazionale su oltre 350.000 cittadini del Qatar, [pubblicati](#) sul *New England Journal of Medicine*, ha permesso di quantificare il grado di protezione conferito dall'immunità naturale acquisita durante la "prima ondata" (contro il SARS-CoV-2 *wild type*) nei confronti delle infezioni causate dalle varianti *alpha* e *beta* nelle successive ondate.

Dei 1.300 casi di reinfezioni osservati nel gruppo non vaccinato, si sono registrati solo quattro casi di malattia severa, zero pazienti critici e zero decessi.

Table 1. Severity of SARS-CoV-2 Reinfections as Compared with Primary Infections in the Population of Qatar.

Disease Outcome*	Reinfection†	Primary Infection†	Odds Ratio (95% CI)
	<i>no. of persons with outcome/no. of persons with infection that was not severe, critical, or fatal</i>		
Severe disease	4/1300	158/6095	0.12 (0.03–0.31)
Critical disease	0/1300	28/6095	0.00 (0.00–0.64)
Fatal disease	0/1300	7/6095	0.00 (0.00–2.57)

Quanto emerge da uno [studio](#) osservazionale sulla popolazione israeliana, condotto fra agosto e settembre 2021 da scienziati afferenti al *Weizmann Institute* e all'*Israel Institute of Technology (Technion)*, è che i vaccinati (che non hanno ancora contratto la malattia) presentano un rischio relativo di infettarsi (con la variante *delta*) superiore del 190% rispetto ai guariti.

Charlotte Thålin, medico e ricercatrice di immunologia presso il prestigioso *Karolinska Institutet*, descrive i risultati di un vasto e dettagliato [studio osservazionale](#) che ha coinvolto circa 700.000 pazienti vaccinati in Israele. **I vaccinati presentano un rischio maggiore di oltre 7 volte (rispetto ai guariti non vaccinati) di contrarre la malattia sintomatica. Il rischio di ospedalizzazione è inoltre 8 volte superiore.** Maggiori [dettagli](#) anche sul sito della *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. Dalle [pagine](#) di *Science*:^{lxxvi}

[SARS-CoV-2] is a textbook example of how natural immunity is really better than vaccination.

Per approfondire: [Nature](#), [Cell](#), [Cell](#), [Cell](#), [Science](#). Sull'immunità naturale nei bambini si rimanda a questo [articolo](#) su *Nature Immunology*.

A fronte di [almeno 146 articoli già pubblicati](#) (su autorevoli riviste medico-scientifiche internazionali) a riprova dell'assoluta superiorità dell'immunità naturale rispetto a quella indotta dal vaccino (in termini di protezione, sicurezza e durata), i *debunkers* nostrani si superano. Vorrei riportare quanto [pubblicato](#) sul sito web del solito, inarrivabile, *Open*:

Per chi ha fretta:

- Al netto di qualche studio preliminare in attesa di revisione, la letteratura scientifica mostra che l'immunità naturale non è superiore a quella indotta dai vaccini.
- Chi si è già ammalato corre ugualmente il rischio di infettarsi nuovamente e contrarre forme gravi.

Questo è il tipo di "informazione" che ci hanno *somministrato* (cfr. [Monti](#)) durante la pandemia: non dovrebbe quindi stupire, in questo senso, che *Open* sia stato [scelto](#) come *fact checker* anche da *Facebook*. Ancora una volta, l'informazione *mainstream* produce – amplifica e rafforza la – disinformazione di massa.

Permettetemi una piccola riflessione: nonostante la cortina fumogena di larga parte dell'informazione generalista, credo sia del tutto evidente, anche alla luce della [situazione](#) epidemiologica di gennaio 2022, il completo fallimento della campagna vaccinale e delle misure restrittive. Siamo di fronte alla Caporetto del "[modello italiano](#)" ma sarebbe davvero ingenuo attribuire la sconfitta unicamente al Generale di turno (Cadorna o Figliuolo che sia): credo che le responsabilità vadano *sempre* cercate a partire dai "piani alti".⁵⁷

Torniamo a noi. Considerato che la letalità della variante *omicron* è meno di un terzo di quella osservata durante le normali influenze stagionali,⁵⁸ non sarebbe il caso di puntare sull'immunità naturale, piuttosto che sulla vaccinazione, tutelando al contempo le persone fragili?

⁵⁷ Ad esempio all'interno dello "Stato Maggiore": Draghi, Speranza e CTS in testa... senza dimenticare gli "esperti" ed i virologi da salotto TV. Ma soprattutto gli *sponsor* della narrazione ufficiale sulla pandemia. Ulteriori dettagli nelle prossime parti del lavoro.

⁵⁸ Si veda il rispettivo paragrafo nella "Parte 1".

In altre parole, sarebbe poi così sbagliato trattare una malattia con sintomatologia e letalità simili – o addirittura inferiori – a quelle dell’influenza stagionale, proprio come si affronterebbe un’influenza stagionale? Questa, in estrema sintesi, la [posizione](#) di [David Heymann](#), Professore di Epidemiologia alla blasonata *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, già esperto di malattie infettive presso l’OMS e il CDC americano... credo tuttavia che basterebbe il buon senso – e un’informazione corretta (sic!) – per arrivare alla stessa conclusione. Inoltre ridurre le misure restrittive permetterebbe di passare più velocemente dalla pandemia all’[endemia](#): credo siano significative, in questo senso, le decisioni di [Sud Africa](#), [Spagna](#), [Austria](#), [Danimarca](#), [Irlanda](#) e [Regno Unito](#).

Di sicuro procedere con dosi di richiamo ogni quattro/sei mesi è insostenibile, sia dal punto di vista logistico, sia da quello della salute pubblica: l’inoculazione ripetuta sembrerebbe infatti **compromettere il sistema immunitario**. A sostenerlo (anche) Marco Cavaleri, responsabile della divisione vaccini dell’Agenzia europea dei medicinali. Così [durante](#) la conferenza stampa di EMA del 11 gennaio 2022 [al minuto 22:30]:

*[...] se scegliamo una strategia per la quale diamo dosi di richiamo ogni quattro mesi, finiremo per avere **problemi con la risposta immunitaria** e quest’ultima potrebbe non essere così buona come vorremmo. Per questo dovremmo essere molto attenti a **non sovraccaricare il sistema immunitario** con inoculazioni ripetute.*

Anche Guido Rasi, ex direttore esecutivo di EMA, avverte dalle [pagine](#) di AdnKronos:

*Non è scontato che una stimolazione continua e ripetuta dopo un po’ non crei **problemi al sistema immunitario**.*

Il Prof. [Sergio Abrigani](#), membro del CTS e direttore scientifico dell’Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, è molto più [esplicito](#). Ecco le sue dichiarazioni al *Corriere della Sera*:

*Sulla base delle conoscenze immunologiche scaturite dallo studio in 50 anni dei moderni vaccini, non ha molto senso ripetere una quarta dose a 2-3 mesi dalla terza con un preparato non aggiornato. Anzi, **le immunizzazioni ripetute in tempi ravvicinati a volte producono lo spegnimento della risposta immunitaria**.*

Il «sovraccarico», quando non addirittura lo «spegnimento», della risposta immunitaria potrebbe spiegare la **maggior probabilità** di contrarre l’infezione [osservata](#) nella popolazione vaccinata, già dopo pochi mesi dall’inoculazione? [Geert Vanden Bossche](#) aveva [denunciato](#) il pericolo già a marzo 2021 (si veda anche [qui](#)).

Infine un commento riguardo all’opportunità di somministrare contemporaneamente il vaccino anti-influenzale, con quello “anti-covid” (come si sta [facendo](#) in Italia). Secondo [questo documento](#), redatto da [autorevoli scienziati](#), è stata osservata *cross-immunità* fra influenza e SARS-CoV-2: questo significa che gran parte della popolazione possiede anticorpi contro il coronavirus che rendono la vaccinazione non solo non necessaria, ma anche **rischiosa** (si veda alla voce *Antibody Dependent Enhancement*).

- L’immunità naturale **dura decenni** (probabilmente a vita) e protegge dalle varianti.
- L’immunità vaccinale – specifica per il SARS-CoV-2 *wild type* (quello “di Wuhan”) – non conferisce protezione contro le varianti (*delta* e *omicron* in particolare) e dura, al più, **pochi mesi**.
- La probabilità che un guarito contragga nuovamente la malattia e mostri una sintomatologia importante è assolutamente trascurabile (dell’ordine di **uno su centomila**).

Il «green pass», Babbo Natale e lo Stato di Diritto

Il *green pass* è stato introdotto con il Regolamento UE 2021/953 del Parlamento del Consiglio Europeo in data 14 giugno 2021, come strumento per facilitare gli spostamenti all'interno dell'UE. Il testo [inglese](#), al punto 36, è molto esplicito: il *green pass* **non può discriminare** in maniera diretta o indiretta le persone non vaccinate.

*It is necessary to prevent direct or indirect discrimination against persons who are not vaccinated, for example because of medical reasons, because they are not part of the target group for which the COVID -19 vaccine is currently administered or allowed, such as children, or because they have not yet had the opportunity **or chose not to be vaccinated**.*

Analogamente la versione [tedesca](#), [francese](#), [spagnola](#). Ecco la versione [italiana](#):

È necessario evitare la discriminazione diretta o indiretta di persone che non sono vaccinate, per esempio per motivi medici, perché non rientrano nel gruppo di destinatari per cui il vaccino anti COVID-19 è attualmente somministrato o consentito, come i bambini, o perché non hanno ancora avuto l'opportunità di essere vaccinate.

Da notare come la dicitura «o hanno deciso di non essere vaccinate» non appaia.⁵⁹

Basterebbe constatare come il *green pass* violi palesemente il Regolamento UE 2021/953 per invalidare ogni sua legittimità. Vedere anche l'[articolo 3](#) della Costituzione italiana, secondo comma:

*E' compito della Repubblica **rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale**, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.*

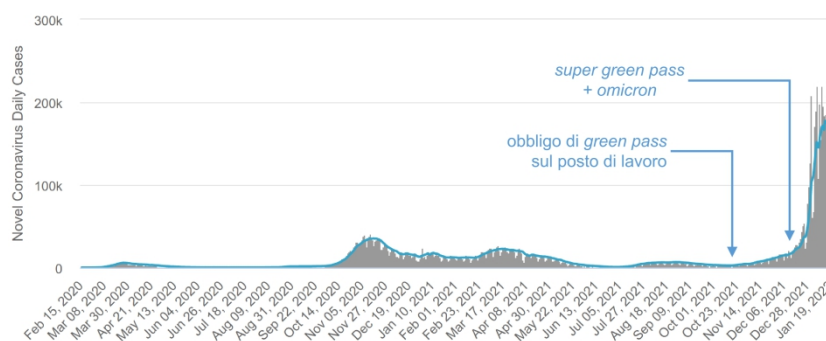
Tuttavia la *certificazione verde* non solo è stata introdotta, ma l'obbligatorietà è stata estesa anche all'ambito lavorativo attraverso il [DL 127/21](#) "Misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro" al fine di «*tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza*».

Non ho studiato Legge e potrei sbagliarmi... ma credo che il *green pass* sia una mostruosità sotto molti aspetti, compreso quello giuridico: per quanto il *presunto* fine possa essere considerato nobile (la tutela della salute pubblica), un decreto legge non potrebbe imporsi come fonte di diritto preminente rispetto alla Costituzione.

Inoltre, non solo il *green pass* viola alcuni principi fondamentali della Costituzione della Repubblica (art. [1](#), [3](#), [4](#)) ma è in contrasto con l'art. 1 della Convenzione ONU sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione, con l'art. 21 della [Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE](#), titolato "Non discriminazione", con l'art. 2 della [Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo](#), con l'art. 14 della [Convenzione Europea sui Diritti Umani](#), e infine con l'art. 2 del [Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea](#). Qui un interessante [articolo](#).

Dal punto di vista sanitario, se si analizza l'andamento dei contagi **dopo il 15 ottobre 2021**, data di introduzione dell'obbligatorietà della *certificazione verde* nei luoghi di lavoro (e contestuale revoca dello *smart working* ai dipendenti pubblici) è evidente che non si tratti di uno strumento efficace nel ridurre i contagi o la trasmissione del virus, anzi. Il grafico seguente è basato sui dati dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 23/01/2022, [disponibili](#) su *Worldometers*.

⁵⁹ Il testo è stato successivamente corretto prima della pubblicazione in G.U (5 luglio 2021) e della ratifica al Parlamento europeo.



Credo di averlo già ampiamente evidenziato, ma vorrei ripeterlo: **una persona vaccinata si contagia e trasmette il virus allo stesso modo (o forse addirittura in misura maggiore) di una non vaccinata**. Queste sono le evidenze scientifiche ad oggi disponibili. Vorrei anche sottolineare come questo aspetto fosse già noto **prima** dell'emergere della variante *omicron*: consiglio di guardare i video dei due interventi [[uno](#), [due](#)], delle rispettive audizioni presso il Senato della Repubblica, di Marco Cosentino, medico e professore ordinario di Farmacologia. In particolare, nel primo intervento (6 ottobre 2021, qui la documentazione: [uno](#), [due](#)) si fa riferimento a quanto emerso in uno [studio](#) osservazionale retrospettivo sulla popolazione inglese (circa 100.000 persone), condotto da ricercatori dell'*Università di Oxford*: dopo 12 settimane dalla vaccinazione (circa 3 mesi), le persone completamente vaccinate si contagiano e trasmettono il virus (la variante *delta* in questo caso) quanto quelle non vaccinate.^{lxxvii}

Transmission reductions declined over time since second vaccination, for Delta reaching similar levels to unvaccinated individuals by 12 weeks.

Secondo quanto [riportato](#) il 27 settembre 2021 dalla CNBC, ad *Harvard*, nonostante il 96% del personale (*staff* e studenti) fosse completamente vaccinato, si sono registrati diversi focolai di COVID-19 (causati dalla variante *delta*) che hanno spinto l'Università a reintrodurre la didattica a distanza. Per accedere in presenza sono richiesti tre test sierologici a settimana, *indipendentemente* dallo stato vaccinale.

A dicembre 2021 la *Cornell University* [ha chiuso](#) il campus di Ithaca in seguito ad un maxi-focolaio che ha coinvolto oltre 900 studenti, tutti completamente vaccinati (la copertura vaccinale alla *Cornell* è del 97%).

Il 6 dicembre 2021, l'agenzia *Reuters* ha diffuso la [notizia](#) di un intero reparto ospedaliero, completamente vaccinato con terza dose (68 fra medici e infermieri negativi ad un precedente test antigenico rapido), risultato positivo al COVID-19 (presumibilmente causato dalla variante *omicron*) dopo una cena di lavoro. Queste evidenze non hanno **mai trovato alcuno spazio** sui *mass media mainstream* italiani.

Molte persone credono invece che il vaccino protegga dall'infezione e impedisca la trasmissione: questa **falsa sicurezza** potrà dare ampia diffusione al virus, aumentare i contagi e la probabilità di ritrovarci con nuove varianti, potenzialmente anche più pericolose della *delta* (o della *omicron*). Ricordiamoci delle parole del Presidente del Consiglio, Mario Draghi, espresse il 22 luglio 2021 in occasione della [conferenza stampa](#) sull'introduzione della *certificazione verde*:⁶⁰

[il green pass] è una misura con cui gli italiani possono continuare a esercitare le proprie attività, a divertirsi, ad andare al ristorante, a partecipare a spettacoli all'aperto, al chiuso. Con la garanzia però di ritrovarsi tra persone che non sono contagiose.

⁶⁰ In relazione alle parole del premier, vale la pena riportare anche la precedente domanda di Alfredo Cardone (TG2): «Signor Presidente, dalle sue parole cogliamo anche un certo ottimismo [...] sarà un'estate più serena per gli italiani?». L'essenza del "giornalismo" (il virgolettato è d'obbligo) *mainstream* nostrano in una domanda. Su questo si veda anche l'ultima parte del lavoro.

La fallacia di questa «*garanzia*» potrebbe spiegare come mai, nell'estate del 2021 – nel bel mezzo della campagna vaccinale – si sia assistito ad un numero di casi COVID-19 (e di decessi) **superiore** a quello osservato durante l'estate precedente (quando i vaccini non erano disponibili e circolava un virus più letale)?

O perché, nell'ultima settimana del 2021, nonostante [108 milioni](#) di dosi somministrate – ed una copertura vaccinale prossima all'80% – **ci siamo trovati di fronte alla peggior ondata dall'inizio della pandemia?**

Intanto la stampa *mainstream*, lungi dall'evidenziare queste contraddizioni, continua a sostenere la campagna vaccinale dando voce ai soliti “esperti” i quali, a loro volta, provano *in ogni modo* a convincere la popolazione a vaccinarsi. Notevole l'esempio del “coro dei virologi” che intona (si fa per dire) [l'inno pro-vax natalizio](#) sulle note di *jingle bells* o le puntuali dichiarazioni di Ilaria Capua. Non entro nel merito dell'esibizione canora, mi limito a riportare le [parole](#) della Capua su *FanPage*:

Ilaria Capua: “Se non avessimo il vaccino, e le persone si comportassero da negazionisti, avremmo i morti per strada, come in Ecuador [...]”

Per chi volesse verificare le dichiarazioni della [veterinaria](#) più famosa d'Italia, i dati ufficiali relativi a [Ecuador](#) e [Italia](#) sono disponibili su *Worldometers*. Il Paese sudamericano, nonostante le [difficoltà](#) economiche e sociali, ha avuto meno di un terzo dei contagi ed un tasso di mortalità [inferiore](#).

Credo che quelli riportati siano maldestri tentativi di distogliere l'opinione pubblica dal fallimento della campagna vaccinale ed impedire un serio dibattito (anche scientifico) sulle politiche sanitarie del governo.

Bisognerebbe infatti chiedersi perché ad oggi non sia stata condotta **un'indagine sierologica su larga scala** per determinare la risposta anticorpale indotta dalla vaccinazione (in funzione [del tempo](#) trascorso dall'inoculazione). Forse si temeva – come già ampiamente dimostrato nella letteratura scientifica – che gli **anticorpi** indotti dalla vaccinazione non fossero neutralizzanti per le varianti? Che «l'efficacia» del vaccino potesse risultare di molto inferiore alle aspettative (o addirittura *negativa*)? Che il vaccino [non stimolasse](#) un'adeguata produzione di immunoglobuline secretorie di classe IgA⁶¹ e quindi il vaccinato trasmettesse l'infezione? Perché l'Italia è uno degli ultimi Paesi in Europa per numero di genomi virali [sequenziati](#)? Si temeva forse che ciò potesse portare alla [scoperta](#) di **nuove varianti**, proprio nella popolazione vaccinata?

Se davvero si volesse essere ragionevolmente sicuri di contenere i contagi e controllare la diffusione del virus, si dovrebbero rendere disponibili – gratuitamente – i test antigenici rapidi per tutta la popolazione.⁶²

Invece, contrariamente ad ogni evidenza scientifica, si è introdotto il «*super green pass*», imponendo ulteriori restrizioni **per le persone ragionevolmente meno contagiose** (ossia quelle che hanno ottenuto la *certificazione verde* in seguito all'esito negativo di un test antigenico o molecolare),⁶³ lasciando liberi i vaccinati di contagiarsi e contagiare. **Il «*super green pass*» è un lasciapassare... per il virus!**

Credo che oggi sia ovvio ai più: **la *certificazione verde* non ha alcuna legittimazione sanitaria**, è uno [strumento politico](#) al servizio di chi vorrebbe introdurre (*de iure*) l'obbligo vaccinale⁶⁴ ma, al momento, non vuole imporlo (*de facto*) a tutta la popolazione.

⁶¹ Si tratta di anticorpi duraturi, presenti nelle mucose, che prevengono l'ingresso del virus all'interno delle cellule. Oggi, che un vaccinato trasmetta il virus è un'evidenza conclamata, già sei mesi fa... si veda [il Corriere](#) o le celebri [dichiarazioni](#) di Mario Draghi.

⁶² Si dice che i test antigenici causino un certo numero di falsi negativi. Quello che non si dice è che questi falsi negativi vengono definiti tali in relazione al “*gold standard*”, ovvero i test PCR. Come esposto nella “Parte 2”, è il protocollo PCR “*Corman-Drosten*” a generare un elevato numero di falsi positivi. I test antigenici – ad oggi – sono i test “*di massa*” più affidabili di cui disponiamo.

⁶³ Guariti a parte.

⁶⁴ Non credo tuttavia che il fine del *passaporto* sia la vaccinazione, si veda di seguito.

Da un lato abbiamo uno Stato che, nell'imporre indirettamente la vaccinazione, si auto-assolve da ogni responsabilità (etica, giuridica ed economica) per i danni prodotti da questi vaccini ancora in fase di sperimentazione. Notare come nel decreto legge [44/2021](#) - [denominato](#) "Scudo Penale per le vaccinazioni" - all'articolo 3 si faccia esplicito riferimento agli art. 589 e 590 del Codice Penale, rispettivamente **omicidio e lesioni personali** colpose. Dall'altro, quello stesso Stato, vorrebbe che ogni cittadino si vaccinasse - **sotto la propria responsabilità** - sottoscrivendo il "consenso informato".⁶⁵

Nonostante l'Italia abbia sottoscritto la *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina*,⁶⁶ la [Convenzione di Oviedo](#) (si veda in particolare l'art. 5), credo che "**consenso libero e informato**" sia oggi un'espressione astratta ed abusata. Nella realtà dei fatti non riflette (quasi) mai una scelta libera e consapevole, basata su una **razionale** disamina delle informazioni scientifiche disponibili, ma solo la **pervasività** della campagna mediatica (ed il [ricatto](#) della *certificazione verde*). Lo definirei piuttosto un "**consenso conformato**".

Se il lettore comunque credesse che il *green pass* possa avere (una qualche) giustificazione di natura sanitaria, per favore mi spieghi perché una persona con queste caratteristiche non può ottenere il suo *lasciapassare verde*:

- 1) Risulta positiva ad un test sierologico, con un'alta concentrazione di IgG.
- 2) Successivamente risulta negativa ad un tampone molecolare, quindi non è infettiva.

È evidente che questa persona abbia avuto la malattia e sia guarita. Ha sviluppato un'immunità che nessun vaccino - oggi disponibile - potrà mai conferire, eppure non può avere il *green pass*.

O ancora, come mai i vaccinati con [il vaccino italiano ReiThera](#), con un'efficacia dichiarata⁶⁷ del 99% e (apparentemente) senza effetti collaterali di rilievo, [non hanno diritto](#) al *green pass*?

Il nodo non è - ovviamente - la tutela della salute pubblica, bensì il lasciapassare e la vaccinazione.

A sostenerlo anche il Ministro della Salute israeliano, [Nitzan Horowitz](#), rivolgendosi al Ministro dell'Interno [Ayelet Shaked](#), durante una seduta del Knesset (il Parlamento israeliano), come riportato dal [Jewish News Syndicate](#) e ripreso da [Il Sussidiario](#):

*Non c'è alcuna ragione medica o epidemiologica per il passaporto verde.
Serve solo a fare pressione sulle persone affinché vengano vaccinate.*

Spostiamoci negli USA: la dottoressa [Leana Wen](#) è una personalità pubblica, consulente medico-scientifico e una delle 100 persone più influenti in USA secondo il [Time Magazine](#). Le sua posizione, [espressa](#) in prima serata sulla CNN il 10 marzo 2021, si potrebbe riassumere così: «*Rivuoil le tue libertà? Vaccinati!*». ^{lxviii}

*I think that there are many more people, millions of people who, for whatever reason, have concerns about the vaccine, who just don't know what's in it for them. And we need to make it clear to them that the vaccine is the ticket back to pre-pandemic life. And the window to do that is really narrowing. [...] They are reopening at a 100 percent. And we have a very narrow window to tie reopening policy to vaccination status. Because otherwise, if everything is reopened, then **what's the carrot going to be?**
How are we going to incentivize people to actually get the vaccine?*

⁶⁵ Questa contraddizione non è passata inosservata neppure fra le «*virostar*». Si vedano queste [dichiarazioni](#) di Andrea Crisanti.

⁶⁶ [Recepita](#) dall'ordinamento interno italiano con Legge n. 145 del 2001, pone, tra l'altro, principi non derogabili.

⁶⁷ Ovviamente si tratta di «dati di targa», da *bugiardino*. L'efficacia è - come al solito - intesa come riduzione del rischio relativo. Ciò non toglie che potrebbe comunque rivelarsi più efficace e sicuro di *Pfizer* e *Moderna*. Ci vorrebbe ben poco...

So that's why I think the CDC and the Biden Administration needs to come out a lot bolder and say: «If you're vaccinated, you can do all these things. Here are all these freedoms that you have», because otherwise, people are going to go out and enjoy these freedoms anyway.

Che dire, un'ottima lezione di pedagogia... È evidente che la vaccinazione sia (sempre stata) una questione ideologica e politica, più che sanitaria, sia in Italia che in Occidente (e forse nel mondo).

Un [articolo](#) di Gandolfo Dominici⁶⁸ aiuta a capire l'anomalia italiana del *lasciapassare*.

*L'Italia è oggi, insieme agli Emirati Arabi (monarchie assolute), il Paese al mondo dove il cosiddetto «green pass» è esteso praticamente ad ogni attività ed è il primo stato in Europa per limitazioni dei diritti mediante «certificato verde». [...] L'Italia fa anche parte dei 47 paesi membri del Consiglio d'Europa che, con la Risoluzione 2361/21, **vieta espressamente** - anche con il voto italiano - **qualsunque obbligo o pressione per la vaccinazione anche a livello di propaganda mediatica.***

Il paragrafo 7.3.1 della [Risoluzione 2361/21](#) dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio di Europa, a cui si riferisce Dominici, mi sembra sufficientemente chiaro: ^{lxix}

*Ensure that citizens are informed that the **vaccination is not mandatory** and that no one is under political, social or other pressure to be vaccinated **if they do not wish to do so.***

Mi sembra altrettanto chiaro che governo, CTS, *media* e Istituzioni stiano contravvenendo alla Risoluzione EU. Quello che potrebbe sfuggire è che la Democrazia, lo Stato di Diritto, la Costituzione, i diritti inviolabili della persona ed i trattati internazionali abbiano perso ogni valore di fronte al virus... e a **Babbo Natale!**

Così [titola](#) *La Stampa* il 25 novembre 2021:

Draghi: «Salviamo il Natale dei vaccinati»

Queste le parole del Premier, riportate nell'articolo del quotidiano torinese:

*Non vogliamo correre rischi, ma **conservare la normalità conquistata**, continuare ad essere aperti, **andare in giro a divertirci, acquistare, mandare i ragazzi a scuola contenti.***

Su quale sia questa nuova "normalità conquistata" - e a chi giovi averci permesso di *conquistarla* - ci sarebbe da discutere a lungo, così come sull'efficacia del *lasciapassare* nel contenere l'epidemia. Ma la cosa che mi turba maggiormente è che, secondo «[l'Uomo della Provvidenza](#)», i diritti *allo shopping e al divertimento natalizio* dei vaccinati siano da ritenersi "di rango superiore", ovvero si debbano anteporre, rispetto ai diritti costituzionali, fondamentali e inviolabili di *tutta* la Comunità.

Intanto gli "scienziati" del CTS,⁶⁹ perfettamente allineati alla narrazione governativa, [incalzano](#):

*Dobbiamo preoccuparci, nel senso che l'Rt che è a 1.21 ed è l'elemento che ci inquieta. [...] Se si dovesse arrivare alla **zona arancione** - ha aggiunto Pregliasco - purtroppo bisognerà fare **restrizioni più ampie per i non vaccinati.** Per i vaccinati vanno bene quelle da zona gialla.*

⁶⁸ Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese (Università di Palermo) ed esperto di Cibernetica Sociale, *Editor in Chief* della rivista scientifica *Kybernetes* ([Emerald Publishing Group](#)).

⁶⁹ Sull'autorevolezza e le competenze specifiche dei membri del CTS si veda questa [lettera](#) pubblicata su *Nature*.

Pregliasco si esprime come se il colore delle regioni fosse un principio universale, una Legge di Natura. Accettando questo assunto, dal cambio di colore si dedurrebbero *necessariamente* le conclusioni del CTS (o meglio, del governo). Ovviamente siamo di fronte all'ennesima manipolazione, al solito "lo-dice-la-scienza" che di scientifico non ha proprio nulla: il cambio di colore delle Regioni viene deciso in base a soglie *arbitrariamente* fissate dal CTS stesso.

Non mi risulta che siano stati condotti trial clinici multi-centrici, randomizzati, in doppio cieco o vi siano evidenze di revisioni sistematiche nella *Cochrane Library*⁷⁰ per decidere a quale valore di Rt si debba colorare diversamente una Regione. Siamo seri, queste sono decisioni **politiche**, la scienza (fortunatamente) è un'altra cosa! Inoltre, le parole di Pregliasco si basano sul presupposto che la vaccinazione riduca il contagio e la trasmissione del virus. Spero di aver sufficientemente motivato l'**assoluta falsità** di questa tesi. In caso contrario, leggere con attenzione quanto [riportato](#) a gennaio 2022 su *The Lancet*.

Peter Doshi è Professore di Farmacologia all'Università del Maryland e *senior editor* di una delle riviste medico-scientifiche più blasonate al mondo, il *British Medical Journal*. Riporto la traduzione delle sue [dichiarazioni](#) rilasciate durante una tavola rotonda presso il Senato USA [dal minuto 2:50]:

*Io faccio parte di quegli accademici che sostengono che questi prodotti a mRNA siano **qualitativamente diversi dai vaccini tradizionali**.*

*E così ho trovato affascinante apprendere che il dizionario Mirriam-Webster abbia **cambiato la definizione di vaccino** all'inizio di quest'anno.*

[Infatti] gli attuali vaccini a mRNA non avrebbero soddisfatto la definizione di vaccino così come la si conosceva [prima della pandemia e dello sviluppo degli attuali vaccini].

*Lo sottolineo per fare una domanda: **Come si sarebbe potuto rendere obbligatori i vaccini contro il COVID-19, se non li avessimo chiamati vaccini?***

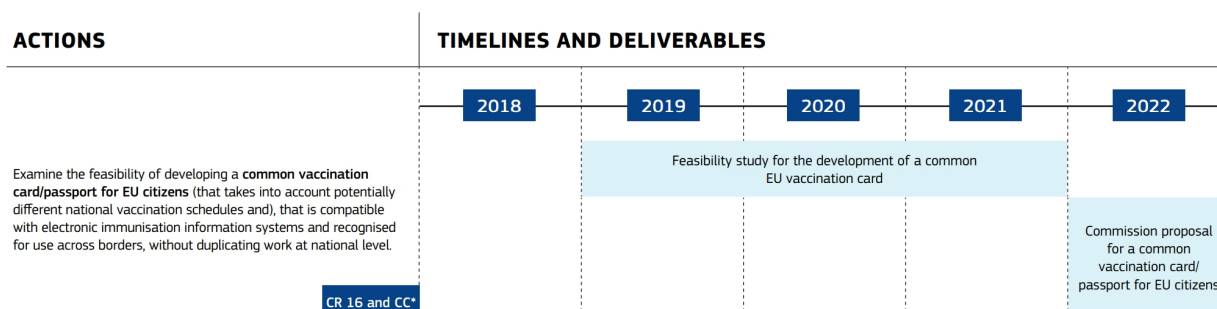
Se questi sieri fossero stati chiamati "farmaci", invece?

*Questa è la situazione attuale: abbiamo questi "farmaci" [iniettabili] e **abbiamo le prove che non aiutino a prevenire l'infezione, né la trasmissione del virus**, ma si ritiene che possano in qualche misura ridurre i sintomi del COVID-19.*

Prenderesti una dose di questo "farmaco" [iniettabile], ogni 6 mesi, per il resto della tua vita?

O diresti piuttosto [...] aspetta un attimo, preferirei una normale medicina, come quelle che prendo di solito quando ho l'influenza.

È infine interessante notare come l'adozione di un dispositivo di identificazione sanitario, di un «passaporto vaccinale» (EU Vaccination Card) fosse [già prevista](#) dalla Commissione Europea nel 2018 e [facesse parte](#) della *Roadmap 2019-2022*.



⁷⁰ La [Cochrane](#) è considerata (ancora) da molti (troppi) medici e ricercatori una fonte autorevole ed indipendente. Forse lo è stata, non credo che oggi lo sia. Si veda, ad esempio, la vicenda di [Peter Gøtzsche](#) (espulso dalla *Cochrane* per aver [denunciato](#) le "ingerenze" delle lobby del farmaco) e la nascita del *Institute for Scientific Freedom*. Per approfondire: [qui](#) e [qui](#).

Per capire questo momento storico credo si debba necessariamente allargare l'inquadratura: **subordinare le libertà e i diritti in nome dell'emergenza** è il sogno di ogni sistema di potere.

Temo che il *green pass* diventerà un *metodo* e le "leggi di emergenza" – [come sempre](#) – persisteranno alla fine dell'emergenza. Molte persone credono che il *green pass* sia un pretesto – più o meno legittimo – per convincere le persone a vaccinarsi. Io sono del parere opposto: la vaccinazione è il pretesto per indurre le persone ad accettare il *lasciapassare*. **In gioco c'è molto di più di un vaccino, un tampone o un QR code.** Per approfondire si veda anche l'ultima parte del lavoro.

Così Carlo Freccero su *La Stampa*, [ripreso](#) da *L'AntiDiplomatico*, il 20 settembre 2021:

*L'OMS ha pubblicato in questi giorni il prototipo di tessera vaccinale da adottare da parte degli Stati. Il green pass è destinato a diventare l'embrione della futura tessera di **identificazione digitale** a cui mira il «Grande Reset» in via di attuazione.*

Per chi non sapesse di cosa si tratta, rimando a due libri dell'economista Klaus Schwab «[Covid 19 The Great Reset](#)» e «[Quarta rivoluzione industriale](#)».

Tutto ciò è confermato dal progetto di [Recovery Fund](#), che si pone come obiettivo lo stesso obiettivo del «Grande Reset».

- Il *certificato verde* si basa su un presupposto **falso** (il vaccinato non si ammala e non contagia) che mette a rischio la salute pubblica.
- Una persona "immunizzata" con gli attuali vaccini – dopo al massimo 3 mesi – **contagia e trasmette il virus** come una non vaccinata. A distanza di tempo maggiore, contagia e (probabilmente) trasmette il virus **in misura maggiore** di una non vaccinata.
- In Italia non è stato condotto nessuno **studio sierologico su larga scala** volto ad indagare "quanto" i vaccini proteggano dall'infezione, o limitino la trasmissione del virus, dopo un certo intervallo di tempo dall'inoculazione.
- A partire dalla seconda metà dell'ottobre 2021, periodo a partire dal quale è entrata in vigore l'obbligatorietà del *green pass* sui luoghi di lavoro (e contestualmente si è revocato lo *smart working* ai dipendenti pubblici), si è assistito ad un **aumento esponenziale** dei contagi (ben prima dell'emergere della variante *omicron*).
- Il «*super green pass*» permette alle persone vaccinate – senza alcuna immunità sterilizzante – di **contagiare e contagiarsi**; mentre limita le attività delle persone ragionevolmente non contagiose (sottoposte ad un *test* nelle ultime 48 ore).
- L'introduzione della *certificazione verde* è una mostruosità giuridica, in **palese contraddizione** con la Costituzione italiana, le normative europee ed i trattati internazionali.
- Oggi il *lasciapassare* è un odioso strumento discriminatorio (e ricattatorio) al servizio di chi vorrebbe imporre l'**obbligo vaccinale** ma, al momento, non può – o non vuole – farlo.
- Sul medio termine, il pericolo potrebbe essere ben più grave: il *green pass* potrebbe diventare la «**nuova normalità**», un *metodo* per subordinare alcuni diritti – oggi considerati fondamentali e inviolabili – ad uno *status*, non necessariamente quello vaccinale.

#GrazieAiVaccini

È da un anno a questa parte che i *media mainstream* attribuiscono ai vaccini contro il COVID-19 proprietà taumaturgiche e salvifiche, ignorando e contraddicendo le evidenze scientifiche ed epidemiologiche. C'è addirittura chi è arrivato a sostenere che il calo degli *incidenti sul lavoro* nel 2021 fosse imputabile proprio alla vaccinazione. No, non è uno scherzo... è la posizione della CISL di Sondrio [riportata](#) da *Il Giorno*:

Sondrio, la Cisl: "Meno infortuni sul lavoro? È anche grazie ai vaccini"

Publicato il 4 novembre 2021

Una lettura al drastico calo del numero di denunce per incidenti sul lavoro fornito da Inps nel raffronto con il 2020

C'è stato anche chi ha affermato – in piena estate – che il calo dei contagi fosse attribuibile alla campagna vaccinale (e non piuttosto alla stagionalità delle infezioni). Ad esempio, queste le parole di Roberto Speranza, il 5 luglio 2021, [riprese](#) da SkyTG24:

Rallenta lievemente la discesa dei contagi da coronavirus in Italia. Il ministro Roberto Speranza invita a mantenere la prudenza ma rassicura: «La situazione è cambiata positivamente grazie ai vaccini».

Anche ad inizio 2022, in presenza (quasi esclusiva) della variante *omicron* (contro cui gli attuali vaccini hanno un'efficacia trascurabile, addirittura *negativa* a distanza di mesi), si vorrebbe far passare il messaggio che i sintomi lievi della malattia⁷¹ siano [imputabili](#) proprio "all'efficacia" [sic!] dei sieri "anti-covid".

Tuttavia è bene ricordare che la percentuale di infezioni asintomatiche è sempre stata elevatissima, oggi, come nei momenti più tragici della pandemia. Ad esempio, a novembre 2020, quando i vaccini non esistevano e circolava un virus (relativamente) ben più pericoloso dell'attuale variante *omicron*, gli asintomatici [erano](#) comunque il 90% dei positivi:

Asintomatici Covid, Gallera: "Così il 90% dei positivi". Ma sono contagiosi?

Publicato il 13 novembre 2020

L'assessore al Welfare di Regione Lombardia: "Non hanno bisogno di un ricovero"

Vorrei quindi provare a fare il punto.

Se il numero dei contagi/decessi COVID-19 è (stato) sistematicamente sovradimensionato; se siamo di fonte ad una variante con una letalità inferiore a quella di un'influenza stagionale (anche tra i non vaccinati) [cfr. Parte 1]; se circa il 90% delle infezioni è asintomatica e i test PCR (per come sono stati concepiti) possono causare fino al 90% di falsi positivi [cfr. Parte 2]; se la *reale* efficacia dei vaccini contro il virus che circolava nel 2020 era attorno all'1%;⁷² se oggi, in presenza della variante *omicron*, l'efficacia è addirittura inferiore e potrebbe diventare *negativa* dopo poche settimane (il vaccinato si ammala più facilmente!)...

...siamo proprio sicuri che sia merito dei vaccini?

Non sarebbe forse il caso di ribattezzare la variante *omicron* "SARS-CoV-3" e l'attuale malattia "COVID-22": questo ci eviterebbe non pochi equivoci. Innanzitutto circa la gravità della patologia nel 2022, quindi sulla presunta efficacia di vaccini sviluppati contro un virus che non esiste più.

⁷¹ Vorrei ricordare che la letalità della variante *omicron* è circa un terzo di quella dell'influenza stagionale. Si veda la "Parte 1".

⁷² Intesa come riduzione del rischio assoluto e dedotta direttamente dai dati forniti dalle case farmaceutiche durante i trial clinici.

Una domanda scomoda

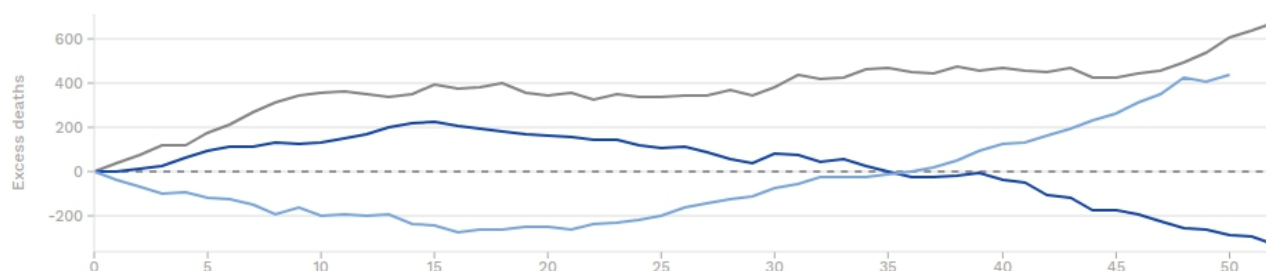
Considerato che - alla luce di numerose, solide ed autorevoli evidenze scientifiche - la letalità delle varianti (*delta* e *omicron*) è solo una modesta (forse [irrisoria](#)) frazione di quella del SARS-CoV-2 *wild type* (il virus, presumibilmente "di Wuhan", che ha causato la pandemia nel 2020)...

... come si spiega l'eccesso di mortalità che si è registrato nel 2021?

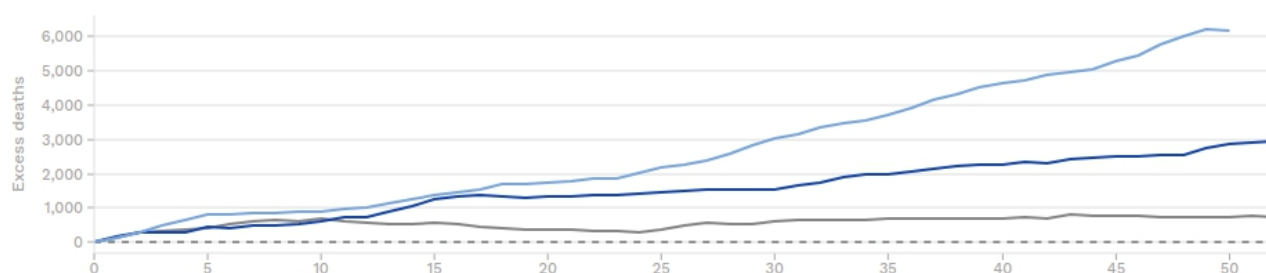
Questa è la situazione in Europa [elaborazione: [EuroMomo](#)]:

---- Baseline — 2019 — 2020 — 2021

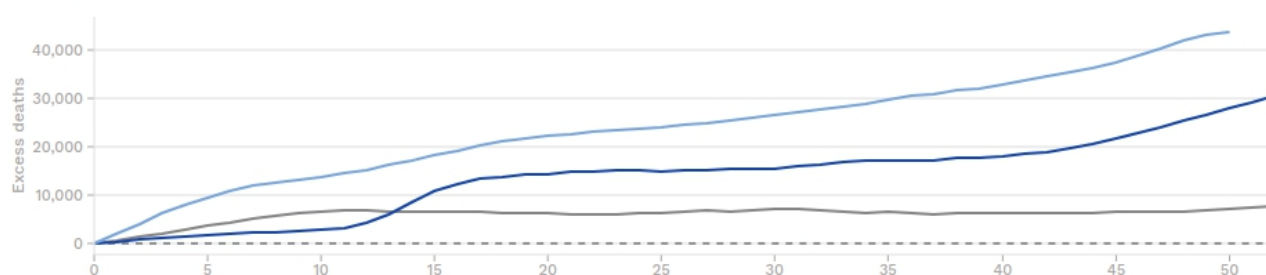
0-14 years



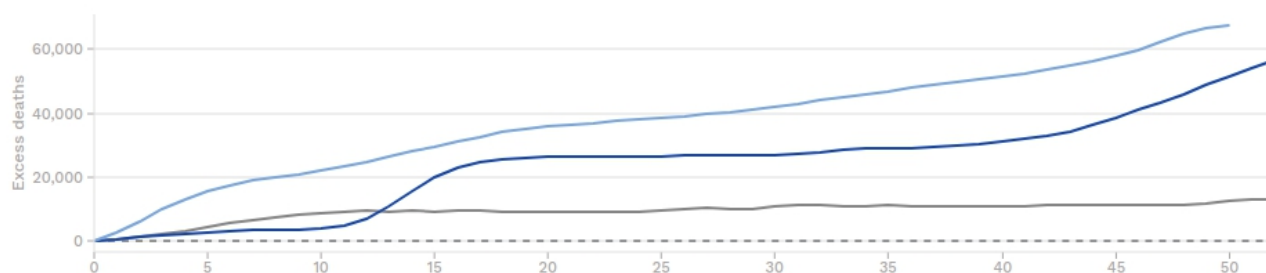
15-44 years



45-64 years

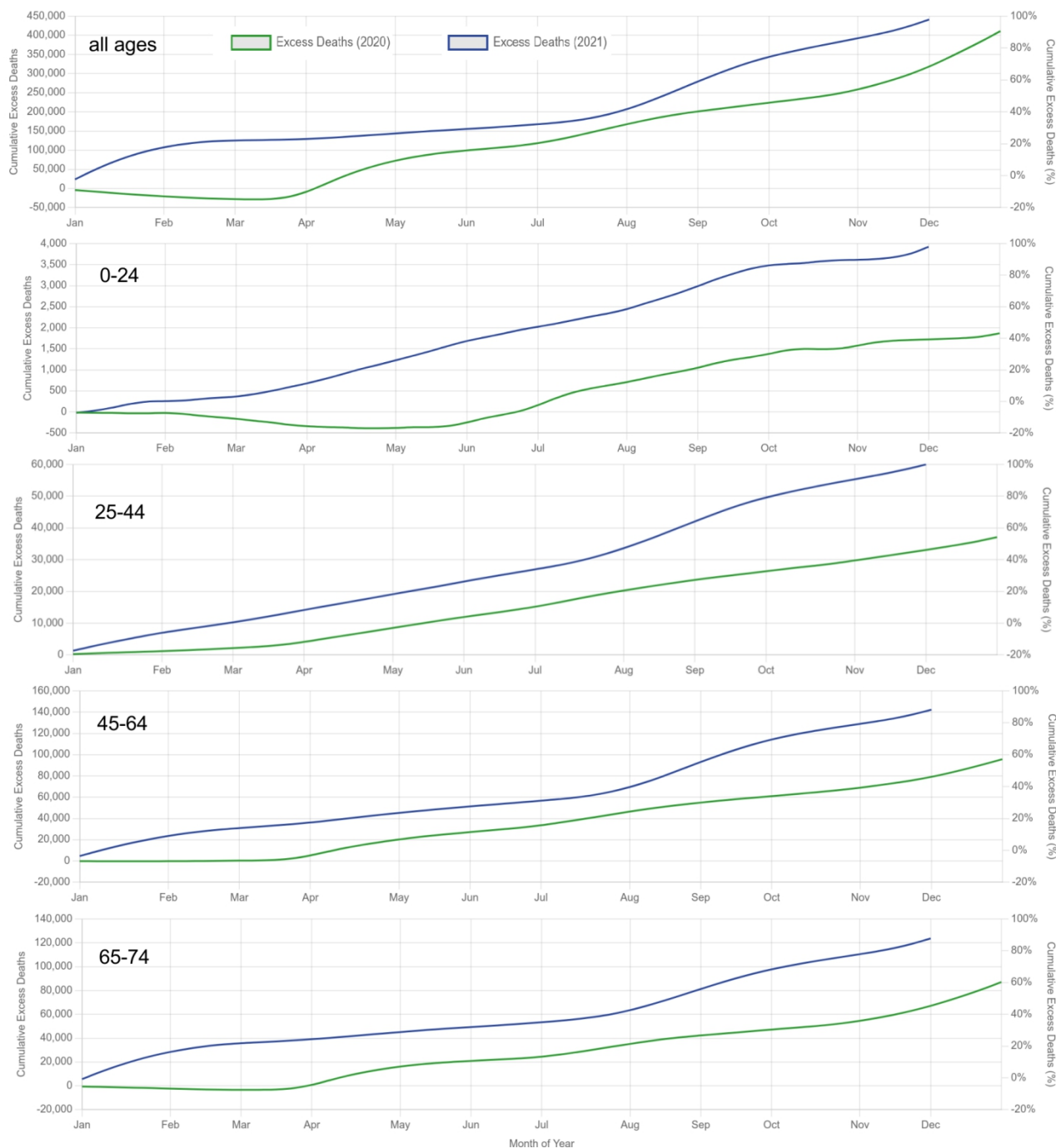


65-74 years



Da notare come larga parte dell'eccesso di mortalità sia concentrato nella fascia di età al di sotto dei 65 anni e, per questa parte della popolazione, la letalità del COVID-19 sia del tutto trascurabile rispetto alla mortalità (media) ogni causa.

Questa la situazione negli USA [elaborazione: [US mortality](#); dati: CDC.gov, Census.gov]:



Possiamo affermare con assoluta certezza che questo eccesso di mortalità non possa in alcun modo essere [correlato](#) con la campagna di vaccinazione di massa?⁷³

⁷³ Anche alla luce di [un migliaio](#) di articoli scientifici *peer-review* che dimostrano **effetti collaterali gravi, imputabili ai vaccini?**

La scienza di Norimberga

“Ai tempi del fascismo non sapevamo di vivere ai tempi del fascismo.”

Hans Magnus Enzensberger

Il 25 agosto 2021, i sopravvissuti alla Shoah e i loro discendenti hanno scritto una [lettera aperta](#) all’Agenzia europea per i medicinali (EMA) e all’Agenzia regolatrice inglese (MHRA) per chiedere l’interruzione immediata della campagna vaccinale contro il COVID-19. Il titolo della lettera è particolarmente forte: **“Stop Holocaust”**; una citazione tratta dal testo:

In soli quattro mesi, i vaccini COVID-19 hanno ucciso più persone di tutti i vaccini disponibili messi insieme dalla metà del 1997 fino alla fine del 2013, un periodo di 15,5 anni; e le persone più colpite hanno tra i 18 e i 64 anni, un gruppo che non rientra nelle statistiche delle morti correlate a Covid.

*Vi invitiamo a **fermare immediatamente questo empio esperimento medico sull’umanità.***

Secondo i sottoscrittori, la vaccinazione di massa avrebbe violato i principi fondamentali di etica medica contenuti nel **Codice di Norimberga**. Quest’ultimo è stato redatto durante il processo ai medici nazisti, tenutosi presso l’omonima cittadina tedesca, al fine di garantire che gli esseri umani non fossero mai più soggetti a sperimentazioni o procedure mediche involontarie. Non voglio dilungarmi oltre perché credo che la vicenda sia nota ai più.

Vorrei tuttavia sottolineare che i responsabili delle sperimentazioni si difesero sostenendo la liceità della *ricerca scientifica* e giustificando il proprio operato in nome di un presunto «*bene comune*», di un interesse generale di ordine superiore. Un ragionamento così pericoloso, ai fini del rispetto dei diritti fondamentali e del futuro dell’umanità, che la sentenza di condanna⁷⁴ volle esprimere una serie di principi fondamentali e inderogabili: il [Codice di Norimberga](#), appunto.

I tre commi del primo articolo:

- a) **«Il consenso volontario è assolutamente essenziale.** Ciò significa che la persona interessata debba avere **capacità legale** di esprimere il consenso; che essa sia nella condizione di poter esercitare **un libero potere decisionale senza che si intervenga con la forza, con la frode, con l’inganno, con minacce o esagerando con qualsiasi forma di vincolo o coercizione**; che essa abbia sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi coinvolti nello studio, tali da permettere una **decisione consapevole e ragionata.**»
- b) **«Questo ultimo elemento fa sì che prima che il soggetto decida affermativamente sia informato** circa la natura, la durata, lo scopo della sperimentazione, nonché dei metodi con cui verrà condotta, **qualsiasi disagio o pericolo potenziale** ed i possibili effetti sulla salute che potrebbero derivare dal partecipare alla sperimentazione.»
- c) **«Il dovere e la responsabilità di accertare la bontà del consenso rimane in capo alla persona che avvia o dirige la sperimentazione.** Questo è un dovere personale ed una responsabilità che non possono essere delegate **impunemente.**»

⁷⁴ Il Consiglio degli Stati Uniti per i crimini di guerra propose dieci criteri per giudicare l’ammissibilità della sperimentazione sull’uomo. Tali criteri vennero inclusi nella sentenza emessa dal tribunale il 19 agosto 1947 che [condannò](#) 23 medici nazisti (7 dei quali a morte) per le sperimentazioni mediche illegali condotte sulla popolazione.

Il rischio intrinseco nell'appellarsi a presunti «interessi superiori», a scapito dei diritti inalienabili del singolo, era percepito come talmente elevato da spingere la *World Medical Association* a ribadire gli stessi principi anche nella *Dichiarazione di Ginevra* del 1948 (vietando al medico, perfino se costretto, di utilizzare le sue conoscenze contro il diritto naturale dell'umanità) e nella *Dichiarazione di Helsinki* del 1964 (solo il consenso esplicito ed informato del paziente avrebbe potuto giustificare la sperimentazione medica).⁷⁵

Nella ricerca medica gli interessi della scienza e quelli della società non devono mai prevalere sul benessere del soggetto.

Tuttavia l'esperienza del nazismo non bastò: questi principi fondamentali subirono nel tempo **ulteriori violazioni**, anche in modo diffuso: si pensi alla nota vicenda del [talidomide](#) (farmaco commercializzato per le donne in gravidanza che provocava malformazioni fetali), al “[trattamento](#)” dell'omosessualità (*The Aversion Project*), allo “[studio](#)” sulla sifilide del CDC americano (*Tuskegee study*),⁷⁶ alla “[sperimentazione](#)” americana di armi biologiche sui militari (*Operation Whitecoat*), al [progetto MK-ULTRA](#)⁷⁷ o agli [esperimenti](#) della *Rockefeller Foundation* e della *Johns Hopkins University* sulla popolazione del Guatemala.⁷⁸

*La storia insegna, ma non ha scolari.*⁷⁹



Torniamo all'attualità.

Se la fase III di sperimentazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 non terminerà prima di ottobre 2022,⁸⁰ come potrebbe la vaccinazione di massa – iniziata a fine 2020 – non essere considerata sperimentale?

Una parte non trascurabile della popolazione ha accettato l'inoculazione sotto il **ricatto** del *lasciapassare verde*: è evidente che non si sia trattato di «un libero potere decisionale». Una parte ancora più considerevole della popolazione non ha avuto «sufficiente **conoscenza e comprensione** degli elementi coinvolti nello studio, tali da permettere una decisione consapevole e ragionata».

Credo sia innegabile: **l'Italia ha violato il Codice di Norimberga**. Esistono «*responsabilità che non possono essere delegate impunemente*» e mi auguro che vengano accertate dalla magistratura.

⁷⁵ La dichiarazione, aggiornata nel tempo, costituisce l'insieme di linee guida per i medici (e il punto di riferimento per tutti i ricercatori). Ha efficacia precettiva laddove recepita in codici deontologici o in normative nazionali.

⁷⁶ Nel 1972 [emerse](#) che a Tuskegee, in Alabama, era in corso da quarant'anni un "esperimento": centinaia di persone di colore non erano mai state curate dalla sifilide con gli appositi antibiotici al fine di studiare compiutamente l'evoluzione naturale dell'infezione.

⁷⁷ No, non è una "teoria del complotto", purtroppo. È storia... e anche [ben documentata](#).

⁷⁸ Credo sia interessante notare come gli stessi soggetti hanno "simulato" per anni l'impatto di potenziali pandemie, siano oggi attivamente impegnati nel promuovere la vaccinazione di massa e nel combattere "l'esitazione vaccinale" nel mondo. Si vedano le parti 5 e 6 del lavoro.

⁷⁹ Antonio Gramsci, *L'Ordine Nuovo*, 11 marzo 1921.

⁸⁰ Per il vaccino [Moderna](#). Per [Pfizer](#) terminerà a maggio 2023.

Punti chiave

- ▶ I *mass media* hanno completamente **distorto** il significato di *efficacia* del vaccino.
- ▶ Da un lato, nessun vaccino oggi in commercio è stato autorizzato al fine di ridurre le ospedalizzazioni, i decessi o di limitare la trasmissione del virus. Questi *endpoint* **non sono stati valutati** nei *trial* clinici.
- ▶ Dall'altro, **l'efficacia di cui si è tanto parlato** – espressa in termini di riduzione del rischio relativo – **non ha alcun significato** epidemiologico e non è utile ai fini di pianificare interventi di sanità pubblica.
- ▶ La **reale efficacia** dei vaccini (contro il SARS-CoV-2 *wild type*, quello “di Wuhan”) – intesa come **riduzione del rischio assoluto** e dedotta direttamente dai *trial* clinici – è attorno all'1%. Avete letto bene: **un misero punto percentuale**.
- ▶ Le **evidenze epidemiologiche** hanno dimostrato una riduzione del rischio assoluto addirittura inferiore. In presenza di varianti (la *omicron* in particolare) l'efficacia del vaccino diviene **negativa** dopo pochi mesi: **una persona vaccinata ha maggior probabilità di contrarre e (forse) di trasmettere il virus**.
- ▶ In generale, la vaccinazione non è una misura efficace nel **contenere** questa – o altre – pandemie.
- ▶ L'immunità di gregge **non è raggiungibile** con nessuno dei vaccini oggi disponibili.
- ▶ Gli attuali vaccini **non prevengono** il contagio, né la trasmissione del virus.
- ▶ Il calo delle ospedalizzazioni e dei decessi non è correlabile con “l'efficacia” della campagna vaccinale, quanto piuttosto con la **stagionalità delle infezioni** e la **minor letalità delle varianti** in circolazione.
- ▶ Nei Paesi con **maggior copertura vaccinale** (Italia *in primis*) si sono registrati **elevati tassi di infezione**, superiori rispetto a quando i vaccini non erano disponibili.
- ▶ Le varianti *delta* e *omicron*, con una prevalenza di oltre il 99% in Italia e in larga parte dell'occidente, sono **meno pericolose** – in termini di ospedalizzazioni e decessi – delle “normali” influenze stagionali.
- ▶ Gli attuali vaccini (quelli a mRNA in particolare) sono basati su un **bersaglio molecolare troppo ristretto e in continua mutazione**. E' ovvio che vaccinando si “rincorrerà” sempre il virus.
- ▶ Inoltre, è proprio la vaccinazione di massa – durante la fase di alta diffusione virale – a **favorire lo sviluppo e la selezione di varianti resistenti** (potenzialmente *più pericolose* del virus da cui derivano).
- ▶ L'*imprinting immunologico* esercitato dagli attuali vaccini, progettati contro il SARS-CoV-2 *wild type* (quello “di Wuhan”, in circolazione nei primi mesi del 2020), non è solo inutile ma anche dannoso: si tratta di un vero e proprio **peccato originale antigenico** che stimola la produzione di anticorpi “sbagliati”.
- ▶ Per questo, alcune varianti (*delta* compresa e forse anche *omicron*) possono causare **immunopatie** (ADE, tempesta citochinica) nei pazienti vaccinati.
- ▶ Al contrario, l'immunità naturale è assolutamente **superiore** (in termini di protezione, sicurezza e durata) rispetto a quella indotta dal vaccino e dura decenni (forse a vita).
- ▶ Il passaporto vaccinale si basa su un **presupposto falso** (il vaccinato non si ammala e non contagia) che mette a rischio la salute pubblica.
- ▶ Il *green pass*, nonostante sia in **palese contraddizione** con le normative europee e costituzionali, potrebbe diventare la **«nuova normalità»**. Questo comporterebbe una ridefinizione di quelli che oggi sono considerati diritti fondamentali e l'imposizione di un **nuovo, distopico modello di società**.
- ▶ Il «*super green pass*» altro non è che un **lasciapassare... per il virus!**

Un punto di vista personale

No, non sono un «no-vax» (qualunque cosa significhi) e odio profondamente le etichette: sono un modo troppo facile per *evitare* il confronto.

Chi strilla «*ah, i soliti no-vax, complottisti!*» probabilmente non ha alcuna argomentazione solida per sostenere le proprie tesi. O peggio ancora: ripete acriticamente un messaggio preconfezionato.⁸¹

Vorrei provare a rompere il cerchio della manipolazione mediatica, andare oltre il «*pro-vax contro no-vax*» ed uscire da questa sterile forma di comunicazione fatta di etichette e tifoserie.

Ecco le mie posizioni:

- ▶ Non sono contrario ai vaccini *tout court*, sono contrario a **questi vaccini**, in particolare quelli a mRNA.
- ▶ Sono **contrario all'obbligo vaccinale** in ogni sua forma (non solo nel caso degli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2): non credo si debba essere virologi, o epidemiologi, per comprendere che «*vaccinare i non vaccinati, per proteggere i vaccinati*» sia un assoluto nonsenso.⁸²
- ▶ “Immunizzare” la popolazione con un siero sviluppato **per un virus che non esiste più** – il SARS-CoV-2 *wild type* – è una strategia priva di ogni fondamento logico e scientifico, nonché destinata al fallimento.
- ▶ Sono contrario alla vaccinazione quando intesa *erroneamente* come uno strumento per *contenere* le epidemie. **Non si vaccina con alti livelli di trasmissione virale.** Punto.
- ▶ La **vaccinazione di massa** – con *questi* vaccini o in *questa* fase dell'epidemia – non è soltanto inutile (non previene il contagio né la trasmissione) ma anche **dannosa** (favorisce l'evasione immunitaria del virus ed un errato *imprinting* del sistema immunitario).

Sono invece favorevole – e auspico – **lo sviluppo di nuovi vaccini**, da utilizzare come misura *profilattica*⁸³ per tutelare le persone fragili (o chi desideri, più o meno *consapevolmente*, essere vaccinato). Questi trattamenti dovranno però dimostrare elevati livelli di efficacia, assieme a **profili di sicurezza ampi e ben consolidati**. Dovranno inoltre stimolare una **robusta e sicura risposta immunitaria**; evitando, ad esempio, il rischio di reazioni autoimmuni, il fenomeno ADE o la *tempesta citochinica*.

Vale la pena sottolineare che, a fine 2021, si contano ben **63 vaccini** in [fase III](#) di sperimentazione e la ricerca scientifica si sta orientando in diverse direzioni:

1. Vaccini “tradizionali” basati sul [virus inattivato](#), *ma* opportunamente ingegnerizzati per evitare – ad esempio – alcuni [dannosi epitopi](#) immunomodulanti [[Cell](#), [Virion \(Covaxin\)](#), [BBV152](#)].
2. Vaccini che hanno come bersaglio molecolare [altre proteine](#) del SARS-CoV-2, meno soggette a mutazione rispetto alla *spike*.
3. Vaccini basati sulla risposta immunitaria delle [cellule T](#). I primi studi iniziano ad emergere e sembrano [molto promettenti](#). Si vedano anche l'[Università di Berkley](#), [Cell](#), [Frontiers](#), [Nature Immunology](#), [EpiVax](#).
4. Vaccini basati sulla risposta immunitaria conferita dalle [cellule NK](#), la risposta innata del sistema immunitario. Si vedano ad esempio gli studi dell'[Università di Orlando](#), [MedicalNews](#), [Frontiers in Immunology](#) e questo [articolo](#).

⁸¹ Si veda la “Parte 7” del documento, dedicata all'ingegneria del consenso.

⁸² Tanto più, nel caso specifico, avendo a disposizione vaccini inefficaci che a distanza di pochi mesi conferiscono una protezione nulla – o addirittura *negativa* – dall'infezione. Vaccinare significa dare maggior opportunità al virus di circolare (e di mutare).

⁸³ Non credo che la disponibilità di questi vaccini possa portare ad alcun beneficio *durante* la pandemia.

Il dottor [Geert Vanden Bossche](#), virologo con esperienza [decennale](#) nello sviluppo di vaccini (ex GAVI, Bill & Melinda Gates Foundation, GSK, Novartis), approfondisce l'argomento della vaccinazione, proponendo al contempo diverse strategie, in un ottimo [articolo](#) riportato sul suo [sito web](#). Il titolo è emblematico:

Quo vadis, homo sapiens?

Consiglio vivamente la lettura integrale del testo; qui riporto solo un breve, ma fondamentale, passaggio:

Nessuno degli attuali vaccini induce un'immunità sterilizzante. Non devono essere usati durante una pandemia perché non faranno altro che stimolare la fuga immunitaria ed erodere sia l'immunità innata (promuovendo la comparsa di varianti [...]), sia l'immunità acquisita (favorendo la resistenza del virus agli anticorpi neutralizzanti).

Fin dall'inizio della pandemia abbiamo assistito ad una colossale campagna di *marketing* per promuovere la vaccinazione: questo ha indotto un **forte pregiudizio di conferma** riguardo all'efficacia dei vaccini. Una larghissima maggioranza, ipnotizzata dai *media*, si è *fidata* della scienza (*sic!*), in pochi hanno approfondito (anche, o forse soprattutto, nelle Università).⁸⁴ Ma «*lo-dice-la-scienza*» diventa una palese [manipolazione](#) in presenza di conflitti di interessi o in assenza di un *reale* dibattito scientifico, basato su dati *verificabili*.⁸⁵



La vaccinazione - oggi - non è la soluzione, è il problema.

Per uscire dall'emergenza basterebbe rifarsi alle evidenze scientifiche oggi disponibili: le varianti oggi più diffuse - *delta* e *omicron* - sono letali **solo** per una piccolissima percentuale della popolazione:⁸⁶ queste persone vanno tutelate.⁸⁷

Nel resto della popolazione l'infezione ha lo stesso decorso di un'influenza stagionale, con una letalità media addirittura più bassa. **Bisogna fermare questa isterica e dannosa vaccinazione di massa** che potrebbe portare allo sviluppo di ulteriori varianti, forse ben [più pericolose](#) di quelle in circolazione.

Nel frattempo, per «*azzerare*» la curva delle ospedalizzazioni e dei decessi, sarebbe sufficiente utilizzare le molte terapie - e le misure profilattiche - ad oggi disponibili, come vedremo nella prossima parte.

⁸⁴ Scienziati e ricercatori dovrebbero aver ben presente che non ci si *fida* di una tesi (scientifica), la si *dimostra*. Tuttavia costoro non sono immuni - come ogni altra fascia della popolazione - dal fascino della *manipolazione*, specie se *progressista*, *liberal* e 24/7.

⁸⁵ Sull'incisività della campagna mediatica e la creazione del consenso si veda l'ultima parte del lavoro.

⁸⁶ Si veda la "Parte 1" dedicata all'epidemiologia del COVID-19 al paragrafo "La mortalità del COVID-19 per fasce di età".

⁸⁷ La [Svezia](#) credo sia stata un esempio da questo punto di vista: massicci investimenti nella sanità pubblica, ampliamento dei programmi di prevenzione, recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza, estensione e potenziamento delle iniziative sociali a sostegno delle persone fragili e anziane.

Note

- ⁱ “*Efficacy* è solo una misurazione fatta durante uno studio clinico. *Effectiveness* è la misura di quanto il vaccino funzioni nel mondo reale.”
- ⁱⁱ “Il fatto che non sia stata riportata la riduzione del rischio assoluto, negli studi clinici sul vaccino COVID-19, può portare a un *bias* [giudizio errato] che inficia l'interpretazione dell'efficacia del vaccino.”
- ⁱⁱⁱ “Tutto questo è stato terribilmente ingannevole da parte del CDC, NIH, Dr. Anthony Fauci, le aziende farmaceutiche e tutti coloro che hanno propagandato una efficacia del 95%. Costoro sapevano che questo valore di riduzione del rischio relativo non riflette la reale efficacia del vaccino in alcun modo [...] Se si calcolasse la riduzione del rischio assoluto, allora l'efficacia [reale] sarebbe un misero 0,8%. Ed è questo il valore significativo per il pubblico, al fine di prendere decisioni consapevoli.”
- ^{iv} “Durante i miei insegnamenti, al corso di laurea in farmacologia, insegno ai miei studenti come valutare razionalmente la qualità di un articolo, non basandosi unicamente sull'abstract [il riassunto] o sulla presunta autorevolezza della rivista. Vorrei approfittare dei miei cinque minuti a disposizione per utilizzare lo stesso spirito critico [sulla situazione attuale].

Mi rattrista constatare che la nostra società oggi sia intrisa dell'atteggiamento «lo sanno tutti» che spegne ogni curiosità intellettuale e porta all'auto-censura [degli scienziati]. Vorrei iniziare con alcuni esempi di questo atteggiamento per sollevare dubbi sulla fondatezza di queste certezze:

1) «lo sanno tutti» che la pandemia riguarda i non vaccinati. Ma se le ospedalizzazioni e le morti riguardano solamente i non vaccinati, a cosa servono allora le terze dosi e i richiami? O perché le evidenze statistiche ci dicono piuttosto il contrario? Ovvero che la maggior percentuale dei ricoveri e delle morti si registrano tra le persone completamente vaccinate? C'è qualcosa che non torna, qualcosa di dubbio su cui noi tutti dovremmo interrogarci e chiederci se sia vero che si tratta di una «pandemia dei non vaccinati»? [...]

2) «lo sanno tutti» che i vaccini salvano vite, infatti sappiamo fin dall'inizio del 2021 che i trial clinici lo hanno dimostrato [...]. In realtà quegli studi non hanno dimostrato una riduzione della mortalità [ogni causa] e neppure tra i malati COVID [...] Coloro che hanno sostenuto che i vaccini fossero efficaci nel salvare vite, lo hanno sostenuto a sproposito. [ndr: Doshi riporta i numeri in una diapositiva, citando i dati ufficiali relativi agli studi Pfizer e Moderna che si trovano in appendice alle rispettive pubblicazioni: 15 morti nel gruppo vaccino, 14 nel gruppo placebo].

3) Ora parliamo di no vax: «lo sanno tutti» che non si deve dare credito agli anti vaccinisti. [...] Personalmente faccio parte di quegli accademici che sostengono che questi prodotti a mRNA siano qualitativamente diversi dai vaccini tradizionali. E così ho trovato interessante apprendere che il dizionario *Mirriam-Webster* ha cambiato la sua definizione di vaccino proprio all'inizio di quest'anno. Infatti gli attuali vaccini a mRNA non avrebbero soddisfatto la definizione di vaccino così come la si conosceva. Lo sottolineo per fare una domanda: «*Come si sarebbe potuto rendere obbligatori i vaccini contro il COVID-19, se non li avessimo chiamati vaccini? E se questi sieri sperimentali fossero stati chiamati farmaci, invece?*».

Quindi questo è lo scenario attuale: abbiamo questi “farmaci” e abbiamo le prove che non aiutino a prevenire l'infezione, né la trasmissione del virus, ma si ritiene che possano ridurre in qualche misura il tuo rischio di ammalarti gravemente di COVID. Prenderesti una dose di questo “farmaco”, ogni 6 mesi, per il resto della tua vita?

O forse diresti: «*Aspetta un attimo. Se questo è tutto quello che il “farmaco” è in grado di offrire, allora preferirei una normale medicina, di quelle che prendo di solito quando sono malato e voglio stare meglio.*»

- ^v “La variante *delta* (B.1.617.2) del SARS-CoV-2 è altamente trasmissibile e si sta diffondendo a livello globale, anche in popolazioni con alti tassi di vaccinazione.”
- ^{vi} “[Dall'analisi dei dati del] Regno Unito è emerso che i tassi di infezione secondari rilevati tra i contatti familiari esposti a casi indice [ovvero a casi di infezione confermati] completamente vaccinati erano simili a quelli rilevati in contatti familiari esposti a casi indice non vaccinati (il 25% per i vaccinati contro il 23% per i non vaccinati).” [In altre parole, i vaccinati si infettano e contagiano in misura (leggermente) maggiore dei non vaccinati.]

- vii “In sintesi, anche se si dovrebbero fare degli sforzi per incoraggiare le popolazioni a vaccinarsi, lo si dovrebbe fare con umiltà e rispetto. Stigmatizzare la popolazione può arrecare più danni che benefici. [In aggiunta alla vaccinazione] è importante implementare e rinnovare altre misure di prevenzione non farmacologica [...] per trovare un equilibrio [con il virus] ed imparare a convivere con il COVID-19 nello stesso modo in cui, a 100 anni di distanza, continuiamo a convivere con le varie mutazioni stagionali del virus dell'influenza del 1918 [“la spagnola”].”
- viii “In Germania, il tasso di casi sintomatici COVID-19 tra i completamente vaccinati (*breakthrough infections*) è riportato settimanalmente dal 21 luglio 2021. Questa percentuale sta aumentando di settimana in settimana, passando dal 16,9% di luglio al 58,9% del 27 ottobre 2021, fornendo una chiara prova della crescente rilevanza dei completamente vaccinati come possibile fonte di [infezione e] trasmissione [del virus].”
- ix “Molti politici assumono che i vaccinati non contribuiscano alla diffusione del virus. Tuttavia, quando si decidono le misure di controllo della salute pubblica, sarebbe gravemente negligente ignorare la popolazione vaccinata come probabile e rilevante fonte di trasmissione del virus.”
- x “A livello dei diversi Paesi, non sembra esserci una relazione distinguibile tra la percentuale di popolazione completamente vaccinata e i nuovi casi di COVID-19, negli ultimi 7 giorni. Al contrario, la linea di tendenza suggerisce un'associazione marginalmente positiva: i Paesi con una percentuale più alta di popolazione completamente vaccinata hanno più casi di COVID-19 per milione di abitanti.”
- xi “Il considerare la vaccinazione come strumento di elezione per mitigare il COVID-19 e le sue conseguenze avverse deve essere riesaminato, specialmente considerando la variante delta (B.1.617.2) e la probabilità di varianti future.”
- xii “Non sono stati condotti studi di sicurezza farmacologica. Non sono stati condotti studi di interazione farmacodinamica. Non sono stati eseguiti studi standard di farmacocinetica o biodistribuzione. Non sono stati presentati studi di genotossicità. Questo è accettabile in quanto i componenti della formulazione del vaccino sono lipidi e RNA che *non dovrebbero* avere un potenziale genotossico.”
- xiii “Diverse evidenze di letteratura indicano che i [vaccini a] RNA formulati [incapsulati] con nanoparticelle lipidiche possono distribuirsi in modo *piuttosto* aspecifico in diversi organi come milza, cuore, rene, polmone e cervello.”
- xiv “L'incapacità di monitorare e valutare questi rischi nei successivi studi clinici, il processo di revisione grossolanamente negligente, in combinazione con le autorizzazioni per l'uso di emergenza, hanno prevedibilmente portato a un disastro medico senza precedenti.”
- xv “Inviamo questa lettera per sollevare gravi preoccupazioni circa [la qualità] del lavoro di “*fact checking*” effettuato da fornitori terzi per conto di Facebook/Meta [... Troviamo] che questo sia impreciso, incompetente e irresponsabile.
- Non riesce a fornire alcuna dimostrazione fattuale che l'articolo del BMJ contenga errori.
 - Il primo paragrafo etichetta erroneamente [e tendenziosamente] il BMJ come un «blog di notizie».
 - Contiene uno screenshot del nostro articolo con una filigrana che dichiara «Contenuto Ingannevole» nonostante l'articolo [di “*fact checking*”] non sia stato in grado di identificare nulla di falso o ingannevole nell'articolo del BMJ
 - Ha pubblicato l'articolo sul suo sito web con la dicitura «attenzione, bufala!».”
- xvi “Il caso riguarda una richiesta di accesso pubblico ad alcune sezioni della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio di un vaccino mRNA contro il COVID-19, contenente spiegazioni dettagliate su come viene prodotto il vaccino. L'EMA ha rifiutato di concedere l'accesso ai documenti perché ha ritenuto che la loro divulgazione avrebbe minato gli interessi commerciali del produttore e perché non vi era alcun interesse pubblico prevalente nella divulgazione dei documenti.”
- xvii “Lo sviluppo di vaccini contro la sindrome respiratoria acuta grave (SARS), il coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) e altri coronavirus è stato problematico. La vaccinazione ha peggiorato i sintomi della malattia nei modelli animali.”

- ^{xviii} “Questi vaccini SARS-CoV hanno tutti indotto anticorpi e protezione contro l'infezione da SARS-CoV. Tuttavia, nei topi a cui è stato somministrato uno qualsiasi dei vaccini, la vaccinazione ha portato allo sviluppo di immunopatologie di tipo Th2, indicando che questa risposta sia stata indotta dal vaccino.”
- ^{xix} “L'esame istopatologico sugli animali vaccinati contro il SARS-CoV ha evidenziato una diffusa immunopatologia di tipo Th2 con una prominente infiltrazione di eosinofili. È indicata [la massima] cautela nel procedere all'applicazione di un vaccino contro il SARS-CoV nell'uomo.”
- ^{xx} “Questi risultati dimostrano che i macrofagi umani possono essere infettati da SARS-CoV come risultato dell'ADE mediata da IgG.”
- ^{xxi} “Mancano ancora i dati sulla sicurezza a lungo termine, sull'interazione con altri vaccini, sull'uso nelle donne incinte o che allattano, nei pazienti immuno-compromessi e in [tutti gli] altri sottogruppi vulnerabili. Sono ancora in corso studi di cruciale importanza per coprire un periodo di *follow-up* di 2 anni [...] I benefici e i rischi degli attuali vaccini COVID-19 devono essere attentamente soppesati rispetto alla reale possibilità di contrarre la malattia e sviluppare complicazioni [da un lato] e gli effetti a lungo termine [dall'altro].”
- ^{xxii} “Ci sono diversi studi che mostrano un fenomeno paradossale, in cui gli animali vaccinati - o le persone - sviluppano una malattia più grave quando sono esposti al virus, rispetto ai non vaccinati.”
- ^{xxiii} “Rischi diversi di ADE hanno possibili implicazioni per [la sicurezza dei] i vaccini a cellule B contro il SARS-CoV-2 e dipendono dai sottoinsiemi di popolazioni basati sull'età, dagli anticorpi cross-reattivi, dalla variabilità dei livelli di anticorpi nel tempo e dallo stato di gravidanza.”
- “Questo potenziale rischio di ADE è indipendente dalla tecnologia del vaccino o dalla strategia di *targeting* implementata poiché è causato dall'infezione delle cellule immunitarie (fagociti).”
- “Queste considerazioni pongono maggiore enfasi sull'importanza di sviluppare vaccini sicuri contro il SARS-CoV-2, basati su cellule T (che non dipendono dalla produzione di anticorpi).”
- ^{xxiv} “- Il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) è una potenziale fonte di preoccupazione nei vaccini.
- Gli anticorpi [potenziati] ADE riconoscono sia il ceppo [originale di] Wuhan che la variante *delta*.
- L'ADE [causato dall'infezione] della variante *delta* pone un rischio per [per l'impiego de] gli attuali vaccini.
- Bisogna utilizzare formulazioni di vaccini prive degli epitopi che causano ADE.”
- ^{xxv} “Questo [meccanismo] si chiama Antibody Dependent Enhancement (ADE), ed è un problema comune con il virus Dengue, il virus Ebola, l'HIV, il virus respiratorio sinciziale e la famiglia dei coronavirus. In effetti, questo problema di ADE è una delle principali ragioni per cui molti studi precedenti sui vaccini per altri coronavirus sono falliti. [...] Se l'ADE si verifica in un individuo, la sua risposta al virus può essere peggiore della sua risposta se non avesse mai sviluppato un anticorpo in precedenza [non fosse stato vaccinato]. Questo può causare una risposta iperinflammatoria, una tempesta di citochine e una disregolazione generale del sistema immunitario che permette al virus di causare maggiori danni ai nostri polmoni così come ad altri organi del nostro corpo. Inoltre, [a causa del fenomeno ADE indotto dalla vaccinazione] nuovi tipi di cellule [in precedenza non attaccabili dal virus] in tutto il nostro corpo diventano suscettibili all'infezione virale a causa della creazione di queste ulteriori vie d'ingresso per il virus. Ci sono molti studi che dimostrano che l'ADE sia una problematica costante associata [allo sviluppo di vaccini contro] i coronavirus in generale e, in particolare, [contro] i virus della famiglia SARS.”
- ^{xxvi} “Molti cittadini e residenti della Comunità Europea subiranno un danno irreparabile perché una volta che l'EMA approverà il vaccino COVID-19 in questione, sia i governi degli stati membri dell'UE, che i datori di lavoro nell'UE, molto probabilmente li raccomanderanno un uso diffuso [dei vaccini] senza che l'EMA dimostri ora [di essere in possesso di] adeguate prove volte a dimostrare la sicurezza dei vaccini.”
- ^{xxvii} “La proteina *spike* potrebbe essere un pericoloso (e tossico) patogeno endoteliale [...] Se fosse stata pubblicata la riduzione del rischio assoluto, allora sarebbe emerso un quadro diverso per quanto riguarda l'efficacia (cioè un misero 0.8%). Perché allora si dovrebbe accettare un vaccino con indicazioni di beneficio così basse, mentre stiamo scoprendo ora, potenziali [e pericolosi] effetti collaterali?”

- xxviii “La proteina S1 è stata assorbita [ritrovata] anche dal polmone, dalla milza, dal rene e dal fegato. Nel complesso, i nostri risultati dimostrano chiaramente che la proteina S1 può attraversare la barriera emato-encefalica murina attraverso un meccanismo simile alla transitosi ed essere assorbita dai tessuti periferici indipendentemente dal [fatto che questi tessuti esprimano il recettore] ACE2 umano.”
- xxix “Concludiamo che i vaccini a mRNA aumentano drammaticamente l'infiammazione sull'endotelio e l'infiltrazione delle cellule T nel muscolo cardiaco. Questo [meccanismo] può rendere conto dell'aumentata incidenza di trombosi, cardiomiopatie e altri eventi vascolari dopo la vaccinazione.”
- xxx “Si conclude che il danno endoteliale [delle cellule che esprimono il recettore] ACE2 è una parte centrale della patologia della SARS-CoV2 e può essere indotto solamente dalla proteina *spike* [anche in assenza del virus].”
- xxxi “Il vaccino [Pfizer] BNT162b2 ha anche modulato la produzione di citochine infiammatorie da parte delle cellule immunitarie innate in risposta a stimoli sia specifici (SARS-CoV-2) che aspecifici (virali, fungini e batterici) [...] In conclusione, il vaccino a mRNA BNT162b2 induce una *complessa riprogrammazione funzionale* delle risposte immunitarie innate, che dovrebbe essere considerata nell'uso di questa nuova classe di vaccini.”
- xxxii “L'esposizione a questi peptidi specifici – attraverso l'infezione o la vaccinazione – potrebbe sensibilizzare i pazienti causando un aumento del rischio di patogenicità durante l'esposizione dovuta a future epidemie o attraverso programmi di vaccinazione universali. [...] Ulteriori studi dovrebbero essere intrapresi prima di utilizzare qualsiasi vaccino contro il SARS-CoV-2 negli esseri umani.”
- xxxiii “Attraverso la ricerca scientifica, i ricercatori hanno scoperto che la proteina *spike* è tossica persino quando viene introdotta da sola [anche in assenza del virus...]. [La *spike*] ha causato una modificazione [downregulation] del recettore ACE2 che ha avuto effetti significativi sull'attività metabolica delle cellule. In particolare, ha causato l'inibizione della sintesi mitocondriale, un deficit della funzione e infine la lisi [distruzione] dei mitocondri esistenti. La proteina *spike* ha ridotto la produzione di ATP e ha aumentato la glicolisi. Questo cambiamento metabolico verso l'ottenimento di energia attraverso la glicolisi è una caratteristica delle cellule tumorali e dei neuroni nelle malattie neurodegenerative come l'Alzheimer.”
- xxxiv “Abbiamo notato che le cellule umane rispondono sensibilmente alla proteina *spike* e questa attiva la segnalazione cellulare. È importante essere consapevoli che la proteina *spike* prodotta dai nuovi vaccini [contro il] COVID-19 può anche influenzare le cellule ospiti [umane]. Dovremmo monitorare attentamente le conseguenze a lungo termine di questi vaccini, specialmente quando vengono somministrati a individui apparentemente sani.”
- xxxv “[In questo studio] riportiamo e discutiamo l'inattesa e rapida progressione delle lesioni linfomatose dopo la somministrazione di un richiamo del vaccino mRNA BNT162b2 [Pfizer] in un uomo con diagnosi recente di AITL [linfoma angioimmunoblastico a cellule T]. Si è dimostrato un chiaro aumento del numero, delle dimensioni e dell'attività metabolica delle linfadenopatie a livello sopra- e sotto-diaframmatico. Inoltre, nuove linfadenopatie ipermetaboliche e nuovi siti ipermetabolici si sono sviluppati dopo il primo esame, in diverse sedi [...] Nel complesso, questi risultati hanno stabilito inequivocabilmente la diagnosi di AITL [...] la vaccinazione con il vaccino BNT162b2 mRNA potrebbe indurre una rapida progressione della malattia.”
- xxxvi “La componente di nanoparticelle lipidiche della piattaforma mRNA-LNP utilizzata negli studi preclinici sui vaccini è altamente infiammatoria.”
- xxxvii “1) Le nanoparticelle lipidiche (LNP) utilizzate negli studi preclinici sono altamente infiammatorie. 2) LNP attivano molteplici *pathway* infiammatori e inducono [il rilascio di] IL-1 β e IL-6. 3) Le proprietà infiammatorie degli LNP derivano dalla loro componente lipidica ionizzabile.”
- xxxviii “La gente non si rende conto che questi vaccini sono molto diversi da quelli che abbiamo ricevuto nell'infanzia. Trovo scioccante che i produttori dei vaccini e i funzionari governativi di tutto il mondo stiano incautamente spingendo la popolazione ignara verso l'uso di questi vaccini [...] Questi sono stati approvati per l'uso di emergenza sulla base di studi grossolani e inadeguati al fine di valutarne [correttamente] la sicurezza e l'efficacia.”

- xxxix “[Dobbiamo] sostituire questi vaccini *killer* con vaccini salvavita.”
- xi “Considerati nel loro complesso, i dati suggeriscono che la farmacovigilanza passiva è del tutto inadeguata a documentare la reale incidenza degli eventi avversi gravi e che gli attuali metodi di valutazione della causalità devono essere messi in discussione.”
- xii “Gli eventi avversi causati da farmaci e vaccini sono comuni, ma poco segnalati. Anche se il 25% dei pazienti ambulatoriali sperimenta un evento avverso ai farmaci, meno dello 0,3% di tutti gli eventi avversi e l'1-13% degli eventi gravi vengono [effettivamente] riportati alla *Food and Drug Administration* (FDA). Allo stesso modo, meno dell'1% degli eventi avversi da vaccino vengono segnalati. I bassi tassi di segnalazione precludono o rallentano l'identificazione dei farmaci e dei vaccini “problematici”, [quelli cioè] che mettono in pericolo la salute pubblica. Sono necessari nuovi metodi di sorveglianza per gli effetti avversi di farmaci e vaccini.”
- xlii “Nei ragazzi sani, le possibilità di [evento avverso cardiaco] CAE, o di ospedalizzazione per CAE, dopo la loro seconda dose di vaccino a mRNA sono considerevolmente più alte del loro rischio di ospedalizzazione per COVID-19 (a 120 giorni), anche nei momenti di massima prevalenza della malattia [epidemia].”
- xliii “In attesa di ulteriori studi, la JCVI *non* consiglia la vaccinazione di routine dei bambini e dei giovani di età inferiore ai 18 anni.”
- xliv “Data l'attuale incertezza, rimango fedele al consiglio della JCVI, che è quello di non procedere in questo momento con la vaccinazione di bambini sani tra i 12 e i 15 anni, per motivi legati alla valutazione [sfavorevole] del rapporto rischio-beneficio. C'è un piccolo ma plausibile rischio che i rari danni possano superare i modesti benefici.”
- xlv “Questi risultati suggeriscono la probabilità di un legame causale tra il vaccino e l'insorgenza della miocardite.”
- xlvi “Il [trial clinico] *Myocarditis Treatment Trial* ha riportato tassi di mortalità, nel caso di miocardite verificata da biopsia, del 20% e del 56% a 1 anno e 4,3 anni, rispettivamente. Questi risultati sono simili ai dati osservazionali [pubblicati da ricercatori] della *Mayo Clinic* in cui i tassi di sopravvivenza a 5 anni si avvicinano al 50%.”
- xlvii “I vaccini raramente forniscono una protezione completa dalla malattia. Abbiamo studiato il potenziale impatto di diversi tipi di vaccini «imperfetti» sull'evoluzione della virulenza dei patogeni (e la mortalità dell'ospite indotta dal patogeno) e le conseguenze per la salute pubblica.
In questo articolo dimostriamo che i vaccini progettati per ridurre il tasso di crescita del patogeno e/o la sua tossicità, diminuiscono la selezione [naturale] contro i patogeni più virulenti. L'evoluzione successiva [...] può vanificare qualsiasi beneficio a livello di popolazione [dovuto alla vaccinazione], fino al punto in cui i tassi di mortalità globale non sono influenzati, o addirittura aumentano, con il livello di copertura della vaccinazione.”
- xlviii “L'immunità indotta dalla vaccinazione [...] non impedisce l'infezione, la replicazione virale o la trasmissione, prolungando così i periodi infettivi di ceppi altrimenti troppo letali per persistere.”
- xlix “La neutralizzazione da parte di 14 dei 17 anticorpi monoclonali più potenti che abbiamo testato è stata ridotta o completamente *vanificata* dalle mutazioni K417N, E484K o N501Y.”
- i “Un *focus* molecolare così ristretto aumenta la possibilità dell'evasione immunitaria del virus e determina un potenziale fallimento di questi interventi biomedici [i vaccini].”
- ii “Considerati nel loro insieme, i risultati dei recenti studi suggeriscono che l'emergere di varianti resistenti di SARS-CoV-2 possa annullare gli effetti degli attuali vaccini COVID-19.”
- iii “L'incidenza del SARS-CoV-2 e [la probabilità] che il virus sfugga all'immunizzazione indotta dalla vaccinazione”
- iiii “In sintesi, gli alti tassi di incidenza del SARS-CoV-2 aumentano il rischio di fuga dal vaccino [dall'inglese *vaccine escape*: il virus evade la protezione immunitaria conferita dalla vaccinazione].”
- liv “Vaccinando mentre il numero di casi è elevato aumenta il rischio che un mutante [variante] possa nascere da qualche parte con mutazioni adatte per eludere l'immunità del vaccino.”

- lv “La vaccinazione di massa durante una pandemia crea un mostro incontenibile.”
- lvi “È un errore enorme, un errore scientifico e un errore medico inspiegabile. La storia farà il punto su questo, perché effettivamente è la vaccinazione che ha creato le varianti.”
- lvii “I dati pubblicati dimostrano che l'infezione da Delta comporta cariche virali altrettanto elevate sia nelle persone vaccinate, che in quelle non vaccinate. Cariche virali elevate suggeriscono un aumento del rischio di trasmissione e sollevano la preoccupazione che, a differenza di altre varianti, le persone vaccinate e infettate con la *delta* possano trasmettere il virus.”
- lviii “I dati di USA, UK e Singapore dimostrano che i vaccinati hanno la stessa carica virale dei non-vaccinati.”
- lix “La conclusione è che questo possa accadere – le persone vaccinate possono diffondere il virus. Ma non sappiamo ancora quale sia il loro ruolo nella diffusione complessiva [del virus] nella comunità.”
- lx “Questo è un record assoluto, non osservato nelle ondate precedenti – compresa la massiccia terza ondata alla fine dell'anno scorso.”
- lxi “L'esame delle sequenze di SARS-CoV-2 ha rivelato che i pazienti [vaccinati] sono stati infettati da virus mutati. L'identificazione rapida delle varianti (mediante amplificazione PCR) ha mostrato che nessuna delle sequenze si adatta precisamente ad alcun ceppo conosciuto.”
- lxii “We have observed SARS-CoV-2 post-vaccine infections across a range of ages [... and] live virus shedding in VBI as high as 4130 PFU/mL at day 7 post-symptom onset; [...] the presence of infectious virus may indicate a transmission risk of VBI.”
- lxiii “We have observed SARS-CoV-2 post-vaccine infections predominantly (67%) in those [young adults] with no comorbidities and no immunosuppression.”
- lxiv “We note a proportion of VBI were associated with functional impact and symptoms self-reported as severe. [...] The typical duration of illness was significant, with symptoms documented for as long as two weeks in those who had recovered.”
- lxv “We note VBI in genotypes not previously associated with significant vaccine immune escape including B.1.1, B.1.1.519, B.1.2, and B.1.243 genotypes.”
- lxvi Bollettino [settimana 50](#) (dati settimane 46-49, tabella 11 pag. 39)
 Bollettino [settimana 49](#) (dati settimane 45-48, tabella 11 pag. 35)
 Bollettino [settimana 48](#) (dati settimane 44-47, tabella 11 pag. 34)
 Bollettino [settimana 47](#) (dati settimane 43-46, tabella 11 pag. 33)
 Bollettino [settimana 46](#) (dati settimane 42-45, tabella 6 pag. 23)
 Bollettino [settimana 45](#) (dati settimane 41-44, tabella 6 pag. 22)
 Bollettino [settimana 44](#) (dati settimane 40-43, tabella 5 pag. 20)
 Bollettino [settimana 43](#) (dati settimane 39-42, tabella 5 pag. 19)
- lxvii Confrontando [i tassi di positività riscontrati] nelle famiglie infettate con le varianti *delta* e *omicron*, abbiamo riscontrato un SAR [*Secondary Attack Rate* - tasso di infezione] di 1,17 volte (95%-CI: 0,99-1,38) più alto fra i non vaccinati, 2,61 volte (95%-CI: 2,34-2,90) più alto per i completamente vaccinati e 3,66 volte (95%-CI: 2,65-5,05) più alto negli individui vaccinati con richiamo, dimostrando una forte conferma della capacità di evasione immunitaria dell'Omicron VOC. I nostri risultati confermano che la rapida diffusione della variante *omicron* può essere attribuita principalmente alla [elevata] capacità di evasione immunitaria piuttosto che ad un aumento intrinseco della trasmissibilità di base [piuttosto che alla contagiosità del virus, ndr].
- lxviii A pagina 14 del bollettino, al paragrafo relativo ai dati clinici ed epidemiologici, si legge: “*Zu den im Meldesystem vorliegenden Omikronfällen sind zum Teil Zusatzinformationen bekannt. [...] 186 Patientinnen und Patienten waren ungeimpft, 4.020 waren vollständig geimpft, von diesen wurde für 1.137 eine Auffrischimpfung angegeben.*” Traduzione: “*Si conoscono ulteriori informazioni su alcuni dei casi di omicron presenti nel sistema di segnalazione.[...]*”

186 pazienti non erano vaccinati, 4.020 erano completamente vaccinati, tra questi 1.137 hanno ricevuto il richiamo [terza dose, ndr].”

- lxxix “I programmi di richiamo [vaccinale] generalizzati probabilmente prolungheranno la pandemia piuttosto che porvi fine [...] concedendo al virus maggior opportunità di diffondersi e mutare.”
- lxxx Si vedano, ad esempio, i bollettini del [15 dicembre 2021](#) [tabella 4, pagina 19]; del [21 dicembre 2021](#) [tabella 4, pagina 18]; del [28 dicembre 2021](#) [tabella 5, pagina 21]; del [5 gennaio 2022](#) [tabella 5, pagina 23].
- lxxxi “L'mRNA del SARS-CoV-2 può essere retrotrascritto, integrato nel genoma di cellule umane ed espresso nei tessuti dei pazienti.”
- lxxxii “Abbiamo anche trovato – in alcuni tessuti prelevati dai pazienti – la prova che una *grande* frazione delle sequenze virali viene trascritta e integrata [nel genoma], generando trascritti chimerici virus-ospite.”
- lxxxiii “Concludendo, abbiamo dimostrato che l'infezione da coronavirus aumenta l'espressione del retrotrasposone nelle cellule umane, probabilmente attraverso l'ipometilazione globale del DNA. L'aumento dell'espressione genica del retrotrasposone può ulteriormente favorire la creazione di trascritti chimerici con l'RNA del coronavirus e [favorire] l'integrazione dei frammenti genomici virali nel genoma umano.”
- lxxxiv “Hai avuto il COVID? Probabilmente produrrà anticorpi [per lungo tempo] e sarai protetto a vita.”
- lxxxv “Tre dei quattro anticorpi sperimentali hanno mostrato un'elevata efficacia nel neutralizzare 13 varianti del SARS-CoV-2 di interesse, tra cui B.1.1.7 [*alpha*], B.1.351 [*beta*], B.1.427/B.1.429 [*epsilon*], B.1.526 [*iota*], P.1 [*gamma*], P.2 [*zeta*], B.1.617.1 [*kappa*] and B.1.617.2 [*delta*].”
- lxxxvi “È un esempio da manuale di come l'immunità naturale sia davvero migliore di quella derivante dalla vaccinazione.”
- lxxxvii “[La capacità del vaccino di] ridurre la trasmissione del virus diminuisce con il tempo: dopo 12 settimane dalla seconda dose di vaccino, i livelli [di trasmissione] della variante *delta* sono simili a quelli osservati negli individui non vaccinati.”
- lxxxviii “Penso che ci siano molte persone, milioni di persone che, per qualsiasi motivo, sono preoccupate per il vaccino, o che semplicemente non ne vedono l'utilità. E dobbiamo far capire loro che il vaccino è il biglietto per tornare alla vita [che conoscevano] prima della pandemia. E la finestra per farlo si sta davvero restringendo: [alcuni Stati americani] stanno riaprendo al 100%.
Abbiamo una finestra molto stretta per vincolare la politica di riapertura degli Stati allo *status* vaccinale. Perché altrimenti, se tutto viene riaperto, quale sarà la *carota*? Come incentiveremo la gente a fare il vaccino?
Ecco perché penso che il CDC e l'amministrazione Biden debbano essere molto più coraggiosi e dire: «Se sei vaccinato, puoi fare tutte queste cose. Guarda tutte le libertà che hai!», perché altrimenti [se non subordiniamo le libertà alla vaccinazione] la gente uscirà e godrà comunque di queste libertà.”
- lxxxix “Assicurarsi che i cittadini siano informati del fatto che la vaccinazione non è obbligatoria e che nessuno possa essere sottoposto a pressioni politiche, sociali o di altro tipo per essere vaccinato, se non lo desidera.”



Parte 4

Le cure

*Il COVID-19 è una malattia incurabile?
Ne usciremo soltanto con il vaccino?*

Il protocollo di cura approvato: «tachipirina e vigile attesa»

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA) ed i vertici della Sanità italiana (Ministero della Salute, AIFA, ISS) si sono sempre distinti per il loro «**nichilismo terapeutico**»: dopo quasi due anni dall'inizio della pandemia non ci sono terapie riconosciute come efficaci dagli organi ufficiali per la cura del COVID-19. Nella [circolare AIFA](#) intitolata «*Principi di gestione dei casi Covid-19 nel setting domiciliare*» – ancora oggi in vigore¹ – si legge:

- *Ad oggi non è disponibile alcun trattamento che abbia dimostrato in modo solido un'efficacia nel prevenire la comparsa di sintomi o modificare l'evoluzione della malattia nei soggetti asintomatici.*
- *Non esiste attualmente alcun trattamento che abbia dimostrato di essere efficace nei soggetti asintomatici nelle fasi iniziali dell'infezione nel migliorare il decorso clinico o la sua evoluzione.*

La stessa circolare fornisce alcune “raccomandazioni generali” per i pazienti asintomatici e con sintomi lievi. I primi due punti sono: ²

- 1) *Vigile attesa*
- 2) *Trattamenti sintomatici (es. paracetamolo)*

Queste indicazioni sono state successivamente integrate dalla [Circolare del 26 Aprile 2021](#) del Ministero della Salute, ma la nuova versione **non cambia la sostanza** che si potrebbe riassumere in “tachipirina, vigile attesa e pulsossimetria” [pagina 10]. Segue l'elenco dei farmaci *sconsigliati*, fra cui spiccano eparina, antibiotici e idrossiclorochina. Entrambe le circolari inoltre dichiarano:

Si segnala che non esistono, a oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, lattoferrina, quercitina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato.

Interessante anche questo [articolo](#), apparso sul sito di AIFA il 28 ottobre 2020 (nell'immediatezza della “seconda ondata”). Per bocca del suo Direttore Generale ([Nicola Magrini](#)), l'Agenzia si esprime così:

*Nella fase domiciliare, **la cosa migliore da fare è la vigile attesa: non assumere farmaci, trattare solo i sintomi febbrili** (se la temperatura supera i 38°/38,5°).*

Ciononostante, molti *media mainstream* hanno sempre sostenuto che le posizioni di AIFA e Ministero della Salute non fossero realmente incentrate sulla “vigile attesa”, che non esistessero cure contro il COVID-19 e che l'unica nostra speranza derivasse dai vaccini. Un [articolo](#) esemplare, pubblicato su *Open* il 10 giugno 2021, titolava: “*Terapia domiciliare per la Covid-19: la bufala della «Tachipirina e vigile attesa» e la ricerca di una cura (che ancora non c'è)*”. Siamo sicuri che il “*fact checking*” di *Open* rispecchi le evidenze disponibili nella letteratura medico-scientifica? Consiglio la lettura di questo [documento](#) redatto dal *Comitato Internazionale per l'Etica della Biomedicina*. In ogni caso, ricordiamoci delle “indicazioni” di AIFA e Ministero della Salute.

¹ Con una sentenza del 15/01/2022, il TAR ha [annullato](#) parte della circolare AIFA. Tuttavia il Consiglio di Stato, il 19/01/2022, ha [sospeso](#) la sentenza del TAR. Sembra proprio che «*tachipirina e vigile attesa*» sia la miglior cura disponibile in Italia.

² I seguenti quattro punti non aggiungono nulla. Per dare un'idea, al terzo punto si legge “idratazione e nutrizione appropriata” (*sic!*). I rimanenti punti esplicitano cosa *non* fare. Il quinto è significativo: “non utilizzare supplementi vitaminici” (si veda di seguito).

Cure precoci o vigile attesa?

L'importanza di intervenire tempestivamente contro il COVID-19 era nota fin dalle prime settimane di pandemia: si veda a proposito un articolo del [Time](#), di aprile 2020, che descrive l'esperienza del dottor Luigi Cavanna sulle cure precoci in Italia. Il titolo è eloquente: «*Il medico italiano che appiattisce la curva [di mortalità] trattando i pazienti COVID-19 nelle loro case*».

Cavanna ha [curato](#) domiciliarmente 330 pazienti durante la “prima ondata”: solo 2 casi si sono aggravati e **nessuno è deceduto**. I vertici della Sanità italiana (Ministero, AIFA e ISS) stanno a guardare.

Fra ottobre 2020 e gennaio 2021, i medici dell'Istituto IRCCS di Milano hanno curato oltre 1.700 pazienti. I risultati sono stati [pubblicati](#) sull'importante *eClinicalMedicine*: nello studio, di tipo osservazionale, l'evidenza che con la terapia domiciliare diminuiscano del 90% i tempi di ricovero e le ospedalizzazioni vengano ridotte di 6 volte. **Tutti i pazienti curati sono guariti**. Il protocollo è semplice: intervento tempestivo e antinfiammatori.ⁱ

*i) start treatment as early as possible [...] without awaiting the results of a nasopharyngeal swab
ii) rely on specific NSAID drugs (anti COX-2), unless contraindicated.*

Nonostante gli ottimi risultati, pochi medici in Italia ricorrono alle cure precoci e domiciliari e non esistono linee guida ufficiali. AIFA e ISS sembrano ignorare completamente gli studi e le evidenze cliniche. Così l'ex direttore esecutivo di EMA, Guido Rasi, su [AdnKronos](#):

*Qualcosa non deve aver funzionato in termini di standardizzazione delle cure, perché **non è possibile che in Italia si muoia così tanto**. Sicuramente ci sono da rivedere gli standard di cura, anche domiciliari. L'approccio tachipirina e vigile attesa è un po' troppo minimalista.*

Contro l'approccio “minimalista” di AIFA-ISS, il gruppo di medici di [IppocrateOrg](#) ha redatto alcune [linee guida](#) per la cura precoce e domiciliare dei pazienti COVID-19. In [un'intervista](#), le conclusioni dei medici:

*Possiamo permetterci di affermare che il Covid, nei primi giorni dall'insorgenza dei sintomi, **si cura e si guarisce sempre**. Bastano 3 o 4 giorni di semplice terapia domiciliare.*

I numeri lo confermano: **su oltre 60.000 pazienti trattati, zero decessi** tra quelli arrivati entro il quinto giorno dall'insorgenza dei sintomi; solo 7 decessi tra coloro che si sono presentati dal sesto giorno in poi. **La letalità crolla allo 0.0017%**, in un periodo dell'epidemia in cui la letalità “ufficiale” era superiore al 3%.³

AIFA, ISS e Ministero della Salute, ancora una volta, stanno a guardare.

Nel frattempo altri medici si sono schierati contro il protocollo AIFA di «*tachipirina e vigile attesa*»: fra questi il “[Comitato cura domiciliare Covid 19](#)”.

Il 30 aprile 2020, il presidente del Comitato, l'avvocato Erich Grimaldi, aveva inviato una diffida al Presidente del Consiglio, nonché al Ministero della Salute ed a tutte le regioni, affinché si perfezionasse un protocollo univoco nazionale per garantire cure tempestive e domiciliari contro il COVID-19.

Draghi e Speranza continuano a ignorare queste richieste [[fonte](#)].

³ Si tratta in entrambi i casi di letalità sovrastimate perché calcolate considerando solo i soggetti sintomatici.

Ma i medici del Comitato non demordono e presentano un ricorso al TAR del Lazio, contro AIFA e Ministero della Salute, riguardante l'inammissibilità del protocollo «tachipirina e vigile attesa».

Il 2 marzo 2021, il TAR [accoglie il ricorso](#) cautelare del Comitato e [sospende](#) la circolare AIFA, aprendo finalmente le porte alle cure precoci e domiciliari. Come si legge nell'[ordinanza](#), il ricorso è fondato in relazione alla giusta richiesta dei medici «di far valere il proprio diritto/dovere, avente giuridica rilevanza sia in sede civile che penale, di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni **secondo scienza e coscienza**»⁴ [\[fonte\]](#). Così Erich Grimaldi, l'indomani della sentenza:

Chiediamo che venga stabilito un protocollo nazionale di cure domiciliari e che venga rafforzata la medicina territoriale, anche attraverso la creazione in ogni Regione delle unità mediche pubbliche di diagnosi e cura domiciliare del Covid-19 (USCA) previste dalla legge nazionale ma istituite solo in alcune Regioni.
La pandemia si affronta a casa prima che in ospedale.

La questione arriva anche in Parlamento, attraverso una [mozione](#) al Senato:

*Alcune iniziative di lotta al COVID-19 [...] hanno mostrato risultati soddisfacenti in termini di riduzione del tasso di letalità e di riduzione dell'ospedalizzazione, anche a seguito di nuovi protocolli mirati sulla cura a domicilio dei contagiati e sul ruolo dei medici di medicina generale, **impegna il Governo ad attivarsi affinché vengano aggiornate e integrate le linee guida ministeriali, prevedendo un protocollo di cura domiciliare che prenda in considerazione tutte le esperienze dei professionisti impegnati sul campo.***

Il Ministero della Salute e AIFA non solo ignorano – ancora una volta – le cure domiciliari e precoci, ma impugnano l'ordinanza del TAR e [fanno ricorso](#) al Consiglio di Stato affinché la riformi, cioè l'annulli. E così è stato: **dal 27 aprile 2021 si ritorna a «tachipirina e vigile attesa»** [\[ANSA\]](#). Per aggiornamenti si veda [qui](#).

Questa è una delle pagine più buie della gestione del COVID-19 in Italia.

Il professor Luigi Cavanna ha fotografato la situazione italiana sulle cure precoci, come riportato da [HuffingtonPost](#) ad aprile 2021. L'intervista andrebbe letta per intero, qui riporto solo un breve passaggio:

*La strategia delle cure precoci è ancora, dopo quattordici mesi, **un'incompiuta nazionale**. I medici di base, con rarissime eccezioni, non mettono i piedi in casa del paziente. Le unità speciali di continuità assistenziale sono un fantasma per lo stesso Ministero della Salute, **la medicina di territorio è una terra di nessuno**. Non abbiamo imparato niente?*

Per un compendio delle cure domiciliari disponibili già ad agosto 2020, si veda [un articolo](#) sul *American Journal of Medicine*, a firma – tra gli altri – di [Peter A. McCullough](#) (Professore di Cardiocirurgia al [Baylor University Medical Center](#) di Dallas) e [Harvey A. Risch](#) (Professore di Epidemiologia alla [Yale School of Public Health](#)). Credo sia anche interessante il materiale riportato su questo [portale](#) online.

- Ci sono numerose **evidenze cliniche** che dimostrano l'efficacia delle cure domiciliari – disponibili fin da marzo 2020 – contro il COVID-19. **Se implementate tempestivamente «azzerano» la letalità.**
- I vertici della Sanità italiana hanno **ignorato** prima e **impedito** poi, cure potenzialmente salvavita.

⁴ Questo diritto/dovere del medico era alla base, ad esempio, dell'ordinanza del 11/12/2020 del Consiglio di Stato che aveva “concesso” l'uso dell'idrossiclorochina, sospendendo la nota AIFA del 26 maggio 2020 che vietava di fatto la prescrizione *off-label* dell'idrossiclorochina nella lotta contro il COVID-19.

La Tachipirina: il farmaco consigliato è quello più dannoso

[AIFA](#) e [Ministero della Salute](#) **consigliano** esplicitamente un solo farmaco nelle fasi iniziali della malattia: il paracetamolo (*Tachipirina*). Non esistono tuttavia studi clinici che dimostrino l'efficacia del paracetamolo nella cura del COVID-19. Il paracetamolo è infatti un antipiretico senza alcun potenziale antinfiammatorio e non è utile al fine di prevenire l'aggregazione piastrinica.⁵

Esistono però diverse evidenze scientifiche riguardo la sua **pericolosità**.

In un articolo su [Frontiers](#), dal titolo “*Paracetamol-Induced Glutathione Consumption: Is There a Link With Severe COVID-19 Illness?*”ⁱⁱ si diffida dall'utilizzare il paracetamolo nella cura del COVID-19. Gli autori evidenziano il ruolo del paracetamolo nel ridurre la concentrazione di glutazione nel sangue. Questo effetto è ancora più marcato [negli anziani](#). Il glutazione è il guardiano dello stress ossidativo dei tessuti [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#)] ed il principale antagonista endogeno della «*tempesta citochinica*» [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#)]. Infiammazione sistemica e complicanze cardiovascolari sono sintomi tipici delle [forme severe](#) di COVID-19. L'aggravamento delle condizioni dei pazienti COVID-19 è dovuto proprio alla [mancanza di glutazione](#). Infatti l'[integrazione](#) di glutazione riduce la mortalità e la sintomatologia. Si veda anche lo [studio](#) dell'Università di Oxford.

D'altro canto, l'acetilcisteina (NAC), essendo un [antagonista del paracetamolo](#), si è rivelata [efficace](#) nel combattere l'infiammazione, dovuta al rilascio di citochine pro-infiammatorie, causata dal COVID-19. NAC [abbassa drasticamente](#) la proteina-C reattiva e migliora il decorso clinico, riduce la mortalità e si è dimostrata efficace nel consentire ai [pazienti intubati](#) di tornare più rapidamente al regime respiratorio fisiologico. Una [review](#). Un [articolo interessante](#) sulla nebulizzazione di glutazione e acetilcisteina, come cura contro il COVID-19. La riduzione del glutazione è [nota](#) per comportare danni biologici gravi, fra cui l'accorciamento dei [telomeri](#).⁶

Così Luigi Cavanna in [un'intervista](#) descriveva la terapia che ha permesso di curare domiciliarmente 330 pazienti, con zero decessi, durante la prima ondata del COVID-19:

[... abbiamo usato] i farmaci antinfiammatori (Aspirina, Ibuprofene, Aulin) che, a differenza del paracetamolo, hanno il potere di scongiurare quella reazione autoimmune chiamata cascata di citochine, che attacca e compromette i polmoni.

Anche l'uso *off-label* di composti dotati di (blando) effetto antinfiammatorio si è rivelato utile nella lotta contro il COVID-19, impedendo il peggioramento del quadro clinico e l'ospedalizzazione. Si vedano, ad esempio, [melatonina](#), [fluoxetina](#), [fluvoxamina](#), [tramadol](#), [colchicina](#), [indometacina](#).

Ciononostante, anche l'importante [Mayo Clinic](#) americana, nelle sue linee guida, [raccomanda](#) esplicitamente l'uso del paracetamolo.

- La tachipirina è un **farmaco dannoso** nella lotta al COVID-19 – privo di significativa attività antinfiammatoria – e l'unico **esplicitamente consigliato** da AIFA e dalla *Mayo Clinic*. Perché?

⁵ Il COVID-19, nella sua forma severa, provoca infiammazione sistemica (la “*tempesta citochinica*” ne è una manifestazione) ed eventi cardiovascolari. Non a caso, i farmaci più indicati sono proprio antinfiammatori e antiaggreganti.

⁶ C'è una correlazione inversa tra la longevità degli individui e la rapidità con cui si accorciano le estremità dei cromosomi, i telomeri, appunto. Minore è la lunghezza dei telomeri, minore è l'aspettativa di vita.

Il Remdesivir: l'unico farmaco approvato è quello che non funziona

Il Remdesivir è un antivirale prodotto dalla [Gilead Science](#),⁷ inizialmente autorizzato *off-label* nella cura del COVID-19 ad uso compassionevole, è l'unico tra i farmaci sperimentali ad aver ricevuto l'[approvazione](#) definitiva dalla *Food and Drug Administration* americana contro il COVID-19.

Anthony Fauci⁸ ([direttore](#) del *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*, NIAID), fin dall'inizio della pandemia ha puntato sul Remdesivir, [definendolo](#) un rimedio “game changing”. La notizia [è arrivata](#) fino in Italia.

Il *National Institute of Health* (NIH, presieduto da Francis Collins)⁴ ha condotto un trial clinico in collaborazione con NIAID. L'[endpoint](#) valutato – e per il quale è stato poi approvato dalla FDA – è “un miglioramento nel tempo di recupero”.

[Inizialmente](#) si sarebbe voluta dimostrare la riduzione della mortalità – e della necessità di ventilazione meccanica nei pazienti COVID-19 – ma l'antivirale di [Gilead Science](#) si è dimostrato inefficace.

Il trial clinico ha cambiato gli *endpoint* della sperimentazione [per ben 2 volte](#), nel tentativo di dimostrare una qualche efficacia del Remdesivir. La “dimostrazione” dell'efficacia nel migliorare i tempi di recupero è stata riportata in un articolo pubblicato sul [NEJM](#).

Oggi sappiamo che il trial clinico [ha fallito](#) anche nel dimostrare l'efficacia nel migliorare i tempi di recupero. Ma per Anthony Fauci il Remdesivir ha “[un chiaro e significativo effetto positivo](#)” nella cura contro il COVID-19. [Gilead Science ringrazia](#).

Anche il *mega-trial* clinico multicentrico, controllato, randomizzato e in doppio-cieco SOLIDARITY⁹ non ha evidenziato [alcun beneficio](#) dall'utilizzo del farmaco e l'Organizzazione Mondiale della Sanità [ne sconsiglia esplicitamente l'utilizzo](#):ⁱⁱⁱ

*WHO has issued a conditional recommendation against the use of Remdesivir in hospitalized patients, regardless of disease severity, as there is currently **no evidence** that Remdesivir improves survival and other outcomes in these patients.*

Per approfondire, un [editoriale](#) sul *British Medical Journal*. Ciononostante il Remdesivir è stato il primo farmaco, tra quelli sperimentali utilizzati per il trattamento del COVID-19, ad [ottenere](#) l'approvazione definitiva dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA), il 25 giugno 2020. E' stato quindi [approvato](#) da AIFA.

*Il medicinale Veklury® (Remdesivir) [...] può essere fornito al momento esclusivamente nell'ambito dell'Emergency Support Instrument (ESI). La Commissione Europea ha reso noto che è in preparazione una **procedura di acquisto congiunto** per ulteriori forniture del farmaco, in modo da fare fronte alle necessità e ai fabbisogni da ottobre in poi.*

- Il Remdesivir è stato promosso direttamente da Anthony Fauci; EMA e AIFA l'hanno **autorizzato**.
- Questo **non significa che funzioni** nella lotta contro il COVID-19.

⁷ Sviluppato con l'intento di curare Ebola, non ha mai [eccelso](#) per efficacia e sicurezza.

⁸ Su Fauci e Collins si veda anche la “Parte 5” del documento al paragrafo “*La lobby dell'origine naturale del virus*”.

⁹ SOLIDARITY è un trial clinico intriso di conflitti di interessi. Si veda a proposito il paragrafo seguente sull'idrossiclorochina. Riguardo a Jeremy Farrar e William Henry Gates III, si faccia riferimento alla “Parte 6” del documento al paragrafo “*Il potere dei più buoni: le scatole cinesi del business vaccinale*”.

Le cure già conosciute contro altre epidemie virali

Il plasma iperimmune aveva già [dimostrato](#) la sua efficacia nel 1919, contro l'influenza pandemica **A(H1N1)** (nota come "la spagnola"), riducendo la letalità della malattia dal 24% al 6%.

La **SARS** è una malattia grave: la [mortalità](#) nei pazienti in terapia intensiva è compresa fra il 34% e il 53%. L'uso di antivirali, antibiotici, cloroquina e idrossicloroquina [riduce la letalità](#) – rispetto alla terapia standard – in una misura compresa fra il 50% e il 70% (portandola al 16%). L'uso di corticosteroidi e interferone ha permesso di [curare pazienti SARS gravi](#) che non hanno risposto ad altre cure: rapida risoluzione delle opacità polmonari e nessun decesso. L'uso di [corticosteroidi](#) ad alto dosaggio ha permesso di salvare l'89% dei pazienti gravemente compromessi. Il trattamento precoce con [antivirali](#) (lopinavir/ritonavir) ha azzerato l'accesso alle terapie intensive (dal 11% al 0%) e la letalità è stata ridotta dal 15% al 2%. Una [review](#) del 2005 riassume lo stato dell'arte dei trattamenti clinici efficaci contro la SARS.

In uno [studio](#) del 2004, il plasma ha abbattuto la carica virale della SARS da 650.000 copie/ml a <1 copia/ml in 24h. I pazienti che non rispondevano ad altri trattamenti hanno risposto al plasma iperimmune. Le immunoglobuline hanno dato [risultati simili](#), migliorando il quadro radiografico e la necessità di ossigenazione già dopo un giorno di trattamento, senza effetti collaterali. Una [metanalisi](#) retrospettiva del 2015 su 32 studi ha dimostrato che il plasma iperimmune abbatte del 75% la mortalità della SARS (e di altre patologie respiratorie gravi), senza alcun effetto collaterale: ^{iv}

*Post hoc pooled meta-analysis across all viral etiologies showed a **statistically significant 75% reduction in the odds of mortality** among those who were treated with convalescent plasma or serum." "We found **no evidence** of serious adverse events or complications.*

Fra le possibili cure contro la SARS vale la pena citare anche la *cinanserina*, un farmaco utilizzato fin dagli anni '70 in ambito psichiatrico, che ha dimostrato di inibire efficacemente la replicazione virale. Non è certo il primo caso in cui l'utilizzo *off-label* di un farmaco permette di curare [altre patologie](#).

Il portale ufficiale dell'Unione Europea dedicato alla ricerca scientifica, [CORDIS](#) (*Community Research and Development Information Service*) [titola](#) «Progetto del 6PQ trova la cura per la SARS». Lo studio è stato pubblicato sul prestigioso [Journal of Virology](#), si vedano anche [Viruses](#), [Chem. Pharm. Bull.](#)

In uno [studio di coorte](#), la letalità delle forme *gravi* di influenza **A(H1N1)** passa dal 54% al 20% (rispetto agli antivirali e non al placebo) grazie l'uso del plasma iperimmune. Un trial clinico multicentrico, in doppio-cieco, randomizzato e placebo-controllato sul plasma [ha dimostrato](#) un abbattimento della carica virale e una riduzione dell'86% della mortalità (anche in questo caso rispetto agli antivirali e non al placebo) durante l'influenza pandemica A(H1N1) del 2009: ^v

*Treatment of severe A(H1N1) infection with H-IVIG within 5 days of symptom onset was associated with **lower viral load and reduced mortality** (OR, 0.14; 95% CI, 0.02-0.92; P=.04).*

Durante l'influenza pandemica **A(H5N1)** gli [antivirali](#) si sono dimostrati risolutivi, anche in forme severe e critiche della malattia: la letalità crolla dal 67% al 7%.

Una [review](#) del 2014 elenca i trattamenti efficaci e disponibili contro la **SARS** e la **MERS**: sono ben 27, appartenenti a 13 diverse classi farmacologiche.

- La letteratura scientifica è ricca di studi che dimostrano l'**esistenza di cure efficaci** contro diverse epidemie virali, comprese quelle più letali, come la SARS e la MERS.

Le cure conosciute ed efficaci contro il SARS-CoV-2

Prima di iniziare questa carrellata di cure disponibili, a basso costo, efficaci, libere da vincoli di proprietà intellettuale e con un ampissimo margine terapeutico, vorrei ricordare la posizione di AIFA.

Nella [circolare](#) – ad oggi (dicembre 2021) in vigore – si legge:

- *Ad oggi non è disponibile alcun trattamento che abbia dimostrato in modo solido un'efficacia nel prevenire la comparsa di sintomi o modificare l'evoluzione della malattia nei soggetti asintomatici.*
- *Non esiste attualmente alcun trattamento che abbia dimostrato di essere efficace nei soggetti asintomatici nelle fasi iniziali dell'infezione nel migliorare il decorso clinico o la sua evoluzione.*

Ricordiamoci queste affermazioni.

Contro questo nichilismo terapeutico, 57 autori di 57 istituzioni di mezzo mondo hanno pubblicato, a novembre 2020, una [review](#) molto interessante che elenca numerosi trattamenti disponibili e efficaci contro il COVID-19. Gli autori avvertono: ^{vi}

In countries where therapeutic nihilism is prevalent, patients endure escalating symptoms and without early treatment can succumb to delayed in-hospital care and death. [...] Randomized trials of individual, novel oral therapies have not delivered tools for physicians to combat the pandemic in practice.

Gli studi randomizzati o i nuovi farmaci non fanno parte delle pratiche mediche efficaci per combattere una pandemia: contro il COVID-19 bisogna intervenire in fretta. Vengono identificate tre tipologie di interventi:

- 1) Aduvanti nutraceutici (in particolare [vitamina A](#), [vitamina C](#), [vitamina D](#), [zinco](#), [quercetina](#)) in grado di combattere l'infiammazione e la conseguente “tempesta citochinica”.
- 2) Terapie che agiscono a livello cellulare sull'infezione (corticosteroidi, antiaggreganti e antitrombotici, antivirali e antibiotici).
- 3) Cure domiciliari e telemedicina.

Segue un elenco dei trattamenti già noti che si sono rivelati efficaci contro il SARS-CoV-2.

Questo elenco non è da considerarsi in alcun modo esaustivo.

Antiossidanti

Ridurre lo stress ossidativo è una [nota](#) strategia per combattere le infezioni virali e migliorare la prognosi dei pazienti in [terapia intensiva](#). Lo stesso – ovviamente – vale per l'infezione da SARS-CoV-2.

Già a febbraio 2020, un gruppo di ricercatori cinesi elencava le potenzialità di [cocktail multivitaminici](#) nel prevenire l'infezione, ridurre la mortalità e la sintomatologia del COVID-19: in particolare vitamine A, B, C, D e acido alfa-lipoico. Altri studi [suggeriscono](#) anche l'integrazione di zinco e acidi omega-3.

Il dottor [Papadakos](#), direttore della Medicina di Urgenza del [Rochester Medical Center](#), [dichiara](#): ^{vii}

Patients are miraculously getting better within two days, making the disease much less scary.

Il dottor [Paul Marik](#) è il [direttore](#) del Dipartimento di Pneumologia e Medicina d'urgenza all'*Eastern Virginia Medical School (EVMS)* e ha alle spalle 30 anni di esperienza clinica. Ha sviluppato alcuni [protocolli](#) per la cura del COVID-19, dalla profilassi agli stadi sintomatici (lievi e moderati) della malattia: questi comprendono vitamina C, D3, quercetina, zinco, melatonina e ivermectina. Quest'ultima è stata [definita](#) come «*la manna dal cielo*» ed è parte integrante del [protocollo I-MASK+](#) contro il COVID-19.

Lo stress ossidativo è [direttamente correlato](#) con la gravità del decorso del COVID-19. Una [review](#) dettagliata sullo stress ossidativo nel COVID-19 e l'importanza degli antiossidanti.

Diversi lavori hanno stabilito una correlazione positiva tra lo stress ossidativo e l'accorciamento dei telomeri; quest'ultimo favorisce la senescenza cellulare, l'invecchiamento [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#)] e l'[aggravamento](#) della malattia COVID-19.

Vitamina C

La vitamina C (VitC) è un [potente antiossidante](#), importante per il corretto funzionamento del sistema immunitario nonché per la sintesi di collagene nell'organismo. Il collagene rinforza i vasi sanguigni, la pelle, i muscoli e le ossa. L'uomo non può creare collagene senza VitC [[fonte](#)]. Le sue proprietà sono note da millenni.

Già a marzo 2020 [era evidente](#) che la VitC avesse un enorme potenziale nella lotta contro il COVID-19: la VitC migliora istantaneamente l'ossigenazione e ha curato tutti i pazienti con sintomi moderati e gravi (50 pazienti su 50). Viene considerata un [trattamento essenziale](#) nella cura dell'infezione.

In sinergia con la quercetina, [ha dimostrato](#) di inibire l'infezione, interferire con le polimerasi virali, le trascrittasi inverse, le proteasi ed il ripiegamento delle proteine del virus, **impedendo cioè al virus di replicarsi**. Ha inoltre **proprietà immunomodulanti**.

Uno [studio](#) su pazienti bisognosi di ossigeno supplementare ha evidenziato il ruolo della VitC nel ridurre significativamente i marker infiammatori. Gli autori concludono che la VitC è sicura ed efficace sia in fasi moderate, che severe della malattia.

Da una [review](#) di trial clinici emerge che la VitC migliora significativamente il decorso.

Così un'altra [review](#):

*La vitamina C riduce la mortalità, la **durata della malattia** e la **necessità della terapia intensiva**.
[...] La somministrazione precoce di vitamina C **evita gli eventi trombotici**.
È un **rimedio sicuro** e a basso costo.*

In un [altro studio](#): «*La VitC ad alte dosi è efficace anche in forme severe e terminali della malattia COVID (previene la tempesta citochinica)*». Vorrei ricordare che prevenire la tempesta citochinica significa impedire che la malattia evolva e diventi pericolosa per il paziente.

Dall'[analisi](#) di due studi controllati, randomizzati e doppio cieco emerge che 17 su 18 pazienti in terapia intensiva hanno livelli trascurabili di VitC. Gli autori concludono: «*VitC riduce significativamente la mortalità, è sicura ed economica*».

Per il [Ministero della Salute](#), [Milena Gabanelli](#) e i [debunker](#), la VitC non funziona assolutamente, anzi sono le solite *fake news* dei complottisti.

Vitamina D

La Vitamina D (VitD) era stata inclusa, già ad aprile 2020, nelle linee guida dell'associazione geriatrica internazionale di Asia e Oceania, pubblicate da [Springer](#). Gli autori concludono che esiste una **correlazione inversa fra i livelli di VitD e la mortalità COVID-19**, soprattutto negli anziani residenti in Spagna, Svizzera e Italia.

La ridotta esposizione alla radiazione solare (vedi *lockdown*) e la conseguente diminuzione dell'apporto di VitD [peggiora la prognosi](#), soprattutto nei pazienti americani e europei. La carenza di VitD [aumenta la letalità](#) del COVID-19 ed è una [caratteristica peculiare](#) dei pazienti gravi. C'è infatti un [maggior rischio](#) di terapia intensiva se la VitD viene scarsamente metabolizzata. Altri autori sottolineano che il trattamento precoce con VitD riduce significativamente la necessità di [terapia intensiva](#) e la [mortalità](#). È necessario [reintegrare](#) la VitD nei pazienti COVID-19. C'è una [relazione dose-dipendente](#) fra la VitD sierica ed il miglioramento della prognosi. Un altro [studio](#): ^{viii}

In hospitalized patients with COVID-19, low 25(OH)D was associated with severe disease and increased ICU admission and mortality rate.

Una [metanalisi](#) di 27 articoli: ^{ix}

We observed a positive association between vitamin D deficiency and the severity of the disease.

Una [metanalisi](#) di **25 studi clinici controllati** ha mostrato che l'integrazione di vitD è associata ad un minor rischio di sviluppare forme severe della malattia. A dicembre 2020 si contavano 30 studi clinici controllati, già registrati, volti a dimostrare l'efficacia della VitD nel mondo (e 2 già conclusi).

Secondo il [Ministero della Salute](#) anche queste sarebbero *fake news*.

Non ci sono attualmente evidenze scientifiche che la vitamina D giochi un ruolo nella protezione dall'infezione da nuovo coronavirus. [...] non esistono, ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, lattoferrina, quercitina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato.

Antivirali e corticosteroidi

In un [articolo](#) su *Nature* vengono elencati circa **100 antivirali** capaci di inibire la replicazione del SARS-CoV-2. Una [review](#) (con 372 referenze) riassume lo stato dell'arte sui trattamenti antivirali contro il SARS-CoV-2.

Un [articolo](#) pubblicato su *Nature* a giugno 2020 riporta i risultati di un trial clinico controllato, randomizzato e doppio cieco sull'uso del desametasone in oltre 2.000 pazienti critici: la mortalità dei pazienti in terapia intensiva viene ridotta del 30%.

Nel trial clinico multi-centrico, randomizzato, doppio cieco, chiamato [RECOVERY](#), i corticosteroidi hanno [dimostrato](#) una riduzione della mortalità del 35% nei pazienti gravi, in ventilazione meccanica.

In un altro studio emerge che l'uso precoce di eparina riduce la mortalità di oltre il 50%. Questo è stato dimostrato indipendentemente anche in uno [studio italiano](#).

Lattoferrina e bioflavonoidi

Già ad aprile 2020 gli studi di alcuni ricercatori [riportavano](#) che la lattoferrina (LF) potesse prevenire e curare il COVID-19.

A maggio 2020 un altro studio [dimostrava](#) che la LF, legando il recettore ACE2, prevenisse l'infezione del SARS-CoV-2. Gli autori sostengono che «*la lattoferrina ha un potenziale profilattico e terapeutico nella pandemia di COVID-19*».

Alcuni autori [riportano](#) come LF contrasti sia l'infezione che l'infiammazione. Secondo un [altro studio](#) pubblicato a giugno 2020: «*La LF sta emergendo come una cura efficace per il COVID*».

A luglio 2020, il sito *Bufale.net* [riporta](#) le parole di Roberto Burioni:

*Da circa una settimana a questa parte il nuovo filone seguito dai **no-vax incalliti** si concentra sull'integratore lattoferrina, il cui potenziale lo **porterebbe addirittura a bloccare il Covid-19**.*

Evidentemente, parlare di cure in Italia, è roba da *no-vax incalliti*.

Secondo un articolo pubblicato a settembre 2020 da [ricercatori](#) americani, di Hong Kong e Taiwan, «*La lattoferrina ha un potenziale unico nel prevenire e curare il COVID*». Per [altri](#) «*La LF è un antivirale ad ampio spettro e previene l'infezione del virus*».

Ad ottobre, il solito [Burioni](#): «*Non esiste nessuna evidenza clinica che indichi l'utilità della lattoferrina nel prevenire o curare Covid-19*». Per [L'Espresso](#) la LF è inutile ed è solo una speculazione, per [Il Foglio](#) è una «*pseudocura*».

Una [review](#) del giugno 2021 conclude: ^x

*Review of the literature strongly suggests utility of LF to **silence the «cytokine storm»**, giving credence to **both prophylactic and therapeutic approaches** towards combating COVID-19 infection.*

Sempre a giugno 2021 viene [dimostrato](#) che la LF interagisce con la proteina spike e impedisce al virus di penetrare le cellule. Esiste un [effetto sinergico](#) fra vitamine e “integratori” che agisce sia come profilassi che come cura contro il COVID-19.

Una [review](#) raccoglie informazioni su una dozzina di flavonoidi che hanno mostrato un eccellente potenziale contro il SARS-CoV2, fra cui quercetina, polifenoli e catechine. Un'altra [review](#) evidenzia come «*i flavonoidi sono un'arma incredibile e potenzialmente utilizzabile contro il COVID-19*».

Un articolo [pubblicato](#) su *International Journal of General Medicine* espone i risultato di un trial clinico prospettico, randomizzato e controllato sull'uso della quercetina al fine di prevenire il decorso severo della malattia. Questi i risultati: ^{xi}

*The results revealed **a reduction in frequency and length of hospitalization**, in need of non-invasive oxygen therapy, in progression to **intensive care units** and in number of **deaths**. The results also confirmed the very high safety profile of quercetin [...]*

Infine, sul prestigioso *Frontiers in Pharmacology*, alcuni ricercatori cinesi [dimostrano](#) che «*la mircetina ha un potente effetto di inibizione delle citochine pro-infiammatorie*». Previene cioè la “tempesta citochinica”.

Il dubbio resta: perché quindi Ministero della Salute e AIFA hanno ripetutamente sconsigliato l'uso di possibili cure a basso costo, facilmente reperibili e dallo straordinario profilo di sicurezza come “vitamine e integratori”?

Ivermectina

L'[ivermectina](#) (IV) è usata in clinica dal 1981 e fa parte delle medicine essenziali secondo l'OMS.

Una [review](#) elenca **20 diversi livelli di azione** dell'IV nella lotta all'infezione da SARS-CoV-2, fra cui: 1) ostacola l'ingresso del virus nelle cellule; 2) interferisce con la replicazione virale e la sintesi proteica; 3) regola i fattori che modulano l'infiammazione; 4) inibisce la "tempesta citochinica"; 5) agisce sui mitocondri aumentando la produzione di ATP [[Tabella 2](#)].

Già a giugno 2020 si era dimostrata la capacità dell'IV di [abbattere di 5.000 volte](#) la carica virale in 48 ore (a [1/10 della dose terapeutica](#) per la quale era già stata approvata per altri usi).

Inoltre il farmaco può aiutare a prevenire il contagio. Uno studio [pubblicato](#) su *Antiviral Research* ha preso in considerazione alcuni nuclei famigliari, in cui almeno una persona fosse risultata positiva al SARS-CoV-2. La somministrazione precoce di IV ha **ridotto la probabilità di contagio di oltre 7 volte** (meno dell'8% dei pazienti trattati con IV si è infettato, contro il 58,4% di quelli non trattati).

Ottobre 2020: in uno [studio di coorte](#) su 196 pazienti, l'aggiunta di IV alla terapia "standard" (antivirali e azitromicina) **riduce del 45% la mortalità media** (rispetto alla terapia standard). In particolare riduce del 52% la mortalità nei pazienti con grave deficit respiratorio.

Gennaio 2021, [ricercatori australiani](#) studiano IV come profilassi: una singola pastiglia di ivermectina **previene la polmonite e l'ischemia cardiaca nel 100% dei pazienti** (115 su 115). **IV riduce di 7 volte il rischio di complicazioni respiratorie e di oltre 90 volte il rischio di terapia intensiva.**

Febbraio 2021: IV usata [come profilassi](#) su operatori sanitari riduce del 73% la probabilità di infezione.

Ciononostante, a marzo 2021, arriva il parere di EMA: l'uso di IV deve essere [ristretto](#) ai soli trial clinici. AIFA ha [preso atto](#) della posizione di EMA. Per il *panel* di esperti [OMS](#), l'efficacia di IV è "molto dubbia".

Intanto continuano ad uscire studi che ne dimostrano l'efficacia.

Ad aprile 2021, gli autori di una [metanalisi](#) di 24 studi clinici randomizzati e placebo-controllati evidenziano «un'ampia e statisticamente significativa riduzione della mortalità, del tempo di recupero e di eliminazione della carica virale». L'articolo si conclude constatando **l'efficacia dell'IV in ogni stadio della malattia**:^{xii}

*Finally, the many examples of ivermectin distribution campaigns leading to **rapid population-wide decreases in morbidity and mortality** indicate that an oral agent effective **in all phases of COVID-19** has been identified.*

Nelle città brasiliane dove si è distribuita IV alla popolazione a scopo profilattico, si sono registrati **abbassamenti della mortalità anche dell'82%**. Si veda anche questo [studio](#) pubblicato a gennaio 2022.

Fra i [115 pazienti](#) COVID-19 che hanno ricevuto una singola dose di ivermectina, **nessuno ha sviluppato polmonite o complicazioni cardiovascolari**, mentre l'11,4% di quelli nel gruppo di controllo lo ha fatto.

Secondo una [metanalisi](#) di 11 trial clinici randomizzati e placebo-controllati, **IV riduce la mortalità del 56%** (ed i tempi di ospedalizzazione).

Un'altra [metanalisi](#) di giugno 2021 mette in luce come «in accordo con i dati disponibili a marzo 2021»:^{xiii}

- 100% of 36 early treatment and prophylaxis studies report **positive effects**.
- 100% of the 17 Randomized Controlled Trials for **early treatment and prophylaxis** report positive effects, with an estimated **improvement of 73% and 83% respectively**.

Gli autori riportano anche una considerazione interessante, non solo dal punto di vista statistico:^{xiv}

*The probability that an ineffective treatment generated results as positive for the 55 studies to date is estimated to be **1 in 23 trillion** ($p = 0.000000000000023$).*

Tuttavia la FDA ha [messo in guardia](#) il pubblico contro “i pericoli” dell’IV. Il *Wall Street Journal* si chiede come mai un medicinale già approvato da decenni – e considerato come assolutamente sicuro fino al giorno prima – possa diventare di colpo pericoloso, nocivo e molto tossico. Nell’[articolo](#) si legge: ^{xv}

*Ivermectin fights 21 viruses, including SARS-CoV-2, the cause of Covid-19. A single dose reduced the viral load of SARS-CoV-2 in cells by 99.8% in 24 hours and 99.98% in 48 hours. [...] Some 70 clinical trials are evaluating the use of IV for treating Covid. The statistically significant evidence suggests that **it is safe and works for both treating and preventing the disease**.*

Il professor [Chris Butler](#) dell’*Università di Oxford*, capo coordinatore del più grande trial clinico al mondo, volto a determinare l’efficacia dei trattamenti contro il SARS-CoV-2 ([PRINCIPLE](#)), ha deciso di includere IV all’interno dello studio. Queste le sue parole riportate in un [comunicato](#) ufficiale della celebre Università: ^{xvi}

*IV is readily available globally, has been in wide use for many other infectious conditions so it’s a well-known medicine with a **good safety profile**, and because of the early promising results in some studies it is already being widely used to treat COVID-19 in several countries.*

IV è una cura dal costo contenuto, efficace e non coperta da brevetti. Potrebbe [cambiare il corso della pandemia](#), ma FDA e OMS frenano. Così il [Jerusalem Post](#): ^{xvii}

*Israeli scientists says **COVID-19 could be treated for under \$1/day** [...] Double-blind study shows ivermectin reduces disease’s duration and infectiousness. FDA and WHO caution against its use.*

Un gruppo di ricercatori giapponesi del [Kumamoto Medical Center](#) ha analizzato i dati epidemiologici – ufficiali – dell’OMS mettendo [in relazione](#) la diffusione del SARS-CoV-2 nel continente africano con l’uso di IV a scopo profilattico. Nei Paesi dove IV è parte della profilassi standard, **il tasso di infezione è inferiore di 7 volte e la mortalità di 8.7 volte.**

Ecco invece come viene descritta IV in Italia, si veda ad esempio [Il Messaggero](#):

*«Covid, ivermectina per cavalli come farmaco contro il virus: l’ultima follia negli Usa»
Il perché una fetta consistente di americani abbia iniziato ad ingerire pasticche per cavalli è presto detto: senza alcuna evidenza scientifica acclarata da studi rigorosi, l’ivermectina è stata trasformata dalla **propaganda no-vax** nell’ultima frontiera delle cure domiciliari anti-covid.*

Un altro [articolo](#) del quotidiano romano:

*«No vax e no mask, prende il Covid e **ora sta morendo**: ha provato a curarsi a casa con l’ivermectina». Come al solito in pratica, grazie alla forte spinta della **propaganda no-vax**, sul web il farmaco è diventato una possibile terapia da preferire alle vaccinazioni al pari dell’antireumatico colchicina e della cloroquina.*

Interessante infine notare come nel frattempo, nell’assordante silenzio di tutti i *media mainstream* italiani, sia stato [autorizzato](#) da AIFA un farmaco proprio a base di ivermectina... ma non come cura contro il COVID-19. ¹⁰

¹⁰ Il farmaco si chiama [IVERSCAB](#) ed è stato autorizzato come antiparassitario **per uso umano**, con buona pace de *Il Messaggero*.

Il caso del plasma iperimmune

Una [metanalisi](#) retrospettiva su 32 studi clinici (dal 2004 al 2015) sull'efficacia del plasma iperimmune contro la SARS conclude che «*il plasma iperimmune è sicuro, efficace e abbatte la carica virale. Se somministrato precocemente, riduce la letalità del 75%*».

A febbraio 2020, uno studio [pubblicato](#) su *The Lancet* suggerisce che il plasma dei pazienti guariti andrebbe testato contro il SARS-CoV-2: il plasma è efficace, sicuro, senza effetti collaterali di rilievo.

*Evidence shows that convalescent plasma from patients who have recovered from viral infections can be used as a treatment without the occurrence of severe adverse events. Therefore, **it might be worthwhile to test the safety and efficacy of convalescent plasma transfusion in SARS-CoV-2-infected patients.***

Siamo a marzo 2020, nel momento più tragico dell'epidemia in Italia. Ufficialmente non si conoscono cure, AIFA e ISS non propongono linee guida, ogni ospedale fa il meglio che può e la letalità della malattia è alta. A Mantova e Pavia, province molto colpite dal COVID-19, diversi medici iniziano a curare i pazienti col plasma iperimmune. **La letalità della malattia crolla: nessun decesso fra i pazienti trattati.**

Il 23 aprile 2020, Massimo Franchini, direttore dell'unità di Ematologia di Mantova [pubblica](#) le linee guida per l'uso del plasma. L'aspetto fondamentale è che il plasma dev'essere titolato: nei pazienti gravi **serve un titolo di 1:320** o superiore.¹¹ Queste le [dichiarazioni](#) del Dott. De Donno a maggio 2020:

*Ci sono individui con titoli estremamente elevati, il più alto è 1:640, cioè il plasma riesce a distruggere il virus in coltura anche con 640 diluizioni. I titoli sono considerati alti da 1:160 in su. Altri pazienti hanno titoli più bassi. Quindi **per poter usare il plasma dei guariti occorre titolarlo, per garantire un risultato omogeneo.***

Il plasma iperimmune arriva su [Nature](#) e in 40 ospedali americani fra cui i blasonati *Mayo Clinic, Johns Hopkins University, Mount Sinai*. In un'intervista sul [Corriere della Sera](#), il dottor De Donno sostiene che, nonostante gli attestati di stima e l'interesse di importanti organizzazioni internazionali (fra cui l'ONU), AIFA e ISS stiano deliberatamente ignorando i suoi risultati.

Diverse testate italiane danno voce al medico, ma da Roma, invece di congratularsi, gli mandano [un'ispezione dei NAS](#). La motivazione ufficiale è accertare che non vi siano irregolarità nel protocollo di cura.

*Decessi azzerati, 48 malati guariti da una cura che non costa nulla. Eppure **mi ritrovo i NAS in corsia e vengo offeso da Burioni, che preferirebbe un farmaco sintetizzato.***¹²
*[...] **Il sangue donato è ricco di anticorpi, è sicuro ed è gratis. Forse dà fastidio.***

L'[ispezione](#) non spaventa De Donno: il medico sviluppa un [protocollo efficace](#) ma questo viene considerato sperimentale da AIFA (nonostante il plasma iperimmune abbia 100 anni di storia clinica alle spalle e un profilo di sicurezza molto alto). Per questo il plasma viene autorizzato solo in pazienti gravi, che non rispondono alle cure.

Ma anche in pazienti seriamente compromessi, la letalità è zero: in pochi giorni De Donno [ha curato 80 pazienti](#) e tutti sono guariti. Però, essendo il protocollo "sperimentale", c'è bisogno ogni volta dell'approvazione del comitato etico e si perde *molto* tempo, quando di tempo se ne ha poco.

¹¹ 1:320 significa che il plasma è stato concentrato 320 volte.

¹² Burioni è co-autore di molti brevetti su anticorpi monoclonali. Si veda la "Parte 6" sul conflitto di interessi.

I siti di [debunking](#)¹³ iniziano a [mettere in discussione](#) l'efficacia della terapia col plasma, attaccano personalmente De Donno e ripetono che la nostra salvezza arriverà solo col vaccino.

Il 18 maggio 2020 AIFA [autorizza](#) il trial clinico TSUNAMI. Secondo AIFA è "l'unico randomizzato in grado di valutare la sicurezza e l'efficacia della terapia". Ma il capofila della sperimentazione non è Mantova, bensì Pisa: De Donno viene tagliato fuori.

Il *Giornale* [denuncia](#) un potenziale conflitto di interessi interno al Partito Democratico sulla vicenda plasma e sottolinea che a Pisa hanno curato con il plasma solo due casi di COVID-19.

Nei giorni scorsi il Giornale ha denunciato lo scandalo del plasma iperimmune industriale che sarà prodotto dalla Kedrion, azienda di famiglia del capogruppo Pd al Senato Andrea Marcucci grazie a una sperimentazione partita da Aifa e Istituto superiore di Sanità con l'ok del governo.

Il 26 maggio parte ufficialmente TSUNAMI, ma [mancano i pazienti](#): in tutta la Toscana ci sono solo 3 casi di COVID-19. Poi [non ci sono gli ospedali](#): dei 74 arruolati, solo 14 hanno aderito e solo 7 collaborano. Infine [manca il plasma](#).

Affari Italiani titola: «Plasma iperimmune, piano per boicottarlo: ostacoli, burocrazia, zero raccolta» e pubblica un'intervista al responsabile della sperimentazione, il Prof. Menichetti, nella quale denuncia la mancanza di coordinamento, l'eccessiva burocrazia, la mancanza di una banca nazionale del plasma, una rete di raccolta ed il silenzio tombale del Ministero della Salute, AIFA, ISS e tutti i *media mainstream*.

D: Anche qualcuno del CTS poteva andare in tv e dire andate a donare...

R: Non ci pensano neanche lontanamente...

Preferiscono celebrare il vaccino che arriverà, gli anticorpi monoclonali che verranno.

Così De Donno su [StartMag](#):

*È ovvio che ci sarà un motivo, per cui Aifa e Iss hanno scelto di affidare a Pisa la sperimentazione, che tra l'altro non è riuscita ad arruolare pazienti nella prima fase. Ce lo spiegheranno e sarò prontissimo ad accettare le spiegazioni, ma non mi vengano a dire che ci sono motivi scientifici, perché così non può essere [...].
Io mi sarei aspettato che Istituto Superiore di Sanità e Aifa mi contattassero.*

Infine l'affondo:

Noi quelle poche volte che all'inizio della pandemia venivamo chiamati a parlare in televisione siamo stati relegati a mezzanotte per pochissimi minuti", mentre "vediamo in prima fascia il solito virologo che si è permesso di dire tutto ed il contrario di tutto, probabilmente pagato dalla Rai. Su questo sarei molto interessato a saperlo, perché uno scienziato pagato non è uno scienziato credibile. La scienza deve essere gratis [...].

Io dal primo momento che è partita la sperimentazione ho chiuso la libera professione, con un danno enorme dal mio punto di vista, ma è giusto così.

A ottobre 2020 [viene annunciato](#) il trial clinico sul plasma della *Johns Hopkins University*.

I ricercatori hanno [lamentato](#) il fatto che – nonostante 100 anni di storia clinica e un profilo di sicurezza altissimo – la FDA abbia concesso solo l'autorizzazione di emergenza.

¹³ Spesso i "demistificatori" sono i primi a diffondere notizie tendenziose, manipolate, spesso addirittura false. Si veda *Appendice 5*.

A novembre 2020 De Donno [pubblica](#) i risultati della sua sperimentazione. I pazienti non sono paucisintomatici: 70% è in ventilazione forzata, 16% è già intubato, 41% è già affetto da 2 o più patologie gravi, 84% ha infiltrazione polmonare bilaterale. **43 pazienti critici su 46 si sono salvati.**

Sempre a novembre viene pubblicata una [metanalisi](#) di ricercatori cinesi sui benefici del plasma: sulla base di 19 report clinici, il plasma è efficace contro il COVID-19 e non ha effetti collaterali.

Sul *New England Journal of Medicine*, [i risultati](#) di un trial clinico controllato, doppio cieco e randomizzato: il plasma riduce del 48% il rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19.

Nonostante le difficoltà, anche il trial della *Johns Hopkins* si conclude positivamente. Il plasma [funziona](#):^{xviii}

*Convalescent plasma has been successfully used for treatment of COVID-19. We found **a strong correlation** between plasma functionality and polyclonal antibody targeting of CoV2 spike protein peptides.*

Siamo a febbraio 2021 e De Donno rilascia [un'intervista](#) ad *Affari Italiani* dove ribadisce che il plasma serve in fasi precoci della malattia e tutto dipende dalla concentrazione degli anticorpi. Il Direttore del Servizio Trasfusionale di Mantova, Massimo Franchini si esprime così:

*Ho notato [...] una **riduzione della mortalità del 65%**, un dato molto importante. È stato dato plasma ad alto titolo, con un'alta percentuale di anticorpi capaci di bloccare il virus."*

L'8 Aprile 2021 si conclude il trial clinico TSUNAMI, così il [comunicato stampa AIFA](#):

*Nel complesso TSUNAMI **non ha quindi evidenziato un beneficio** del plasma in termini di riduzione del rischio di peggioramento respiratorio o morte nei primi trenta giorni.*

L'AIFA liquida l'annosa questione del plasma iperimmune in [una paginetta](#).

E il plasma torna ad essere una cura compassionevole.

Quello che si deduce dal report AIFA-ISS:

1. La popolazione era costituita da pazienti già affetti da deficit respiratorio.
2. L'efficacia della cura è stata valutata contro la "terapia standard", ovvero antivirali e corticosteroidi (già molto efficaci), non contro il placebo.
3. Il plasma su pazienti meno gravi ha dimostrato una efficacia clinica ($p < 0.05$).
4. Lo studio ha dimostrato il ruolo terapeutico del plasma se somministrato nello stadio iniziale della malattia.

Quello che non si deduce dal report AIFA-ISS:

1. Numero dei pazienti guariti / intubati / deceduti;
2. Quando è stato usato il plasma, dopo quanti giorni dall'infezione.
3. Età media dei pazienti.
4. Numero e tipologia di patologie pre-esistenti.
5. Titolo esatto del plasma iperimmune.
6. Rapporto fra anticorpi neutralizzanti e non-neutralizzanti del plasma.

Cosa hanno sbagliato AIFA e ISS nel trial "Tsunami" ?

Facciamo qualche ipotesi:

1. Affidare il ruolo di capofila della sperimentazione a Pisa, polo sicuramente **meno “esperto”** rispetto a quello di Mantova o Pavia.
2. Non studiare l’efficacia del plasma nella **fase precoce** della malattia.
3. Usare anticorpi con un **titolo troppo basso** per contrastare la malattia avanzata.
4. Considerare pazienti con **compromissione della funzionalità respiratoria** (anche non lieve).
5. Valutare l’efficacia del plasma contro la **terapia standard** (e non il placebo).
6. Non attivare precocemente una **banca del plasma**.
7. Non promuovere **campagne di sensibilizzazione** per la donazione del sangue.
8. Non garantire plasma in misura sufficiente, con **alto titolo** di anticorpi neutralizzanti.
9. Non escludere un potenziale **conflitto di interessi** fra il capofila della sperimentazione e la ditta *Kendrios* impegnata nella produzione di anticorpi.
10. Escludere *di fatto* una possibile rivalutazione del plasma (almeno) in un **fase precoce** della malattia, nonostante lo stesso rapporto AIFA avesse individuato benefici non trascurabili.

Qualche chiarimento arriva dalle parole di Menichetti, riportate dal [Secolo XIX](#):

Viene evidenziato un segnale incoraggiante legato al sottogruppo di persone trattate nello studio in cui il plasma è stato trasfuso quando ancora avevano una buona funzione respiratoria. In questi pazienti, in cui la polmonite era solo agli esordi, i dati indicano effetti positivi e penso che varrebbe la pena approfondire questa rilevanza con un ulteriore studio. [...] Non a caso l’FDA raccomanda la somministrazione del plasma ad alto titolo anticorpale entro i tre giorni dal ricovero in ospedale e dall’insorgere della polmonite da Sars-CoV-2, e non dopo un aggravamento.

Qualcuno sospetta che la cura col plasma iperimmune sia stata boicottata; di sicuro lo studio non è stato condotto nel modo ottimale.

Vale la pena ricordare che alla guida dell’ISS c’è Silvio Brusaferrò, [convinto pro-vax](#), che [ha ricevuto](#) “sponsorizzazioni platinum” e “gold” da MSD, GlaxoSmithKline e Pfizer. Anche la condizione di conflitto di interessi del suo predecessore, Walter Ricciardi, meriterebbe [una monografia](#): finanziamenti da Sanofi Pasteur, GlaxoSmithKline, Pfizer, Menarini... solo per citarne alcuni.¹⁴

Curiosamente, anche un altro studio – con *enormi* e palesi conflitti di interesse – è stato condotto in maniera analoga. A maggio 2020 parte il più grande studio randomizzato sul plasma, all’interno del *mega-trial* clinico internazionale denominato [RECOVERY](#), volto a studiare le possibili cure contro il COVID-19.

L’intero trial clinico è finanziato dai due monopolisti mondiali dei vaccini,¹⁵ Jeremy Farrar ([Wellcome Trust](#), [CEPI](#), [COVAX](#), [ACT-Accelerator](#), [Global Fund](#)) e William Henry Gates III ([GAVI](#), [COVAX](#), [IFFIm](#), [OMS](#), [ACT-Accelerator](#), [Global Fund](#)):¹⁶

This trial is supported by grants to the University of Oxford from the National Institute for Health Research (NIHR), UK Research and Innovation, and Wellcome. By core funding provided by the Bill and Melinda Gates Foundation [...] and Wellcome.

¹⁴ Su Brusaferrò e Ricciardi si veda la “Parte 6” al paragrafo “I conflitti di interessi degli «esperti catodici» italiani”.

¹⁵ Su Farrar (Wellcome) e Gates si veda la “Parte 6” al paragrafo “Il potere dei più buoni: le scatole cinesi del business vaccinale”.

¹⁶ Si veda alla voce “Funders” nella [pagina web](#) di RECOVERY.

Il trial clinico non si è neppure concluso: è stato [interrotto](#) perché sarebbero emerse "forti evidenze" contro l'efficacia del plasma.

Per capire le motivazioni è necessario leggere la [pubblicazione](#) su *The Lancet*, dalla quale si deduce che:

1. È stato usato plasma con concentrazione di 1:100 (troppo bassa).
2. I pazienti sono stati randomizzati 9 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi.
3. I pazienti sono stati trattati 36 ore dopo la randomizzazione.
4. Significa che la terapia è stata somministrata 12 giorni dopo i primi sintomi.
5. L'87% dei pazienti stava già ricevendo ossigeno supplementare.
6. L'efficacia è stata valutata contro la terapia standard (e non il placebo).

Come mai sono stati commessi gli stessi - banali - errori sia in "TSUNAMI" che in "RECOVERY"?

- 1) Si è usato plasma con titolazione troppo bassa.
- 2) Si è iniziata la terapia troppo tardi, quando il quadro clinico dei pazienti era già compromesso. In "RECOVERY" addirittura dopo 12 giorni.

Ad agosto 2021 viene pubblicata una [metanalisi](#) di 13 studi clinici su quasi 2.000 pazienti: il plasma dimezza la mortalità, riduce del 65% la necessità di ventilazione meccanica e non ha effetti collaterali di rilievo.

A novembre 2021 vengono [pubblicati](#), su *Journal of Clinical Investigation*, i risultati di uno studio randomizzato condotto a Filadelfia (USA) fra maggio 2020 e gennaio 2021. Anche in questo caso i pazienti non erano paucisintomatici: si trattava di pazienti ospedalizzati, di età compresa fra i 52 e i 75 anni, in condizioni severe, con 3 o più patologie pre-esistenti. Ciononostante - trattando i pazienti **al primo giorno di ricovero** con plasma iperimmune - la letalità del COVID-19 crolla (rispetto alle cure standard), riducendosi di oltre 5 volte (dal 26% al 5%). Gli autori concludono: ^{xix}

*We found that CCP [Convalescent COVID-19 Plasma] treatment was safe and conferred **significant benefit** as measured by our clinical severity score and 28-day and mortality.*

Giuseppe De Donno [si esprimeva così](#):

*I veri eroi sono quelli che donano il plasma e che permettono di far guarire altri pazienti, **questo trattamento è democratico, parte dal popolo e torna al popolo**, esprime una **grandissima solidarietà** del guarito verso il malato.*

- Il plasma iperimmune ha una **notevole efficacia** nella cura del COVID-19. A meno che non sia somministrato tardivamente e a concentrazioni troppo basse.
- Questo era noto **da decenni**, ma sia nel trial clinico ISS-AIFA "Tsunami", che in quello inglese "Recovery", sono stati fatti **gli stessi evidenti errori**.
- L'ombra del conflitto di interessi è **palese** in entrambi i trial clinici.
- **AIFA e ISS non hanno mai ammesso** l'efficacia del plasma iperimmune, neppure di fronte ai risultati del trial clinico da loro condotto.
- Molti articoli scientifici, metanalisi e trial clinici - senza (evidenti) conflitti di interessi - hanno **inequivocabilmente dimostrato** l'eccezionale efficacia e la sicurezza del plasma iperimmune.

Il caso dell'idrossiclorochina

Quello dell'idrossiclorochina è un caso emblematico perché riassume molte delle contraddizioni emerse durante questa pandemia. In particolare: 1) Studi scientifici e trial clinici condotti in presenza di enormi conflitti di interesse. 2) Articoli scientifici *falsi*, inventati di sana pianta e usati come arma per screditare la ricerca di molti altri onesti scienziati. 3) Prestigiose riviste scientifiche pubblicano studi decisamente "sospetti". 4) Una campagna di stampa pervasiva, a senso unico, che diffonde solo disinformazione. 5) L'uso "politico" del «*Io-dice-la-scienza*», che di scienza non ha proprio nulla.

Ma andiamo con ordine.

L'[idrossiclorochina](#) (HCQ) – un derivato della [clorochina](#) (CQ) – viene approvata dalla FDA nel 1955, fa parte dell'elenco dei [medicinali essenziali](#) secondo l'OMS. Sulla clorochina si veda questa [ottima review](#) del 2003 su *The Lancet* intitolata «*Effects of chloroquine on viral infections: an old drug against today's diseases*».

Nel 2018, HCQ è stata prescritta [5 milioni di volte](#) solo negli USA. Dal 1955 al 2001, in tutta la letteratura medica, sono stati riportati [solo 8 decessi](#) legati alla tossicità di HCQ e [meno di 10 casi](#) di sovradosaggio fra il 2012 e il 2018. **HCQ è uno dei farmaci che – in assoluto – possiede il profilo di sicurezza più elevato.**

Pur non essendo un antivirale in senso stretto, funziona contro le infezioni virali: già nel 2003, su *The Lancet*, veniva riportata l'evidenza che HCQ prevenisse il rilascio di citochine pro-infiammatorie. Nel 2004 si è rivelata un [ottimo trattamento](#) sia profilattico che terapeutico contro la SARS: inibisce la penetrazione del virus nelle cellule ed è importante nella profilassi. Gli autori concludono: ^{xx}

*If SARS re-emerges, chloroquine can be of **great importance** as prophylactic medication for people living in and travelling to the affected area.*

Ad agosto 2005, altri ricercatori riportano sul *Virology Journal* la capacità della clorochina di impedire la diffusione della SARS. Un secondo lavoro su *The Lancet* conferma: la clorochina **inibisce la replicazione virale**. Un [terzo](#): la clorochina interagisce con le proteine di membrana, impedendo al virus di infettare le cellule. Inibisce inoltre la [replicazione della MERS](#) anche [a basse concentrazioni](#).

A febbraio 2020, è stata utilizzata da [ricercatori cinesi](#) contro il SARS-CoV-2 con gli stessi risultati: la clorochina blocca l'infezione già a basse concentrazioni, la finestra terapeutica è molto ampia. Sempre a febbraio 2020, la clorochina è studiata in **15 trial clinici** in oltre 10 diversi ospedali cinesi. Gli autori concludono: «*La clorochina è un rimedio **raccomandato** nella lotta contro il COVID e sarà inclusa nelle prossime linee guida*».

A marzo 2020 vengono [pubblicati](#) i risultati del trial clinico condotto da [Didier Raoult](#) a Marsiglia: la carica virale viene ridotta dell'85% dopo 2 giorni di trattamento con HCQ e azitromicina. Dopo 5 giorni è **zero**.

Secondo [Forbes](#), HCQ ha le carte in regola per diventare "la cura" contro il COVID-19.

Il 22 marzo 2020, in un articolo di opinione su *Science*, si annuncia il lancio di un trial clinico, in seno all'OMS, nominato SOLIDARITY che studierà – fra gli altri trattamenti – anche HCQ.

I toni non sono propriamente entusiastici: ^{xxi}

*Hydroxychloroquine, in particular, might do **more harm than good**.
[...] This is a warning signal, but we still need to do the trial.*

Il 29 marzo 2020, il professor [Harvey Risch](#), epidemiologo della [Yale School of Public Health](#) definisce HCQ come un [trattamento rivoluzionario](#), a patto che venga somministrata precocemente: ^{xxii}

*The **game changer** is to aggressively treat people as soon as possible, before they are hospitalized, to keep them from becoming hospitalized in the first place.*

Il 31 marzo 2020, l'HCQ guadagna uno spazio sui *media* internazionali e viene subito «politicizzata» in funzione [anti-Trump](#). L'una è peggio dell'altro.

Ad aprile 2020 arriva una [review](#) a confermare l'efficacia: sia CQ che HCQ riducono l'ospedalizzazione e migliorano il decorso della polmonite COVID-19. Entrambe sono efficaci anche nella cura di infezioni causate da altri coronavirus, a concentrazioni plasmatiche compatibili con i **dosaggi «standard»** (già approvati dalle agenzie regolatorie per il trattamento di altre patologie).

Dopo aver pubblicato la review, la casa editrice (Elsevier) sembra dissociarsi dalle conclusioni degli autori e rilascia una strana [dichiarazione](#):^{xxiii}

*The use of CQ/HCQ as a potential prevention or treatment for COVID-19 has been reported **anecdotally** but there is currently no large-scale data available on its safety and efficacy for this use. The WHO has included chloroquine/hydroxychloroquine as one of four drugs to be evaluated in the SOLIDARITY mega-trial.*

La Elsevier sostiene che solo il *mega-trial* clinico SOLIDARITY possa sancire l'efficacia della HCQ. Una presa di posizione singolare da parte di una casa editrice.

Intanto HCQ sta dimostrando la sua [efficacia](#) anche in ambito clinico. Il 15 maggio 2020 viene pubblicato uno [studio](#) retrospettivo su 550 pazienti critici (intubati): HCQ – anche a basse dosi – **riduce la mortalità di oltre il 60%**. Così [Il Fatto Quotidiano](#) sulla situazione in Italia:

*Coronavirus – Da Nord a Sud 1039 pazienti trattati a casa con idrossiclorochina.
Il punto sulla sperimentazione: «Crollo dei ricoveri».*

Una buona parte della stampa americana *liberal* si mette al lavoro per screditare HCQ, definendola «*La cura di Trump*». Si vedano: [CNN](#), [CNN](#), [Washington Post](#), [New York Times](#), [ABC News](#).

È in questo clima che il 22 maggio 2020 arriva – **provvidenziale** – l'articolo che in molti aspettavano: direttamente [dalle pagine](#) del prestigioso *The Lancet*, la prova “inconfutabile” che HCQ sia dannosa. Secondo le conclusioni dello studio HCQ *raddoppia* la mortalità del COVID-19.

Lo studio si basa sull'analisi dei dati contenuti in un enorme database, in possesso di una società di consulenza biomedica (*Surgisphere*): 100.000 pazienti COVID-19 ricoverati in 671 ospedali distribuiti nei 5 continenti. Tuttavia nessun dato grezzo è stato reso disponibile per la *peer-review*, nessun database è stato consultabile da terzi, nessun algoritmo è stato reso pubblico. **E i risultati contraddicono 65 anni di storia clinica.** Quasi contemporaneamente gli stessi autori pubblicano un altro articolo sul [NEJM](#).

La notizia fa il giro del mondo.

[The Guardian](#): «*La cura di Trump uccide*». [CNBC News](#): «*I pazienti trattati con l'idrossiclorochina, la medicina promossa da Trump, sono a più alto rischio di morte*». [Fanpage](#): «*L'idrossiclorochina presa da Trump contro il Coronavirus aumenta rischio di morte dei pazienti Covid*». [Huffington Post](#): «*L'idrossiclorochina presa da Trump aumenta il rischio di morte dei pazienti Covid-19*». Non c'è dubbio: chi decide i titoli ha una sua linea editoriale e sa come essere anticonformista. Su questo aspetto si veda l'ultima parte del lavoro.

Intanto molti ricercatori, di tutto il mondo, richiedono spiegazioni agli autori e vogliono analizzare i dati grezzi dello studio. In molti – fra gli addetti ai lavori – sospettano che ci sia qualcosa di strano in quello studio che contraddice 65 anni di evidenze cliniche.

Il 20 maggio 2020, oltre 200 scienziati di tutto il mondo [chiedono formalmente](#) di poter accedere ai dati grezzi dello studio sul *Lancet* e mettono in luce diversi “limiti” dello studio. In particolare: 1) nessun dato o algoritmo è stato pubblicato o reso disponibile; 2) i dati di diversi paesi sono in contraddizione con quelli ufficiali dei rispettivi governi; 3) i profili dei pazienti sono identici nei 5 continenti; 4) le dosi di HCQ sono molto più alte rispetto a quelle normalmente prescritte; 5) le conclusioni non rispecchiano i dati.

Lo stesso giorno *The Guardian* [pubblica](#) un articolo dal titolo «Domande sullo studio sull'idrossiclorochina che ha indotto l'OMS a interrompere le sperimentazioni per il Covid-19», nel quale si sollevano diversi dubbi circa l'attendibilità dei dati forniti da Surgisphere.

Il 25 maggio 2020, anche [Repubblica](#) definisce «controverso» lo studio pubblicato sul *Lancet*.

Ma per l'OMS non c'è nulla di strano: lo studio è attendibile e il panel di esperti decide di [fermare il trial clinico](#) SOLIDARITY sull'HCQ. Dello stesso avviso [Anthony Fauci](#):^{xxiv}

*The scientific data is really quite evident now about the **lack of efficacy** for it.*

Il 26 maggio 2020 AIFA [sospende l'autorizzazione](#) di HCQ per il trattamento del Covid-19, sia in ambito ospedaliero che domiciliare.

Il 27 maggio Raoult [pubblica](#) i risultati di un altro trial clinico su HCQ: **3.737 pazienti curati, nessun decesso**.

Lo stesso giorno [Harvey Hirsch](#), professore Emerito di Epidemiologia alla *Yale School of Public Health*, sull'[American Journal of Epidemiology](#) difende apertamente HCQ e denuncia quella che considera una mistificazione mediatica. Secondo Hirsch, HCQ è già in uso su oltre 300.000 pazienti anziani affetti da patologie multiple ed il rischio di eventi avversi imputabili a HCQ è decisamente basso: 9 su 100.000.^{xxv}

*HCQ + AZ has been widely misrepresented in both clinical reports and public media. [...] HCQ + AZ has been used as the **standard of care in more than 300,000 older adults with multiple comorbid conditions**. The estimated proportion of such patients diagnosed with cardiac arrhythmia attributable to the medications is 47 per 100,000 users, among whom estimated **mortality is less than 9/100,000**, as compared with the 10,000 Americans now dying each week. These medications need to be made widely available and promoted immediately for physicians to prescribe.*

Ai primi di giugno anche alcune riviste di divulgazione scientifica iniziano a sollevare dubbi: [The Scientist](#) «Emergono forti dubbi sullo studio del *Lancet*», [Science The Wire](#): «Perché lo studio osservazionale sull'idrossiclorochina puzza».

I giornalisti di *The Guardian* [indagano](#) a fondo e pubblicano i risultati della loro inchiesta: Surgisphere, la società che sarebbe in possesso del database - e che avrebbe fornito i dati ai ricercatori - è una società “fantasma” costituita da 3 dipendenti, nessuno di quali con un *background* scientifico. La pagina web di contatto di Surgisphere rimanda ad un blog di criptovalute:^{xxvi}

*Surgisphere, whose employees appear to include **a sci-fi writer and adult content model, provided database** behind *Lancet* and *New England Journal of Medicine* HCQ studies. [...] the “get in touch” link on Surgisphere’s homepage redirected to a WordPress template for a **cryptocurrency** website.*

Il Presidente della società, [Sapan Sharankishor Desai](#) era già stato denunciato 4 volte per malpratica medica. Il primo autore dello studio è [Mandeep R. Mehra](#), professore ad *Harvard* e Direttore del Reparto di Cardiologia al [Brigham and Woman Hospital](#).

Lo stesso ospedale è [impegnato](#) in due diversi trial clinici sul *Remdesivir*, l'antivirale preferito da Anthony Fauci nonché il primo medicinale approvato dalla FDA (ma che non funziona). Su *Remdesivir* e HCQ si veda anche [questo](#) ottimo articolo.

Il 4 giugno, [Science](#) avverte: si potrebbe trattare di una grossolana frode.

Lo stesso giorno [The Lancet](#) ritira l'articolo.

Si scopre che i dati del database non sono mai esistiti e l'articolo è stato completamente inventato.

Il direttore di *The Lancet*, [Richard Horton](#), dalle pagine del [New York Times](#) ha definito – senza mezzi termini – l'articolo sull'HCQ «una frode colossale». L'editor capo del *NEJM*, [Dr. Eric Rubin](#), ha chiesto scusa ai lettori dichiarando: «non avremmo dovuto pubblicarlo».

Ma ormai il danno è fatto. Su [Science](#) la denuncia dei medici impegnati nei trial clinici: ^{xxvii}

«The problem is, *we are left with all the damage that has been done*» says White, a co-investigator on a trial of hydroxychloroquine for COVID-19 prevention that was halted at the request of U.K. regulators last week.
«Headlines proclaiming deadly effects will make it hard to recruit patients to key studies
The whole world thinks now that these drugs are poisonous».

Nonostante gli articoli siano stati ritirati – e le scuse esplicite degli editor delle riviste – non si trovano più pazienti per i trial clinici, per l'opinione pubblica HCQ resta un veleno.

Per misurare quanto sia esteso il danno mediatico (e quanto martellante sia stata, e sia tutt'oggi, la campagna di disinformazione della stampa *mainstream* in Italia), basta leggere un articolo del 7 settembre 2021 su [Il Corriere](#), dal titolo «L'ivermectina, l'ultima (e pericolosissima) delle fake news sui presunti farmaci anti-Covid». Il sottotitolo è ancora peggio:

Migliaia di persone *rifiutano di vaccinarsi* perché convinte che la malattia si possa curare a casa. Il problema è che i **farmaci consigliati sui social network sono inefficaci e al tempo stesso tossici**, come lo era l'anno scorso **l'idrossiclorochina**, sostituita quest'anno da un antiparassitario che si usa in medicina veterinaria [ivermectina].

La disinformazione dei media contro HCQ (e possibili cure in generale) non si limita all'Italia: qui un [notevole esempio](#) di *fact-checking* della *Reuters*. Premessa – e articolo – sbagliati, conclusione infondata, sottotitolo falso. Si veda a proposito anche *Appendice 5*.

Dopo pochi giorni, a giugno 2020, Desai e Mehra provano a usare [la stesso copione](#), già collaudato con HCQ, per screditare l'ivermectina. Fortunatamente l'inganno viene svelato prima della pubblicazione. Si veda [qui](#), [qui](#) e [qui](#). Lavoravano su commissione?

La ricerca scientifica sull'HCQ fortunatamente non si è fermata: il 1 agosto 2020 vengono [pubblicati](#), su *International Journal of Infectious Diseases*, i risultati di uno studio retrospettivo multi-centrico su 2.541 pazienti gravemente compromessi e ospedalizzati da oltre 6 giorni. HCQ da sola, o in combinazione con Azitromicina, **è efficace anche su pazienti critici**: ^{xxviii}

Hydroxychloroquine provided a 66% hazard ratio reduction, and hydroxychloroquine + azithromycin 71% compared to neither treatment (p < 0.001).

Un altro [articolo](#) (pubblicato il 9 luglio 2020) dimostra anche le proprietà profilattiche dell'HCQ nella lotta al COVID-19: **probabilità di contagio dimezzata**.

Secondo un altro [studio](#) retrospettivo, HCQ a basse dosi (in combinazione con zinco e azitromicina) **riduce la probabilità di ricovero dal 15,4% al 2,8% e la letalità dal 3,4% allo 0,7%**.

Ma per l'OMS [non ci sono prove](#) che HCQ sia efficace.

L'11 dicembre 2020 il *Consiglio di Stato* [accoglie un ricorso](#) di un gruppo di medici di base contro la [nota del 22 luglio 2020 dell'AIFA](#) che vietava la prescrizione del farmaco. La delibera del *Consiglio di Stato* sancisce che sia possibile curarsi con HCQ, a patto che il medico la prescriva.

In risposta, il 20 dicembre 2020 AIFA rilascia [questa circolare](#):

Alla luce delle evidenze che si sono progressivamente accumulate nell'uso terapeutico su pazienti ricoverati e che dimostrano la completa mancanza di efficacia a fronte di un aumento di eventi avversi [...].

AIFA non raccomanda l'utilizzo di HCQ nei pazienti in ospedale. AIFA inoltre **non ritiene né utile né opportuno** autorizzare nuovi studi clinici nei pazienti ricoverati.

Quale medico prescriverebbe HCQ in queste condizioni, contravvenendo alle *raccomandazioni* di AIFA?

Il 22 dicembre 2020 [va a fuoco](#) il principale stabilimento del secondo produttore mondiale di HCQ.

Il dottor [Peter Mc Cullough](#) – uno dei cardiologi più importanti del mondo – in audizione al Senato USA, il 19 novembre 2020, riassume così il caso HCQ. L'intervento è visionabile [qui](#), al minuto 21:45: ^{xxix}

This is academic malfeasance.

There were two fraudulent papers, one in NEJM, one in Lancet [...] they were "scare-papers", they were meant to scare people on HCQ.

Since then there were dozens of scare tactics in the academics, these are people in my field, in the academic, who were committing academic frauds.

Academic medicine is committing a fraud, a crime against humanity. [...]

I am extremely concerned about the academic contribution to scare tactics in the world.

There must a motivation for this, much bigger than Democrats vs Republicans.

- La cloroquina e i suoi derivati sono farmaci **utilizzati da decenni**, con profili di sicurezza altissimi.
- **Un solo articolo** – che contraddice 65 anni di ricerche ed evidenze cliniche – è stato ripreso da tutti i *mass media* occidentali con il fine di **screditare l'idrossiclorochina**, una cura promettente (anche) contro il SARS-CoV-2.
- Da quel momento l'idrossiclorochina diventa un **veleno** agli occhi dell'opinione pubblica.
- Forse non tutti sanno che quell'articolo si è rivelato essere «**una frode colossale**».
- In ogni caso, sarebbe giusto domandarsi se sia sufficiente un solo articolo per **screditare** 65 anni di evidenze cliniche, scientifiche ed epidemiologiche.
- Gli articoli scientifici, le metanalisi e i trial clinici – senza (evidenti) conflitti di interessi – hanno dimostrato **inequivocabilmente** l'efficacia e la sicurezza dell'idrossiclorochina.
- Accentrare tutti i trial clinici in un unico *mega-trial*, finanziato da chi ha un palese **conflitto di interessi** nello sviluppo dei vaccini, potrebbe non garantire una valutazione imparziale.
- L'uso politico del «*lo-dice-la-scienza*» è una **grossolana manipolazione** scientifica e mediatica.

Vaccinare o curare?

Per comprendere come mai, dopo quasi due anni di pandemia, le case farmaceutiche, le Istituzioni ed i *media mainstream* continuino a promuovere vaccini inutili (e dannosi) come **unica soluzione** – ignorando (o addirittura screditando) tutta la letteratura medico-scientifica disponibile riguardo a possibili cure¹⁷ – è necessario conoscere cosa preveda l'**autorizzazione condizionale al commercio** (la cosiddetta “*autorizzazione di emergenza*”) concessa per gli attuali vaccini.

Le Agenzie regolatorie (in particolare [FDA](#) e [EMA](#)) pongono condizioni molto stringenti sulla possibilità che un determinato trattamento sanitario possa essere autorizzato “in emergenza”. Secondo quanto previsto, **tutte queste 4 condizioni** devono essere soddisfatte:

- 1) *la patologia costituisce un pericolo per la vita*
- 2) *esistono studi che dimostrano l'efficacia del trattamento*
- 3) *i benefici del trattamento superano i rischi*
- 4) *non esiste una cura*

Alla luce di quanto esposto (anche nei precedenti capitoli del documento), ritengo che **nessuna** delle condizioni necessarie per l'autorizzazione sia stata soddisfatta, in particolar modo le ultime due.

Questo significa che se si fosse dimostrata l'efficacia – anche di un solo trattamento – le case farmaceutiche non avrebbero potuto commercializzare i loro vaccini (tramite la procedura di emergenza).

Inoltre, la fase III di sperimentazione (l'attuale campagna di vaccinazione di massa) sarebbe illegittima anche alla luce dell'art. 16 della *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina* ([Convenzione di Oviedo](#)):¹⁸

Nessuna ricerca può essere intrapresa su una persona a meno che le condizioni seguenti non siano soddisfatte:

- i) non esiste metodo alternativo alla ricerca sugli esseri umani, di efficacia paragonabile,*
- ii) i rischi che può correre la persona non sono sproporzionati in rapporto con i benefici potenziali della ricerca [...]*

È evidente che oggi non sussistano le condizioni per l'autorizzazione di emergenza dei vaccini. Non sono mai esistite. **Promuovere questi vaccini significa necessariamente negare le cure.**

- Molte delle cure oggi disponibili contro il SARS-CoV-2 sono **conosciute da decenni**, efficaci, sicure, libere da brevetti, di basso costo e facilmente reperibili.
- Nessuna casa farmaceutica ha un **interesse commerciale** nel promuovere questi trattamenti.
- Fin dall'inizio della pandemia si è creata **l'attesa messianica del vaccino**.
- Chi ha investito nei vaccini (puntando sull'autorizzazione di emergenza) **non può accettare l'esistenza di altre terapie**.

¹⁷ Parliamo di centinaia di articoli, *review*, studi osservazionali, trial clinici che documentano l'esistenza di cure già disponibili, efficaci, a basso costo, libere da vincoli di proprietà intellettuale e con un ampissimo margine terapeutico.

¹⁸ L'Italia [ha recepito](#) la *Convenzione*, inserendola nel proprio ordinamento giuridico tramite la legge n. 145 del 28 marzo 2001. Non ha tuttavia completato l'*iter* di ratifica. Si veda [qui](#), [qui](#) e [qui](#).

Punti chiave

La letteratura scientifica è ricca di articoli che riportano **trattamenti efficaci** contro il SARS-CoV-2, ma le autorizzazioni condizionali di [FDA](#) e [EMA](#) parlano chiaro: questi vaccini sperimentali possono essere autorizzati **solo in assenza di cure** (e se altre condizioni molto stringenti vengono soddisfatte).

Considerata la misura nella quale l'OMS, le Agenzie regolatorie ed i vertici della Sanità italiana si ostinano a negare l'evidenza, si potrebbe dedurre che vogliano promuovere i vaccini come **unici** trattamenti possibili. Anche i *mass media* – completamente allineati alla narrazione istituzionale – fin dall'inizio della pandemia hanno censurato, distorto e diffamato ogni possibile cura.

Il caso dell'idrossiclorochina è da manuale: **un'operazione di disinformazione condotta all'unisono su scala globale**. Ancora oggi, a distanza di oltre un anno, i *media* continuano a diffondere le stesse *fake news* già smentite – da tutta la comunità scientifica – a maggio 2020.

«Solo un vaccino ci potrà salvare» significa «nessuna cura, o vaccini o morte».

D'altra parte, le evidenze scientifiche di questi mesi lo hanno ampiamente dimostrato: le terapie domiciliari, se somministrate tempestivamente, *azzerano* la letalità del COVID-19 (7 decessi su oltre 60 mila pazienti). L'ivermectina riduce di 90 volte il rischio di ricovero in terapia intensiva. Il plasma iperimmune – a titolo elevato – è efficace anche in stadi avanzati della malattia. L'idrossiclorochina riduce la letalità del COVID-19, nei pazienti critici, di oltre il 70%.

Quante vite si sarebbero potute salvare con l'adozione (precoce) di questi trattamenti? Perché il Ministero della Salute e AIFA si sono appellati al *Consiglio di Stato*, pur di impedire queste cure salvavita?

Perché AIFA raccomanda trattamenti deleteri (vigile attesa e tachipirina), sconsiglia quelli benefici (vitamine e antiossidanti), vieta quelli salvavita (idrossiclorochina, ivermectina) e sembra boicottare quelli non farmacologici (plasma iperimmune)?

Perché sono stati autorizzati vaccini genici sperimentali – prima del completamento della fase III di sperimentazione – **mentre tutte le terapie già conosciute** – efficaci e con profili di sicurezza consolidati da decenni – **non sono state rese disponibili?**

Perché il Ministero della Salute definisce *fake news* quelle che sono evidenze scientifiche?

Perché AIFA, ad ottobre 2020, ha addirittura [rifiutato](#) la donazione di 10.000 dosi di anticorpi monoclonali da parte di una nota casa farmaceutica? Perché gli anticorpi monoclonali, prodotti [in Italia](#) e capaci di ridurre dell'85% i decessi COVID-19, non si usano sui pazienti italiani ma finiscono all'estero?

Dopo che il tema delle cure precoci e domiciliari ha finalmente trovato spazio [sulla TV generalista](#) (14 settembre 2021), AIFA ha autorizzato [tre farmaci](#) per il trattamento del COVID-19 (23 settembre 2021). Questo non presupporrebbe che l'autorizzazione di emergenza dei vaccini [debba essere revocata](#)?

Perché in Italia si sono *sconsigliate* le autopsie ([Circolare 12302](#) del Ministero della Salute, 8 Aprile 2020), [chieste a gran voce](#) dai “medici ribelli”? Scopriremo dettagli fondamentali per la lotta al COVID-19 (danni multiorgano, eventi cardiovascolari, infiammazione sistemica) solo 6 mesi più tardi... proprio grazie al lavoro dei “medici ribelli” e alle [autopsie fatte all'estero](#).

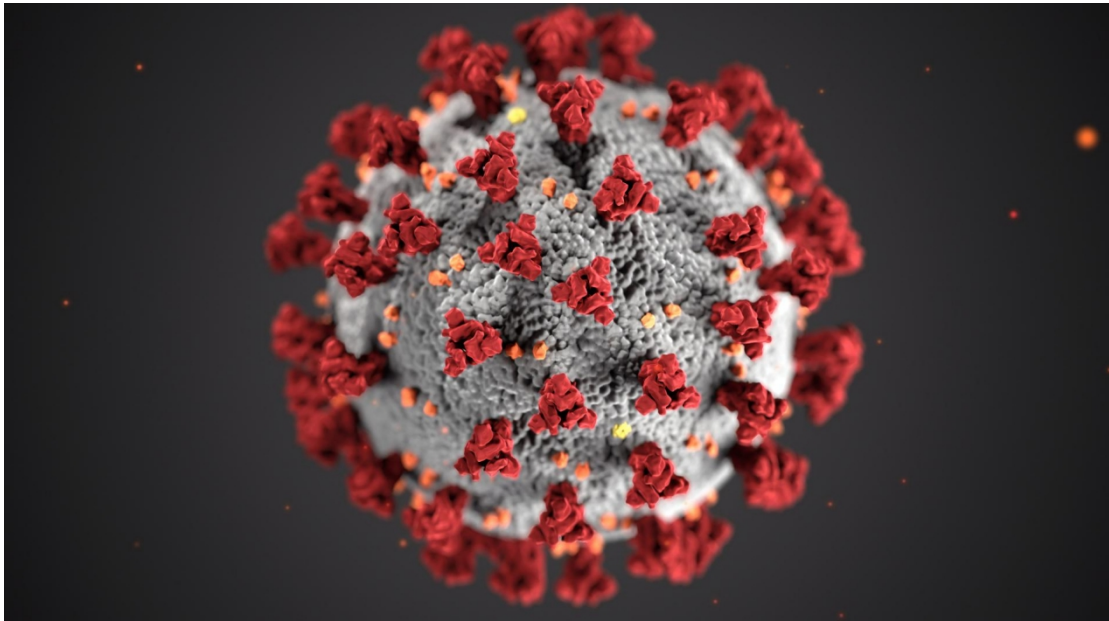
C'è stata negligenza, imperizia o dolo? Spero lo accerti la magistratura.

In ogni caso, negare le cure disponibili è un crimine contro l'umanità.

Note

- ⁱ “1) Iniziare il trattamento il più presto possibile [...] senza aspettare i risultati di un tampone nasofaringeo;
2) Utilizzare farmaci FANS specifici (anti COX-2), salvo controindicazioni.”
- ⁱⁱ “Riduzione del glutatione indotto dal paracetamolo: c'è un legame con il decorso grave del COVID-19?”
- ⁱⁱⁱ “L'OMS ha disposto una raccomandazione condizionale contro l'uso di *Remdesivir* nei pazienti ospedalizzati, indipendentemente dalla gravità della malattia, poiché attualmente non ci sono prove che il *Remdesivir* migliori la sopravvivenza o altri aspetti della malattia.”
- ^{iv} “La meta-analisi *post hoc* ha mostrato una riduzione statisticamente significativa del 75% della mortalità tra coloro che sono stati trattati con plasma o siero convalescente. Non abbiamo trovato alcuna evidenza di gravi eventi avversi o complicazioni.”
- ^v “Il trattamento con H-IVIG, entro 5 giorni dall'inizio dei sintomi dell'infezione grave [causata dal virus] A(H1N1), è stato associato a una carica virale inferiore e ad una mortalità ridotta dell'86% (OR, 0,14; 95% CI, 0,02-0,92; P = 0.04).”
- ^{vi} “Il COVID-19 è una malattia complessa e nei paesi dove prevale il «nichilismo terapeutico» i sistemi ospedalieri collassano e la gente muore. [...] Gli studi randomizzati o i nuovi farmaci non fanno parte delle pratiche mediche efficaci per combattere una pandemia.”
- ^{vii} “I pazienti migliorano miracolosamente entro due giorni, rendendo la malattia molto meno allarmante.”
- ^{viii} “Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, un livello basso di 25(OH)D [vitamina D sierica] è associato a una malattia grave e a un aumento del tasso di ammissione in terapia intensiva e di mortalità.”
- ^{ix} “Abbiamo osservato un'associazione positiva tra la carenza di vitamina D e la gravità della malattia.”
- ^x “Ci sono forti evidenze che la lattoferrina inibisca la tempesta citochinica e possa essere usata sia come terapia, che come profilassi nella cura contro il COVID-19.”
- ^{xi} “I risultati hanno rivelato una riduzione della frequenza e della durata dell'ospedalizzazione, della necessità di ossigenoterapia non invasiva, della progressione in unità di terapia intensiva e del numero di decessi. I risultati hanno anche confermato il profilo di sicurezza molto alto della quercetina.”
- ^{xii} “Infine, i numerosi esempi di campagne di distribuzione di ivermectina, che hanno portato a una rapida diminuzione della morbilità e della mortalità in tutta la popolazione, indicano che è stato identificato un agente orale efficace in tutte le fasi del COVID-19.”
- ^{xiii} “Il 100% dei 36 studi clinici che hanno usato ivermectina come trattamento precoce, o profilassi, ne hanno dimostrato l'efficacia. [...] Il 100% dei 17 trial che hanno usato l'ivermectina come trattamento precoce hanno dimostrato una riduzione della letalità del 73% e una riduzione dell'83% delle infezioni.”
- ^{xiv} “La probabilità che un trattamento inefficace abbia generato falsi positivi su 55 studi è stimata essere di 1 su 23 trilioni [23 mila miliardi] ($p = 0,000000000000023$).”
- ^{xv} “L'ivermectina è efficace contro 21 virus, compreso il SARS-CoV-2. Una singola dose ha ridotto la carica virale di SARS-CoV-2 nelle cellule del 99,8% in 24 ore e del 99,98% in 48 ore. Quello che emerge da ben 70 trial clinici è che l'ivermectina sia sicura e funzioni sia nella cura, che nella prevenzione del COVID.”
- ^{xvi} “L'ivermectina è facilmente reperibile in tutto il mondo, è stata ampiamente utilizzata per molte altre condizioni infettive ed è quindi una medicina ben nota con un buon profilo di sicurezza. A seguito dei risultati promettenti in alcuni studi è già ampiamente utilizzata per trattare COVID-19 in diversi paesi.”

-
- xvii “Alcuni scienziati israeliani affermano che il COVID-19 potrebbe essere trattato per meno di 1 dollaro al giorno. Uno studio in doppio cieco mostra che l'ivermectina riduce la durata e l'infettività della malattia – [ma] FDA e OMS mettono in guardia e ne sconsigliano l'uso.”
- xviii “Il plasma convalescente è stato utilizzato con successo per il trattamento del COVID-19. Abbiamo riscontrato una forte correlazione tra la funzionalità del plasma e il *targeting* dell'anticorpo policlonale verso gli amminoacidi della proteina spike.”
- xix “Abbiamo dimostrato che il trattamento con il plasma dei pazienti COVID-19 convalescenti è sicuro e conferisce un beneficio significativo sia in termini di gravità clinica che di mortalità a 28 giorni.”
- xx “Se la SARS dovesse riemergere, la cloroquina potrà essere di grande importanza come farmaco profilattico per le persone che vivono o viaggiano nelle zone colpite.”
- xxi “L'idrossiclorochina, in particolare, fa più male che bene. [...] Questo è un segnale d'allarme, ma dobbiamo [comunque] fare la sperimentazione.”
- xxii “L'elemento fondamentale è trattare le persone il più presto possibile, prima che vengano ricoverate, proprio per evitare che vengano ricoverate.”
- xxiii “L'uso della cloroquina/idrossiclorochina come prevenzione o trattamento per il COVID-19 è stato riportato solo aneddoticamente e al momento non sono disponibili dati su larga scala riguardo alla sua sicurezza ed efficacia per questo uso. L'OMS ha incluso la cloroquina/idrossiclorochina fra i quattro farmaci da valutare nel *mega-trial* SOLIDARITY.”
- xxiv “I dati scientifici sono davvero evidenti ora: [l'idrossiclorochina] non ha efficacia.”
- xxv “[La sicurezza] di HCQ + AZ è stata ampiamente travisata sia nei rapporti clinici che nell'informazione pubblica [...] HCQ + AZ è stata usata come standard di cura in più di 300.000 adulti e anziani con condizioni di comorbidità multiple. La percentuale di tali pazienti con diagnosi di aritmia cardiaca attribuibile ai farmaci è di 47 su 100.000, la mortalità stimata è inferiore a 9 su 100.000, rispetto ai 10.000 americani che muoiono [di COVID] ogni settimana. Questi farmaci devono essere resi ampiamente disponibili e promossi immediatamente affinché i medici li possano prescrivere.”
- xxvi “*Surgisphere*, i cui dipendenti sembrano includere uno scrittore di fantascienza e un modello che lavora nel campo dell'intrattenimento per adulti, ha fornito il database per gli studi sull'idrossiclorochina pubblicati dal *Lancet* e dal *New England Journal of Medicine*. [...] Il link "Contattaci" sulla pagina web di *Surgisphere* reindirizzava a un modello *WordPress* per un sito di criptovalute.”
- xxvii “«Il problema è che adesso rimaniamo con tutti i danni che sono stati fatti», dice White, un co-autore della sperimentazione sull'idrossiclorochina per la prevenzione del COVID-19, interrotta su richiesta dei regolatori del Regno Unito la scorsa settimana. «I titoli dei giornali che proclamano effetti mortali renderanno difficile reclutare pazienti per gli studi. Il mondo intero ora pensa che questi farmaci siano velenosi.»”
- xxviii “L'idrossiclorochina ha fornito una riduzione del rischio [di morte] del 66%, e idrossiclorochina in combinazione con azitromicina del 71%, rispetto a nessuno dei due trattamenti [placebo] (p < 0.001).”
- xxix “Questo è un illecito accademico. Sono stati pubblicati due articoli fraudolenti, uno sul *NEJM*, uno sul *Lancet* [...] erano articoli “terroristici”, avevano lo scopo di spaventare le persone sull'idrossiclorochina. Da allora, queste tattiche di manipolazione basate sulla paura sono state usate dozzine di volte nel mondo accademico [...] La ricerca medica sta commettendo una frode, un crimine contro l'umanità. Sono estremamente preoccupato per il contributo dato dall'Accademia allo sviluppo delle tattiche terroristiche usate per impaurire la popolazione mondiale. Ci dev'essere una motivazione per questo, [ed è] molto più grande di Democratici contro Repubblicani.”



Parte 5

Le origini del SARS-CoV-2

*Alcuni appunti sulle ricerche di guadagno di funzione
e la storia di una pandemia annunciata.*

Fort Detrick e gli esperimenti di guadagno di funzione

[Fort Detrick](#) (FD) è un mega laboratorio “condiviso” civile / militare che ospita circa 8.000 persone. La parte civile di FD dipende dall'[NIAID](#), ovvero il *National Institute of Allergies and Infectious Diseases*, [diretto](#) da **Anthony Fauci** sin dal 1984. Qui si studiano diversi “[patogeni prioritari](#)”, fra questi Ebola, Marburg, botulino, vaiolo, dengue, Zika... e i ben noti coronavirus. Cosa studi [la parte militare](#), a questo punto, è meglio non saperlo. Per i più coraggiosi: [Politico](#), [CGTN](#), [Operation Whitecoat](#) (anche [qui](#)), [US Committe on Intelligence](#), [History](#), [Slate](#), [The Guardian](#).

Contrariamente a quanto si potrebbe credere, i patogeni più pericolosi – definiti “[potential pandemic pathogen](#)” (PPP) – sono i virus respiratori, come quelli influenzali. Questi infatti sono potenzialmente pandemici: sebbene la letalità sia relativamente bassa, possono causare diversi milioni di morti.

A FD si fanno esperimenti di [Gain of Function](#) (GoF), ovvero si modificano i PPP, attraverso tecniche di ingegneria genetica, al fine di renderli maggiormente trasmissibili e/o virulenti: ⁱ

*The term gain-of-function (GoF) research describes a type of research that modifies a biological agent so that **it confers new or enhanced activity to that agent**. [...] The subset of GoF research that is anticipated to enhance the transmissibility and/or virulence of potential pandemic pathogens, which are likely to make them **more dangerous to humans**, has been the subject of substantial scrutiny and deliberation.*

Questi esperimenti controversi (si tratta di sviluppare armi biochimiche o “batteriologiche” e poi, eventualmente, potenziali vaccini contro di esse) destano particolare preoccupazione fra gli scienziati.

Un articolo di [Science](#) del 2011 mette in guardia contro la possibilità che “una fuga di laboratorio” del virus influenzale H5N1 – potenziato attraverso tecniche GoF – possa causare milioni di morti. Il sottotitolo è emblematico: «**Il virus creato dall'uomo che, se liberato, potrebbe stravolgere la storia del mondo**».

L'articolo prosegue: ⁱⁱ

*The virus is an H5N1 avian influenza strain that has been **genetically altered** and is now easily transmissible between ferrets, the animals that most closely mimic the human response to flu. Scientists believe it's likely that the pathogen, **if it emerged in nature or were released**, would trigger an influenza pandemic, quite possibly with **many millions of deaths**.*

A gennaio 2011, il *New York Times* [titola](#): «**Un'apocalisse ingegnerizzata**» e in un estratto si avverte: ⁱⁱⁱ

*Scientists have long worried that an influenza virus that has ravaged poultry and wild birds in Asia might evolve to pose a threat to humans. Now scientists financed by the National Institutes of Health have shown in a laboratory how that could happen. In the process **they created a virus that could kill tens or hundreds of millions** of people if it escaped confinement or was stolen by terrorists.*

Anche il Comitato per la Biosicurezza USA sembra condividere [le stesse preoccupazioni](#) e dalle pagine di [Nature](#) ammonisce: ^{iv}

*Airborne-transmissible avian flu viruses could be used as biological weapons. [...] We found the potential **risk** of public harm to be **of unusually high magnitude**.*

L'anno seguente, nel 2012, gli stessi scienziati pubblicano un [articolo](#) dal titolo: «*L'inaccettabile rischio di una pandemia causata dall'uomo*». I ricercatori riportano un semplice calcolo: considerando il numero di laboratori civili (conosciuti) che manipolano PPP e considerate le statistiche di incidenti in questi laboratori, c'è una probabilità dell'80% che un virus ingegnerizzato “scappi” da un laboratorio entro il 2025.

Sempre nel 2012, [ScienceDaily](#) riporta un dibattito in seno alla *American Society for Microbiology*, riguardo agli esperimenti GoF su PPP. Così Anthony Fauci, [direttore dell'NIAID](#):^v

The benefits of gain-of-function research far outweigh the risks.

Il beneficio potenziale sarebbe quello di poter sviluppare vaccini contro i PPP. Non sono dello stesso avviso gli scienziati della *Commissione sulle Armi Chimiche e Biologiche* del [Centro per il controllo degli armamenti e la non-proliferazione](#): **gli esperimenti di GoF non prevengono le future pandemie, le creano.**

Segue un elenco delle epidemie causate negli ultimi anni da “fughe” di PPP da laboratori, fra cui:

- ▶ British smallpox escapes: 1966, 1972, 1978
- ▶ The “re-emergence” of H1N1 human influenza in 1977
- ▶ Venezuelan Equine Encephalitis in 1995
- ▶ SARS laboratory escapes outbreaks after the SARS epidemic
- ▶ Foot and Mouth Disease (FMD) from Pirbright 2007

Fughe di SARS si erano già registrate anche nei laboratori di [Taiwan](#), [Cina](#) e [Singapore](#).

La domanda secondo [gli scienziati](#) non è «se» ci sarà una pandemia, ma «quando e quale»: ^{vi}

Looking at the problem pragmatically, question is not if such escapes will happen in the future, but rather what the pathogen may be and how such an escape will be contained, if indeed it can be contained at all.

Altri [avvertono](#) chiaramente: manipolare PPP in laboratorio causerà milioni di morti: ^{vii}

*Our grave concern is the risk of a pandemic from a release (escape) of a PPP from a laboratory. **A potential consequence of the release is a pandemic with millions of deaths.***

Nel 2014, dalle pagine di [PLOS Medicine](#), due eminenti scienziati – [Alison Galvani](#) della *Yale School of Public Health* e [Mark Lipsitch](#) della *Harvard T.H. School of Public Health* – sottolineano: ^{viii}

*GoF experiments involving the creation and manipulation of novel PPP deserve ethical scrutiny regarding the acceptability of the risks of **accidental or deliberate release and global spread.***

Intanto il CDC [perde 5 “provette”](#) di un virus che causa febbre emorragica e si ritrovano per caso 6 “provette” di vaiolo (attivo) [in uno scantinato](#) della FDA. I francesi fanno di meglio: perdono [2.000 “provette” di SARS](#), a riguardo si veda anche [Science](#).

Trecento scienziati, riuniti nel [Cambridge Working Group](#), rilasciano una [dichiarazione](#) riguardo ai recenti incidenti che si sono verificati in USA: ^{ix}

*An accidental infection with any pathogen is concerning. But **accident risks with newly created PPP raise grave new concerns.** Laboratory creation of highly transmissible, novel strains of dangerous viruses,*

especially but not limited to influenza, poses substantially increased risks. An accidental infection in such a setting could trigger outbreaks that would be difficult or impossible to control.

Lo stesso anno, un'[ispezione militare](#) (del [U.S. Arms Corps of Engineers](#)) rileva pesanti violazioni delle misure di sicurezza a FD e la possibilità che siano state rilasciate sostanze nocive nell'ambiente: ^x

The use of chemicals for decontamination/sterilization, as well as in experimental reagents, refrigeration, pest control and other historical activities at Fort Detrick may have resulted in environmental releases [...]. The environmental releases include both intentional disposal activities and unintended releases through accidental spills or normal use of materials later found to present a potential threat to the environmental.

Il CDC ha preso seriamente la cosa e ha disposto una [moratoria](#), effetto immediato, sulla manipolazione degli agenti infettivi. Tre mesi dopo la Casa Bianca [vieta formalmente](#) gli esperimenti GoF più pericolosi, ovvero quelli sui coronavirus potenzialmente pandemici: **influenza, SARS e MERS**.

L'NIH [ne prende atto](#), contro voglia: secondo l'Istituto di Sanità americana gli studi GoF sono necessari per evitare future pandemie. Nel 2014 la ricerca a stelle e strisce sui GoF si ferma *ufficialmente* e [si sposta a Wuhan](#). Secondo il [Washington Post](#), questi esperimenti non si sarebbero mai fermati, neppure in USA: sarebbero stati **finanziati segretamente** da NIH (Francis Collins) e da NIAID (Anthony Fauci).¹

I militari USA spediscono – per errore – [campioni di antrace](#) a 51 laboratori (ignari del contenuto), di cui 3 all'estero. Poi scoprono anche che l'antrace [non era stato inattivato](#). A novembre 2015, dalle pagine di [Nature](#), si denuncia che alcuni esperimenti di laboratorio sui coronavirus possano causare una pandemia: ^{xii}

An experiment that created a hybrid version of a bat coronavirus – one related to the virus that causes SARS (severe acute respiratory syndrome) – has triggered renewed debate over whether engineering lab variants of viruses with possible pandemic potential is worth the risks.

Nel 2016, un'inchiesta del [Time](#) rivela il contenuto di una nuova ispezione militare sull'intera area di ricerca biologica militare a FD. L'Ispettorato Generale del Pentagono ha affermato che «**la salute e la sicurezza del pubblico sono state messe a rischio**» perché quei laboratori avevano «*utilizzato protocolli che non erano stati convalidati per l'uso previsto, sono stati ispezionati irregolarmente o per niente, e avevano carenze e vulnerabilità significative che non sono state corrette dalla gestione del Dipartimento della Difesa*».

Ancora nel 2017, gli scienziati del [Centro per il controllo degli armamenti e la non-proliferazione](#) continuano ad ammonire circa il rischio concreto di una pandemia causata da una fuga di laboratorio, [denunciando](#) procedure di *audit* poco trasparenti da parte dell'Istituto di Sanità USA (NIH) e del Dipartimento della Difesa.

In un'inchiesta, [USA Today](#) denuncia la non sicurezza dei laboratori di massima sicurezza biologica ([BLS4](#)): ^{xiii}

The Centers for Disease Control and Prevention, which has faced congressional hearings and secret government sanctions over its sloppy lab safety practices, is keeping secret large swaths of information about dozens of recent incidents involving some of the world's most dangerous bacteria and viruses.

¹ Su Collins e Fauci si veda anche di seguito il paragrafo "La lobby dell'origine naturale del virus".

Ciononostante viene [sospesa la moratoria](#) sugli esperimenti GoF, che così [riprendono ufficialmente](#) anche negli USA (e ovviamente a FD). Secondo [un'inchiesta](#) del *Weekend Australian*, sarebbe stato proprio Fauci l'artefice della rimozione del divieto, a insaputa della Casa Bianca.

Sempre nel 2017, [Lynn Klotz](#) del *Centro per il controllo degli armamenti e la non-proliferazione* [avverte](#): i patogeni che destano maggior preoccupazione sono quelli influenzali, creati o modificati in laboratorio. C'è una probabilità del 68% che un patogeno potenzialmente pandemico “scappi” da un laboratorio del NIH [l'Istituto di Sanità pubblica USA], nei prossimi 5 anni. A febbraio 2019, Klotz [denuncia](#) nuovamente il rischio di una pandemia causata da un errore umano in un laboratorio BLS4.²

Ad agosto 2019 una nuova ispezione a FD rileva [palesi violazioni](#) delle norme di sicurezza, in una struttura che ospita antrace militare. Il [rapporto](#) è impietoso: «*Fallimenti sistematici delle misure di sicurezza e contenimento*», «*Nessun controllo degli accessi non autorizzati*», «*Operatori esposti ad aerosol patogeni*». Il laboratorio dove si ricerca su ebola e vaiolo è stato chiuso dal CDC per gravi violazioni dei protocolli di sicurezza. Dalle pagine del [New York Times](#) si scopre che il CDC non ha rilasciato dettagli «*per ragioni di sicurezza nazionale*»: ^{xiii}

*The CDC decided to issue a «cease and desist order» last month to **halt the research at Fort Detrick** because the center did not have «sufficient systems in place to decontaminate wastewater» from its highest-security labs. In the statement, the C.D.C. cited **«national security reasons»** as the rationale for not releasing information about its decision.*

Il [Time](#) riporta che su FD indaga anche l'*Environmental Protection Agency* ([EPA](#)): si scopre così lo **smaltimento illegale di sostanze radioattive, armi chimiche e virus pandemici**.

Intanto si registrano gravi malattie fra la popolazione dell'aera: ci sono **1.300 morti di cancro documentate** fra la popolazione civile nel raggio di un chilometro attorno a FD. Nonostante le [proteste](#) della popolazione e dell'[opinione pubblica](#), l'esercito [nega](#) ogni correlazione ma [organizza](#) ogni anno, proprio a FD, il festival della ricerca sul cancro. Ironico, non trovate?

A luglio 2019 – un mese prima della chiusura ufficiale di FD – quando notoriamente le affezioni respiratorie virali sono quiescenti, si registra un'[ondata di polmoniti atipiche](#) fra Maryland e Virginia, letale per la popolazione anziana nelle case di riposo. Si vedano, ad esempio, [AbcNews](#), [CNN](#), [NBC](#). Un estratto di un interessante [articolo](#) apparso su TgCom24 sulla storia di FD:

*Dopo la chiusura di Fort Detrick a fine luglio del 2019 e l'**epidemia misteriosa di «polmonite»** nella stessa estate [...] le autorità governative e sanitarie del paese per alcuni mesi attribuirono, in modo illogico, le morti per le strane polmoniti che si stavano verificando negli Stati Uniti nell'estate del 2019 all'innocuo e ormai decennale consumo di sigarette elettroniche (innocuo, ovviamente, in assenza di coronavirus), creando **una colossale e governativa fake news**.*

Questa può essere la parola fine sulle ricerche GoF (e non solo) a FD. Il Ministero della Difesa [taglia \\$100 milioni](#) di fondi al laboratorio di FD (e a Peter Daszak³); ma **77 premi Nobel si mobilitano** a difesa “della lobby del GoF”, con [una lettera](#) su [Science](#) [si veda anche il [New York Times](#)], chiedendo il ripristino immediato dei fondi alla *EcoHealth Alliance*.

E così è andata: **gli esperimenti GoF vengono ripresi ufficialmente a FD e continuano tutt'ora** [[NPR](#)].

² BLS4 sono i laboratori “di massima sicurezza” biologica, come quelli presenti a [Fort Detrick](#) o all'Istituto di Virologia di [Wuhan](#).

³ Ricordiamoci questo nome, comparirà spesso.

La lobby del guadagno di funzione

Due articoli, pubblicati rispettivamente su [Science](#) nel 2005 e su [Nature](#) nel 2013, introducono i tre protagonisti di questa vicenda: Peter Daszak, Zhengli Shi e Ralph Baric.

Peter Daszak è il Presidente di [EcoHealth Alliance](#) (EHA), formalmente un'associazione non-profit ([una ONG](#)), in realtà è una società di *contractor* del [Dipartimento della Difesa](#) ([Pentagono](#)) che sviluppa armi batteriologiche (anche) a Fort Detrick e a Wuhan. Un *audit* federale ha dimostrato la connessione US-Daszak-Wuhan e i [finanziamenti](#). Daszak è collaboratore di lunga data di Zhengli Shi a Wuhan (almeno [dal 2005](#)). Pubblica [ricerche](#) su come favorire il salto di specie assieme agli altri due protagonisti.

Nonostante questi evidenti conflitti di interesse, è nominato capo di entrambe le commissioni di inchiesta "indipendenti" sull'origine del SARS-CoV-2, quella di [The Lancet](#) e quella dell'[OMS](#): entrambe concluderanno che il virus è naturale.⁴ Daszak è l'uomo con più conflitti di interesse - evidenti - in questa storia. L'[NIAID](#) (Anthony Fauci) e il [NIH](#) (Francis Collins) hanno finanziato a più riprese, dal 2008 ad oggi ([qui](#) e [qui](#)) direttamente EHA per [modificare la proteina spike](#) dei coronavirus dei pipistrelli al fine di favorire il salto di specie. Sui finanziamenti di Fauci a EHA e Wuhan si vedano anche [Newsweek](#), [Wall Street Journal](#), [DailyMail](#) e [NYPost](#). Fauci a riguardo [dichiara il falso](#) al Congresso. Ancora ad agosto 2020 [NIAID](#) e [HHS](#) finanziano EHA - attraverso il [CREID Network](#) - per studiare possibili *spillover*⁵ di coronavirus fra animali e uomo. Daszak è uno dei più strenui sostenitori dell'origine naturale e non manca di senso dell'umorismo... in un [articolo](#) pubblicato su *The Lancet* si legge: ^{xiv}

*We stand together to strongly condemn conspiracy theories suggesting that COVID-19 does not have a natural origin. [...] We speak in one voice. **We declare no competing interests.***

Non a caso, il biologo e evoluzionista Bret Weinstein [ha definito Daszak](#) come «*il paziente zero della disinformazione*». A firmare l'articolo su *The Lancet* anche due altri personaggi di primo piano: Christian Drosten e Jeremy Farrar. Su Christian Drosten, si veda la "Parte 2" di questo documento dedicata alla diagnostica PCR e al protocollo "Corman-Drosten".

Jeremy Farrar⁶ è il presidente di [Wellcome Trust](#), un'opaca ONG britannica⁷ attivamente impegnata a promuovere le campagne vaccinali nel mondo. Farrar è anche ideatore di [CEPI](#) (*Coalition for Epidemic Preparedness Initiative*) monopolista (insieme a [GAVI](#)) delle politiche vaccinali nel mondo, grazie al programma [COVAX](#) dell'[OMS](#) e all'[ACT-Accelerator](#) promosso da [The Global Fund](#). Tutte iniziative e organizzazioni [finanziate](#) dalla *Bill & Melinda Gates Foundation*. Farrar sarà anche uno dei *ghostwriter* del famoso [articolo](#) di *Nature*, considerato dalla stampa *mainstream* come la prova inconfutabile dell'origine naturale del virus.⁸

Torniamo ai due articoli da cui siamo partiti e agli altri protagonisti.

Zhengli Shi, meglio conosciuta in occidente come «[batwoman](#)», laurea all'Università di Wuhan, dottorato di ricerca all'Università di Montpellier II (FR), è direttrice del *Center for Emerging Infectious Diseases* presso il

⁴ O almeno questo è quanto ci è stato riportato dalla stampa. La commissione di inchiesta [denuncia](#) una manipolazione mediatica.

⁵ Salto di specie.

⁶ Si veda anche la "Parte 6" dedicata al paragrafo "Il potere dei più buoni: le scatole cinesi del business vaccinale" e *Appendice 4*.

⁷ Fondata da una magnate della medicina, diretta dai servizi segreti militari di Sua Maestà, ha ricevuto come finanziamento quasi 30 miliardi di sterline nel 2020. Wellcome assomiglia molto più ad un [colosso medico-finanziario](#), che non ad una ONG: *Appendice 4*.

⁸ Si veda di seguito.

Wuhan Institute of Virology (WIV). [Qui](#) il suo CV. Interessante notare come il laboratorio di massima sicurezza (BLS4) del WIV sia stato [voluto e costruito dai francesi](#), e inaugurato nel 2015. Si veda anche questo [articolo](#) sul *Washington Post*. Sono gli stessi francesi, nel 2015, a [informare](#) gli USA degli esperimenti di GoF a Wuhan, o [viceversa](#) (sic!).

Nel 2005 la carriera accademica di Zhengli Shi si impenna, dopo la pubblicazione dell'articolo su [Science](#), confermato da Peter Daszak, circa la possibile zoonosi della SARS. Ad oggi ha pubblicato (almeno) 18 articoli assieme a Peter Daszak e molti riguardano proprio l'ingegnerizzazione di coronavirus. Nel 2013 [pubblica](#) – sempre insieme a Daszak – una ricerca di GoF sui virus di pipistrelli mutati per renderli più affini al recettore ACE2 umano. Sempre con Daszak e sempre nel 2013, [dimostrano](#) che la proteina *spike* ricombinante consente il salto di specie: pandemia in vista? Anche questo studio è finanziato (tra gli altri) dall'NIAID (l'istituto di malattie infettive presieduto da Anthony Fauci) e dal [USAID](#), l'Agenzia USA che si occupa di cooperazione internazionale.⁹

Nel 2015, assieme a Ralph Baric, [dimostra](#) che gli esperimenti congiunti sino-americani di GoF, sulla proteina *spike* della SARS, hanno le potenzialità per il **salto di specie**. La ricerca è finanziata da ben 5 progetti del NIAID (Anthony Fauci) e del NIH (Francis Collins) e anche dalla *EcoHealth Alliance* di Peter Daszak.¹⁰

Nel 2020, su [Nature](#), presenta al mondo il SARS-CoV-2 e in quello stesso articolo pubblica anche parte del genoma di [RaTG13](#), ovvero quanto di più vicino ad oggi esista al SARS-CoV-2 stesso. In realtà, per stessa [ammissione](#) della ricercatrice, RaTG13 sarebbe [Ra4991](#),¹¹ il frutto di un lavoro di ricerca – condotto assieme a Peter Daszak – e pubblicato in un [articolo](#) su *PLOS* nel lontano 2017: la ricerca era stata finanziata dal NIAID (Anthony Fauci).¹² Secondo alcuni, la tardiva diffusione del genoma di RaTG13/Ra4991, e l'analisi genomica stessa, sarebbero «la pistola fumante» dell'[origine di laboratorio](#): il SARS-CoV-2 sarebbe [il risultato](#) di ricerche GoF su RaTG13, o altri genomi virali simili descritti in quell'articolo [[ref](#), [ref](#) e [ref](#)].

Zhengli Shi [difende](#) apertamente [l'amico](#) Peter Daszak, il lavoro delle [commissioni di inchiesta](#) da lui dirette e – *ovviamente* – la teoria dell'origine naturale del virus.

L'ultimo, ma non certo per importanza, è **Ralph Baric**.

Virologo affiliato all'[University of North Carolina](#), il più importante esperto al mondo di coronavirus. Li modifica [da oltre 30 anni](#). Nel 2002 **rivoluziona il mondo della virologia**: “[assembla](#)” l'equivalente sintetico del virus dell'epatite dei topi (senza lasciare alcuna traccia della manipolazione).^{xv}

*Full-length infectious constructs of MHV-A59 will permit **genetic modifications of the entire coronavirus genome**, particularly in the replicase gene. The method has the potential to be used to construct viral, microbial, or eukaryotic genomes approaching several million base pairs in length and used to **insert restriction sites at any given nucleotide** in a microbial genome.*

Ovviamente, Baric [brevetta](#) la scoperta.

Nel 2003, usa la stessa tecnica di DNA complementare (cDNA) sul coronavirus della SARS e lo «[clona](#)»: ^{xvi}

⁹ Si veda la sezione “Funding” nella prima pagina dell'articolo in formato pdf. Sulla “filantropia” dell'agenzia USA per lo sviluppo (USAID) si veda anche *Appendice 4*.

¹⁰ Si veda la sezione “Acknowledgement” dell'articolo.

¹¹ Se così fosse, perché non citare esplicitamente Ra4991 (o dimostrarne l'equivalenza con RaTG13) nel *Nature* sul SARS-CoV-2?

¹² Attraverso il *grant* [R01AI110964](#). Si veda la sezione “Funding” dell'articolo.

*The availability of a **full-length cDNA of the SARS genome should allow for genetic manipulation** of the replicase gene providing new insights into the role of **specific proteolytic cleavages** and replicase proteins during viral replication.*

Grazie al lavoro di Baric, il CDC americano [brevetta](#) il virus della SARS (sic!)¹³ e tutto quello che ci gira attorno: metodi diagnostici, anticorpi monoclonali, possibili vaccini. L'anno successivo Baric [brevetta](#) anche **una famiglia di coronavirus SARS con genoma resistente alla ricombinazione** e [pubblica](#) come ottenere mutazioni non-ricombinanti.

In un [articolo](#) del 2007 dimostra, assieme a scienziati di CDC e NIH americani,¹⁴ come modificare il virus della SARS per renderlo **più letale**. Queste sono **armi chimiche**:^{xvii}

*These observations suggest that mice infected with MA15 **die from an overwhelming viral infection with extensive destruction of pneumocytes and ciliated epithelial cells.***

*The MA15 virus has six coding mutations associated with adaptation and increased virulence; **when introduced into a recombinant SARS-CoV, these mutations result in a highly virulent and lethal virus.** [...]*

*Intranasal inoculation with MA15 reproduces many aspects of disease seen in **severe human cases of SARS.**"*

Nel 2015 [brevetta](#) una nuova proteina *spike* chimerica: gli esempi citati nel brevetto includono GoF su SARS, MERS, coronavirus dei pipistrelli. Fanno parte del brevetto anche vaccini (che usano la proteina *spike* come antigene) e anticorpi mono-/poli-clonali. Quindi, sempre nel 2015, pubblica su *Nature*, insieme a Zhengli Shi, un [articolo](#) di fondamentale importanza: **alcuni coronavirus dei pipistrelli, opportunamente ingegnerizzati attraverso GoF, sono promettenti per il salto di specie.**

La nuova proteina *spike* creata in laboratorio funziona, e anche molto bene: **sia i vaccini, sia gli anticorpi monoclonali, non prevengono il contagio.**

La ricerca, come anticipato, è finanziata da ben 5 progetti del NIAID (Anthony Fauci) e del NIH (Francis Collins).¹⁵ Lo studio di Baric fa rumore: si vedano [Nature](#), [Tg3 Leonardo](#) e [ANSA](#).

Infine, nel 2017, deposita un [nuovo brevetto](#) su metodi diagnostici e possibili terapie contro coronavirus potenzialmente pandemici.

Credo sia interessante notare come Baric sia anche [consulente](#) della EHA di Peter Daszak, dalla quale ha ricevuto [finanziamenti](#) (ma non si conoscono né la motivazione, né l'entità).

Un riassunto del complicato *ménage à trois* (Daszak-Baric-Shi) sino-americano è pubblicato sull'autorevole [MIT Technology Review](#).

Come vedremo, l'intreccio è ben più esteso e coinvolge altre personalità, ben più influenti dei tre illustri scienziati.

¹³ Non è possibile brevettare "qualcosa" di naturale. A meno che il virus in questione naturale non sia, ma si tratti piuttosto della copia esatta (cDNA), del virus *wild type* della SARS. A onor del vero, neppure in questo caso esiste un consenso unanime sulla possibilità di reclamare la proprietà intellettuale sul genoma... ma di sicuro le imprese *biotech* - e il [complesso medico-militare](#) che le finanzia - hanno tutto l'interesse a brevettare le loro "scoperte": per approfondire si veda [qui](#).

¹⁴ Il fatto che alla ricerca partecipassero scienziati "civili", afferenti cioè a dipartimenti istituzionali che dovrebbero occuparsi di salute pubblica - e non di guerra biologica - è a mio avviso particolarmente allarmante (e indicativo allo stesso tempo).

¹⁵ Si veda la sezione "Acknowledgement" dell'articolo.

La lobby dell'origine naturale del virus

È il 3 Febbraio 2020 e Zhengli Shi, in un [articolo](#) su *Nature*, presenta al mondo il virus che poi verrà ribattezzato **SARS-CoV-2**. Nello stesso articolo (o meglio, in un [addendum](#)) appare per la prima volta anche parte del genoma di [RaTG13](#), ovvero il coronavirus più simile al SARS-CoV-2 ad oggi conosciuto.

Anche l'origine di **RaTG13** è oscura.

Un'intervista della ricercatrice, rilasciata a [Edward C. Holmes](#) e pubblicata su [Science](#), è un raro esempio di un *media* occidentale che dà voce "alla versione cinese". Ma Holmes non è un interlocutore qualsiasi: è (stato) [affiliato](#) a accademie molto prestigiose (Sidney, Oxford, California Davis, Edimburgo, Pennsylvania), è Professore Onorario della Fudan University (con sede a Shanghai, CN) e riceve [finanziamenti](#) (tra gli altri) da [Rhode Trust](#), [Wellcome Trust](#) e NIH. [Qui](#) il suo CV.

Nell'intervista, la ricercatrice sostiene che RaTG13 sia in realtà solo un altro nome per [Ra4991](#), un virus identificato in alcuni pipistrelli della provincia dello Yunnan durante una *fortunata* spedizione del 2013.

In quell'occasione i ricercatori hanno isolato due coronavirus [molto simili alla SARS](#) (RsSHC014, simile 85% e Rs3367, simile al 96%) e anche RaTG13 che è il parente più prossimo al SARS-CoV-2 (simile al 96%).¹⁶

[Da notare](#) che i coronavirus della SARS e il SARS-CoV-2 hanno un genoma molto distante, mentre **RaTG13 condivide il 96% del genoma con il SARS-CoV-2**.

Le differenze nei due genomi si concentrano nella parte che codifica il **dominio di legame del recettore (RBD)**. Questa è la regione della proteina *spike* che conferisce l'elevata affinità del virus per il recettore ACE2 umano: **è una delle chiavi dell'infettività - e della letalità - del SARS-CoV-2**.

Secondo l'ipotesi dell'[evoluzione naturale](#), il SARS-CoV-2 sarebbe un virus dei pipistrelli evoluto in natura (attraverso una o più specie intermedie) per infettare - e trasmettersi - all'uomo, dimenticandosi però dei suoi ospiti precedenti. Questo è certamente possibile, *in teoria*.

Tuttavia, l'affinità del SARS-CoV-2 per il recettore ACE2 umano è [superiore](#) a quella di ogni altro mammifero ipotizzato come intermedio ([pipistrello](#), [pangolino](#)): modificare un virus animale (al fine di renderlo infettivo per l'uomo), facendo sì che "evolva" per dimenticarsi del suo progenitore, è «il marchio di fabbrica» degli esperimenti GoF. Si vedano, ad esempio, i lavori di Baric su [PNAS](#), [PLOS](#), [brevetto](#). O quelli della stessa Zhengli Shi: [Coronaviruses](#), [Nature](#), [PLOS](#), [Journal of Virology](#).

Interessante notare che Zhengli Shi non avesse (e non abbia tuttora) divulgato l'intero genoma di RaTG13 ma soltanto **una piccola porzione di scarso interesse scientifico**.¹⁷ Questa evidente anomalia, porta Holmes a chiedere alla ricercatrice: ^{xviii}

*Why do you have RdRp sequences for some viruses and not their full sequences?
How many full-length sequences are there of the samples you've tested
and how many are just RdRp [RNA dependent RNA polymerase]?*

Shi replica, parzialmente: ^{xix}

*Due to financial and manpower constraints,
it is impossible to do the whole genome sequencing of all samples.*

¹⁶ La percentuale fa riferimento alla porzione identica del genoma.

¹⁷ Una porzione relativa alla regione che codifica la [RdRp](#).

L'argomentazione di Zhengli Shi è ovviamente risibile, anche solo considerando quanto [gli USA abbiano investito](#) nel suo laboratorio a Wuhan attraverso fondi, sia civili che militari (provenienti ad esempio da [EHA](#), [NIH](#), [NIAID](#) e [DoD](#)). E in Cina i soldi per la ricerca [non mancano](#).

Anthony Fauci ([Direttore dell'NIAID](#) dal 1984) ha sempre [negato strenuamente](#) ogni finanziamento alle ricerche del WIV, [mentendo](#) (secondo quanto contestatogli) anche di fronte al Congresso ([video](#)). Come potesse negare, dal momento che esistono i registri pubblici – e i finanziamenti sono scritti nero su bianco anche negli articoli scientifici – non ci è dato sapere. Mentire al Congresso è un crimine federale che prevede il carcere. Si veda anche questo dettagliato [dossier](#) redatto dal dottor [David Martin](#).

Negli stessi giorni, Fauci veniva [insignito](#) dell'onorificenza di *Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana* – la [massima onorificenza](#) dello Stato – conferita dal Presidente Mattarella per il suo «*eccezionale contributo all'azione di contrasto al Covid-19*». Strano Paese il nostro.

Il 4 febbraio 2020, a distanza di poche ore dalla [pubblicazione](#) del *Nature* di Zhengli Shi, viene pubblicato [uno strano articolo](#) su una [rivista di settore](#). L'articolo è in realtà un "commento", un articolo di opinione (non *peer-review*) ed assomiglia ad una pianificata operazione di *debunking* (leggi: disinformazione), più che ad un articolo scientifico. Il titolo è particolarmente insolito: «*HIV-1 did not contribute to the 2019-nCoV genome*», ovvero «**Il virus dell'HIV umano non fa parte del genoma del SARS-CoV-2**». Verrebbe da chiedersi: «*e perché mai dovrebbe?*» In ogni caso le conclusioni degli autori sono forti e hanno ben poco di scientifico: ^{xx}

*Unfortunately, before the natural sources of new pathogens are clearly defined, **conspiracy theories** that the new pathogens are man-made often surface as the source. However, in all cases, such theories have been debunked in history.*

Il 7 marzo 2020, Peter Daszak [chiama a raccolta i suoi](#) e scrive un appello sul [The Lancet](#). Il virus è assolutamente naturale, il resto sono fantasie da complottisti: ^{xxi}

*Scientists from multiple countries [...] **overwhelmingly conclude that this coronavirus originated in wildlife** [...] **Conspiracy theories** do nothing but create fear, rumours, and prejudice that jeopardise our global collaboration in the fight against this virus.*

Che il SARS-CoV-2 potesse avere avuto un'origine non compatibile con l'evoluzione naturale è stato sospettato fin da subito e non solo dai soliti "complottisti".

Per il presidente USA più maltrattato della storia, Donald Trump, è colpa di una [fuga di laboratorio](#). Secondo l'ex-capo dei servizi inglesi esistono prove della [manipolazione intenzionale](#) del virus. Per [l'intelligence israeliana](#) potrebbe trattarsi di un un'arma biologica. Secondo [Holmes](#), ci sarebbero inoltre [inquietanti similitudini](#) fra RaTG13 e SARS-CoV-2.

Tuttavia - come nel caso dell'HCQ - arriva provvidenziale l'articolo che indirizza fin da subito l'opinione pubblica e si impone come verità assoluta nella narrazione ufficiale. In questo caso si tratta di un [Nature](#), pubblicato il 17 marzo 2020. Il primo nome è quello di [Kristian Andersen](#), ricercatore dello [Scripps Institute](#).

Questo studio verrà considerato **la prova indiscutibile dell'origine naturale** per molto tempo, e forse ancora oggi qualcuno ne è convinto, grazie all'eco che ha avuto sulla stampa mondiale. L'articolo in realtà è una corrispondenza (*correspondence*), cioè un articolo di opinione, pubblicato in cinque giorni, senza essere sottoposto a revisione paritaria (*peer review*). E anche il merito scientifico è decisamente scarso, come vedremo in seguito.

Grazie al [Freedom Of Information Act](#) e al [Right to Know](#) è stato possibile ricostruire “la storia” di questo articolo. Dalle [email](#) di Anthony Fauci scopriamo che:

1. Il 31 gennaio 2020 Andersen [informa](#) Fauci che secondo le sue ricerche – e quelle di altri scienziati – **il virus non sarebbe assolutamente naturale**. Secondo Andersen ci sarebbero le prove evidenti di una manipolazione intenzionale in laboratorio (*editing genomico*). Fauci [risponde](#) «*ne ripareremo dopo all'incontro*».
2. A [quell'incontro](#), oltre a Fauci e Andersen, sono presenti anche **Jeremy Ferrar**,¹⁸ [direttore](#) di *Wellcome Trust* e **Francis Collins**, [direttore](#) del *National Institute of Health* (NIH). Le email pubblicate non ci aiutano a fare luce sul contenuto di questa riunione: sono state completamente censurate. È però importante notare come **quell'incontro coincida con la conversione di Andersen**.
3. Da quel momento Andersen cambia idea: l'origine del virus è *assolutamente* naturale. Non ci sono dubbi. E si mette a scrivere l'articolo che poi invierà a *Nature*.
4. L'8 marzo 2020 Andersen [informa](#) Fauci, Ferrar e Collins che sta ultimando l'articolo, manda loro una versione preliminare e chiede se abbiano commenti, domande o modifiche da suggerire. **Fauci si congratula con Andersen** e si dice soddisfatto.

Così viene fabbricata la verità ufficiale sull'origine naturale del virus. Si veda anche [qui](#).

La *sceneggiatura* proposta da Andersen, Collins, Fauci e Ferrar continua ad avere risonanza in ambito scientifico – e non solo – nonostante sia stata **confutata** da più parti. Ecco [le metriche](#) dell'articolo su *Nature*: 5.5 milioni di accessi, 1633 citazioni, 6680 Mendeley. Ripreso in 86.000 tweet, 2.000 lanci stampa, 200 blog, 44 pagine wikipedia.¹⁹

Ancora a giugno 2021, sempre sulle pagine di *Nature*, si continua a [citare](#) il lavoro di Andersen come “*la prova*” che il SARS-CoV-2 sia compatibile con l'evoluzione naturale. Siamo di fronte all'*abc* della manipolazione: fa molto più rumore la notizia della smentita. Cento giornali riportano la notizia in prima pagina, solo in due la smentita in un paragrafetto prima degli annunci matrimoniali. Ed il pubblico – poco importa se si tratti di scienziati – resterà convinto della verità iniziale.

Torniamo a fine marzo 2020: Anthony Fauci ha uno studio autorevole – **il suo** – per affermare che l'origine del virus è *assolutamente* [naturale](#):^{xxii}

*There was a study recently, where a group of highly qualified evolutionary virologists looked at the sequences and the sequences in bats as they evolve. And the mutations that it took to get to the point where it is now is **totally consistent** with a jump of a species from an animal to a human.*

Anche Ralph Baric [sostiene](#) e [difende](#) (come può) la versione Andersen, ma grazie al [Right To Know](#) oggi [sappiamo](#) che – anche in questo caso – **è stato tutto concordato**.

Wellcome Trust ringrazia pubblicamente Andersen e lo [Scripps Institute](#) pubblica tranquillamente la lettera di ringraziamento [tra le news](#) del suo sito web.

Josie Golding, responsabile della divisione epidemica presso *Wellcome Trust*, ha dichiarato che i risultati di Andersen sono «*di cruciale importanza per contrapporre una visione basata sulle prove alle voci che sono circolate sulle origini del virus che causa il COVID-19*».

¹⁸ Su Jeremy Ferrar si veda anche la “Parte 6” al paragrafo “*Il potere dei più buoni: le scatole cinesi del business vaccinale*”.

¹⁹ Aggiornato al 26/08/2021

Peter Daszak sembra molto felice della “versione Andersen” e per questo [ringrazia](#) direttamente Anthony Fauci (sic!). Poi sulle pagine di [The Guardian](#) si esprime così: «Non ascoltate i complottisti, gli scienziati dicono che il virus non è stato creato in laboratorio».

Anche i [servizi americani](#) concordano con «l'ampio consenso scientifico» sull'origine naturale: ^{xxiii}

*The Intelligence Community also concurs with the **wide scientific consensus** that the COVID-19 virus [sic!]²⁰ was **not manmade or genetically modified**.*

Tutta la narrativa mondiale si è appiattita sulle posizioni sostenute nel *Nature*.

Come ricercatore (e come cittadino) trovo inaccettabile che Kristian Andersen abbia ancora una cattedra e sia tutt'ora [difeso strenuamente](#) – contro ogni evidenza – dal [Direttore della Comunicazione](#) del suo [Istituto](#).

Un ottimo esempio dell'aria che si respirava a marzo 2020 in un articolo de [Il Manifesto](#):

«Il virus creato in laboratorio, una bufala rilanciata da Trump»

*Covid-19. «È di origine naturale», Fauci smentisce il presidente Usa.
E altre teorie del complotto.*

Altri esempi di discutibile giornalismo nostrano si possono trovare *trasversalmente* su moltissime testate: [StartMag](#), [NeXt](#), [La Stampa](#), [Il Giornale](#), [HuffingtonPost](#), [Sputnik](#), [Il Secolo XIX](#), [Rolling Stone](#), [IlSole24ore](#), [Il Foglio](#), e [Repubblica](#). La disinformazione è diventata propaganda.

Per Franco Locatelli ([Presidente del Consiglio Superiore di Sanità](#)) anche solo ipotizzare un'origine non-naturale è “[Fantabiotterrorismo](#) e ipotesi diverse non hanno alcuna consistenza scientifica”.

Gli fa eco Burioni, ripreso da [AdnKronos](#):

«L'ultima scemenza è la derivazione del coronavirus da un esperimento di laboratorio. Tranquilli, è naturale al 100%, purtroppo».
*Il virologo, pubblicando il link ad **uno studio di Nature**,
diffonde lo studio che **esclude ogni tesi complottistica**.*

Anche Massimo Galli, primario dell'ospedale Sacco di Milano, [dichiara](#) con una logica irreprensibile: ²¹

*Si è evoluto ed è cresciuto in natura, non certo in laboratorio,
come ipotizzato da alcuni complottisti [...]*
*Il Sars-CoV-2 non può essere stato creato in laboratorio,
perché altrimenti sarebbe identico ad altri già esistenti, come per esempio quello della SARS.*

Nel frattempo arriva anche la conferma ufficiale da ben due commissioni di inchiesta “*indipendenti*” sull'origine del SARS-CoV-2: quella di [The Lancet](#) e quella dell'[OMS](#): l'origine del virus è naturale.

Ricordiamoci che **entrambe le commissioni erano guidate da Peter Daszak**.

Poi [si scopre](#) anche che 26 dei 27 esperti “*indipendenti*” erano in realtà legati al laboratorio di Wuhan.

²⁰ A parte la (discutibile) attendibilità della fonte, “COVID-19 virus” proprio non si può leggere. Il virus è il SARS-CoV-2, il COVID-19 è la malattia.

²¹ Questa affermazione è *completamente* indifendibile: è proprio la manipolazione di laboratorio a far sì che il SARS-CoV-2 non sia identico a nessun altro virus conosciuto in natura.

I dubbi – e le certezze – sull'origine del virus

In questo clima di *disinformazione* istituzionalizzata – e **assoluto vuoto scientifico** – una delle voci più dissidenti, fin da subito, è stata quella del virologo (e premio Nobel) Luc Montagnier, che [afferma](#):

Non c'è dubbio, il virus è stato ingegnerizzato

In un altro articolo è [ancora più esplicito](#):

*La presenza di elementi dell'HIV^{xxiv} e della malaria^{xxv} nel genoma, sono fortemente sospetti. [...] Il laboratorio di Wuhan è **altamente specializzato** nell'ingegnerizzazione di coronavirus, e ci lavorano senza sosta dagli inizi del 2000.*

Non a caso, in un Paese dove si glorifica “il coro dei virologi”, Rasi e Burioni, si vuol far credere che Montagnier sia un [no-vax](#) e un [rincoglionito](#). Il professor Montagnier è un virologo di fama mondiale, ha scoperto (insieme a [Françoise Barré-Sinoussi](#)) il virus dell'HIV ed è stato [insignito](#) del Premio Nobel per questo. È sufficiente etichettare come *no-vax* una persona per screditarla completamente agli occhi dell'opinione pubblica?

Un [articolo](#) su *QuotidianoNazionale* ci restituisce la cifra dell'informazione in Italia. Basti il titolo:

*Per i vescovi nessun dubbio: **Dio è “Sì vax”***

Torniamo a noi.

[Filippa Lentzos](#) è [senior lecturer](#) in *Science and International Security* al King's College di Londra, co-direttrice del *Centre for Science and Security Studies (CSSS)* al King's College di Londra e [attivamente impegnata](#) contro lo sviluppo di armi batteriologiche. La dottoressa Lentzos [denuncia](#) dalle pagine del *British Medical Journal* un clima teso e omertoso, anche nelle accademie anglosassoni: ^{xxvi}

*Some of the scientists in this area very quickly closed ranks. There were people that **did not talk** about this, because they **feared** for their careers. They **feared** for their grants.*

Fortunatamente non tutti i ricercatori si sono arresi alla narrativa ufficiale e hanno messo in evidenza [alcune caratteristiche](#) particolarmente insolite del virus.

Fra questi anche [Giorgio Palù](#), poi nominato alla [presidenza di AIFA](#): ^{xxvii}

*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 pandemic capacity is derived from **the unique structural features on its spike protein**:*

- 1) *fast viral surfing over the epithelium with flat N-terminal domain;*
- 2) *tight binding to ACE2 entry receptor;*
- 3) *furin protease utilization.*

Le peculiarità del SARS-CoV-2, che lo rendono unico fra i *beta*-coronavirus simili, si potrebbero riassumere:

- 1) Una straordinaria capacità di infettare l'uomo, causata dall'**elevata affinità** della regione [RBD](#) (della proteina *spike*) **per il recettore ACE2 umano** (presente soprattutto nelle arterie, nei reni, nei polmoni, nel cuore e nell'intestino). Nessuna specie presunta progenitrice ha un'affinità paragonabile. Questo, dal punto di vista evolutivo, implica che il virus sia mutato a tal punto da dimenticarsi del suo progenitore. Affinché il virus si modifichi in questo modo – tramite evoluzione naturale – serve tempo, molto tempo, *troppo tempo* [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#)].

2) Una particolare sequenza di 4 amminoacidi – la sequenza PRRA – costituisce un **sito di clivaggio furinico** fra la subunità S1 e S2 della proteina *spike*. Questa sequenza, non è mai stata osservata in natura (in *beta*-coronavirus simili), conferisce al virus la capacità di infettare molte cellule e spiega perché il COVID-19 sia una malattia multiorgano (le proteasi furiniche sono espresse [ubiquitariamente](#) nel corpo umano) [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#), [ref5](#), [ref6](#), [ref7](#), [ref8](#), [ref9](#), [ref10](#), [ref11](#), [ref12](#)].

L'introduzione di un sito di clivaggio **ottimizzato** per la furina è il «*sacro graal*» degli esperimenti di guadagno di funzione sul SARS-CoV [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#), [ref5](#)] ed è presente nei virus dell'HIV, dell'influenza aviaria (H5 e H7) e dell'Ebola [[ref](#)].

3) La presenza di **siti di restrizione anomali**, unici fra tutti i coronavirus, in una zona altamente conservata del genoma. Secondo [Michael Palmer](#), professore del Dipartimento di Biochimica all'Università di Waterloo, la probabilità di avere questi [siti di restrizione](#), a causa dell'evoluzione naturale, esattamente in quel punto, è di [1 su 24 milioni](#). Secondo il ricercatore questa sarebbe un'ulteriore prova schiacciante di editing genomico [[ref1](#), [ref2](#) ²²].

Le prime due caratteristiche – uniche fra i *beta*-coronavirus simili – sono le stesse che [si ritrovano](#) nel **coronavirus chimerico creato in laboratorio** da Zhengli Shi e Ralph Baric nel 2015.

Un'ulteriore caratteristica notevole (non presente nel SARS-CoV, ma presente in altri coronavirus, come il MERS-CoV) è l'affinità della proteina *spike* per l'**acido sialico**, che rende il virus particolarmente infettivo per molti tessuti [[ref1](#), [ref2](#), [ref3](#), [ref4](#), [ref5](#), [ref6](#), [ref7](#)]. La “*tempesta citochinica*” sembrerebbe dipendere (anche) da questa caratteristica [[ref](#)].

Oggi [sappiamo](#) che l'**origine naturale del SARS-CoV-2 non è compatibile con il genoma dei virus ritenuti suoi progenitori**: l'affinità del virus per il recettore ACE2 del [pangolino](#) o del [pipistrello](#) è troppo bassa e il salto di specie non può avvenire. **Questo virus sembra fatto apposta per l'uomo** [[Nature](#)].

[Filippa Lentzos](#), dalle pagine del [Wall Street Journal](#): ^{xxviii}

*As scientists and a science writers, we believe that **both natural and lab-based scenarios** of Covid-19's origins **must be rigorously investigated**, not only to avert future pandemics but **for the sake of science's reputation**. The formal investigation launched by WHO is only taking steps to look into natural origins. That needs to change.*

Difendere ad oltranza la teoria dell'origine naturale diventa difficile e si assiste ad un cambio di narrativa – in funzione anti-cinese – in concomitanza con la vittoria di Biden alle presidenziali USA.

Il *New York Times* – velatamente – [mette in luce](#) la contraddizione della “versione Andersen” ma si guarda bene dal tirare in ballo Fauci. Per approfondire: [NYPost](#), [TheBlaze](#).

Anche l'OMS [rivede la sua posizione](#): è necessaria una nuova indagine – tutte le ipotesi restano aperte. Chissà se Peter Daszak sarà a capo anche di questa.

Secondo [David Relman](#), [professore di microbiologia e immunologia a Stanford](#) «**non c'è nessuna evidenza che il virus sia naturale**».

Il [think-tank](#) conservatore, [Hudson Institute](#), ne approfitta in funzione anti-cinese.

[David Asher](#) e [Steven Carl Quay](#), membri della commissione del [Dipartimento di Stato USA](#) che indaga sull'origine del SARS-CoV-2, [si esprimono così](#): ^{xxix}

²² Dal minuto 12:00.

*The first patient is 1500 kilometers from the closest ancestral host in nature, but only 3.4 kilometers from the closest ancestral host **in a refrigerator** of the Wuhan Institute of Virology.*

To put this into US term, it's like somebody walking down the street in Manhattan and getting infected with a virus from the Everglades in Florida.

Il dottor [Brett Giroir](#) è ex-ammiraglio a quattro stelle del [Corpo Militare del Servizio di Salute Pubblica](#) degli Stati Uniti, consulente senior per la [HRSA](#) e il [CDC](#), ex-vice direttore, e poi direttore, dell'ufficio scientifico della [DARPA](#) (2004-2008). Anche lui è [molto esplicito](#): «**ci sono troppe coincidenze contro l'ipotesi del virus naturale. A volte la spiegazione più semplice è la più corretta**» - alludendo alla fuga del virus di laboratorio dal Wuhan Institute of Virology.

Il dottor [Dany Shoham](#) è tenente colonnello e analista *senior* di *intelligence* dell'esercito israeliano ([IDF](#)), microbiologo ed esperto di guerra chimica e biologica in Medio Oriente, *senior research associate* al [Begin-Sadat Center for Strategic Studies](#). Queste [le sue parole](#):

C'è una [sola] spiegazione logica: la fuga dal laboratorio di Wuhan.

Anche in Italia si fa *dietro-front* e ci si adegua alla nuova narrazione atlantica: adesso si può parlare apertamente di [manipolazione genetica](#) (sempre però in funzione anti-cinese).

«È possibile ingegnerizzare parte del genoma del virus senza lasciare tracce» se [a sostenerlo](#) è Ralph Baric, l'affermazione diventa ancora più inquietante. Si vedano anche diversi *media* italiani, fra cui [HuffingtonPost](#), [PresaDiretta1](#), [PresaDiretta2](#).

Da notare che l'ipotesi della "fuga" debba sempre essere "contestualizzata": per la [BBC](#), anche solo nominare Fort Detrick è una *fake news* degna della [propaganda cinese](#) e l'emittente [scarica il barile](#) su Pechino. Secondo il [Dipartimento di Stato](#) USA è colpa degli esperimenti militari cinesi a Wuhan. È chiaro che l'origine del virus sia diventata - o forse sia sempre stata - una [questione geopolitica](#).

Vale quindi la pena riportare un interessante ed autorevole [articolo](#) "dissidente", apparso sul [Jewish Policy Center](#), dove si ipotizza una collaborazione - o addirittura una collusione - fra USA, Cina e Canada: ^{xxx}

In 2017 and 2018, the US did at least two inspections of the Wuhan Laboratory.

*That raises the question of why did a US inspection team **gain entry multiple times to a sensitive Chinese laboratory?***

*The answer seems to be that the Americans had special status because of high-level, **top-secret cooperation** between the US, China and other partners (e.g. Canada).*

Pechino punta invece il dito contro gli USA, [accusandoli](#) apertamente di aver introdotto il virus durante i [giochi militari](#) a Wuhan nell'ottobre 2019. Questa resta solo un'ipotesi, però sappiamo per certo che il SARS-CoV-2 circolasse già durante quei giochi e **molti atleti, di diverse nazionalità, si ammalarono** [[Il Messaggero](#), [Il Corriere](#), [Il Fatto Quotidiano](#)]. Curioso notare come gli USA non vinsero [neppure un oro](#) in quell'occasione: questo potrebbe indicare che le condizioni di salute degli atleti USA fossero [già precarie](#)? O è ancora [propaganda cinese](#)?

Da un'[indagine](#) di [The Intercept](#) emerge [un proposal](#),²³ inviato nel 2018 dalla [EcoHealth Alliance](#) di Peter Daszak alla [DARPA](#) (l'Agenzia USA per i progetti di ricerca avanzata), per identificare e ingegnerizzare i coronavirus SARS dei pipistrelli più promettenti al fine di studiare [favorire?] il salto di specie verso l'uomo.

²³ Una richiesta di finanziamento attraverso la proposta di un progetto scientifico.

Tra i partner del progetto, ancora una volta, **anche Ralph Baric e Zhengli Shi**.

Tra gli obiettivi scientifici:

- 1) Retro-ingegnerizzare la proteina *spike* al fine di introdurre **mutazioni favorevoli** per il salto di specie.
- 2) Modificare la regione del dominio di legame del recettore ([RBD](#)) della proteina *spike* attraverso delezioni in grado di **umentare l'affinità per il recettore ACE2 umano**.
- 3) Introdurre un sito proteolitico nella subunità S2 della proteina *spike*, nello specifico un **sito di clivaggio furinico**.
- 4) Introdurre due **nuovi siti di N-glicosidazione** al fine di favorire l'ingresso del virus nei macrofagi e nei monociti umani.

Il progetto non è mai stato finanziato *ufficialmente* dalla DARPA ma **queste caratteristiche le ritroviamo anche nel SARS-CoV-2**. Un accenno alla vicenda anche su [Presadiretta](#) (al minuto 54:45). Un singolare punto di vista in un [video](#) della dottoressa [Sam Bailey](#).

A giugno 2021 emerge un [documento riservato](#),²⁴ pubblicato da [The Exposé](#). Si tratta di un **accordo confidenziale**, sottoscritto e firmato da Moderna, NIAID (l'istituto presieduto da Anthony Fauci) e Ralph Baric per condividere informazioni (e materiale) riguardo ad un potenziale vaccino a mRNA per un non meglio specificato *coronavirus*.

Il documento è stato firmato in data **12 Dicembre 2019**, ovvero 19 giorni prima che [la Cina informasse l'OMS](#) del primo focolaio di polmonite atipica a Wuhan e 27 giorni prima che il nuovo coronavirus venisse riconosciuto come l'agente patogeno che ha causato le infezioni. **Coincidenze?**

Moderna è stata finanziata da Agenzie militari USA ([DARPA](#)) e dal [BARDA](#) proprio per lo **sviluppo di terapie geniche basate su mRNA**. Si veda anche il [Washington Post](#).

Da notare anche lo sviluppo temporale degli eventi, così come riportato sulla [pagina web di Moderna](#):

- ▶ **11 gennaio** - i ricercatori cinesi **pubblicano il genoma** di SARS-CoV-2.
- ▶ **13 gennaio** - Moderna ha già **identificato il vaccino candidato: mRNA-1273**.
- ▶ Il vaccino è stato sviluppato assieme a NIH (Francis Collins) e CEPI (Jeremy Ferrar).²⁵
- ▶ **7 febbraio** - il primo lotto di **vaccino mRNA-1273** è pronto.

Un vaccino studiato, sviluppato e prodotto in meno di un mese? Siamo seri!

Non sarebbe molto più logico ipotizzare che Moderna (e gli USA) stessero studiando il SARS-CoV-2 (o un virus molto simile) già da tempo?

Dove si sarebbero svolte queste ricerche? A Wuhan? A Fort Detrick?

Queste sono domande che nessun giornalista - *mainstream*, occidentale e affezionato al proprio lavoro - vorrebbe porsi. Di sicuro non oggi, nel mezzo del "dibattito" su *green pass* e vaccinazione obbligatoria.

Il governo cinese, per bocca del vicedirettore del Ministro degli Esteri, Zhao Lijian, [afferma](#):

Se gli USA vogliono veramente scoprire l'origine della pandemia, aprano Fort Detrick

²⁴ Pagine 105-107.

²⁵ Su Jeremy Ferrar si vedano anche la "Parte 6" relativa al conflitto di interessi e *Appendice 4*.

La lezione molto attuale dell’Ebola

Il professor [Francis A. Boyle](#) è un esperto di primissimo piano nella lotta alla non-proliferazione delle armi chimiche e biologiche: è stato coinvolto nella scrittura della [Convenzione sulle Armi Biologiche](#) dell’ONU nel 1972 e del [U.S. Biological Weapons Anti-Terrorism Act](#) del 1989.

In una dettagliata [intervista](#) del 2014 sostiene chiaramente che il riemergere dell’Ebola negli anni 2000 fosse dovuto allo sviluppo – **da parte dell’intelligence USA e del Pentagono** – di una versione «militarizzata» del virus (*weaponized Ebola*).

Da notare che questa versione «migliorata» dell’Ebola ha una letalità del 50% superiore a quella del virus naturale ed è stata la responsabile dell’epidemia che [ha devastato l’Africa Occidentale](#) dal 2012 al 2016, con una letalità di oltre il 70%. È stata **ingegnerizzata dai ricercatori americani** della Tulane University, con la collaborazione del CDC, del NIH, oltre che dell’onnipresente laboratorio militare di **Fort Detrick**.

Boyle fa notare come i primi focolai della malattia fossero geograficamente molto prossimi ai laboratori biologici americani in Liberia e Sierra Leone. Ma la cosa ancor più inquietante è che **l’epidemia non fosse dovuta a una “fuga” di laboratorio, ma alle sperimentazioni illegali – sulla popolazione africana – di possibili vaccini contro la malattia stessa**. E che questo sia scritto in documenti pubblici americani.

Un estratto dell’intervista: ^{xxxi}

*I have a document here from the Pentagon, 1988, stating quite clearly that the CDC was doing biowarfare work for the Pentagon as early as 1988 and probably before that because they had to have constructed the lab [in Kenema, Sierra Leone]. Also, Columbia University was doing biowarfare work for the Pentagon in Liberia, as of no later than 1988. So **the CDC, NIH, Tulane University is over there in Kenema, they have a long history of biowarfare work.** And of course, Ft. Dietrich was over in Kenema, in fact if you check the website of the Sierra Leone Government, their health ministry, this summer they shut down Kenema and **blamed our US bio warriors in Kenema for outbreak of the pandemic, saying that Tulane and the others were administering some type of vaccine against their people.** Perhaps it was this NIH vaccine with the live Ebola mixed with the common cold, I don’t know. The facts I’m telling you are there in the public record, they slowly come out. It used to be as of 1988 you could get access to these biowarfare contracts by means of a Freedom of Information Act request, and I did get them. But **after September 11, 2001 everything has gone underground** so it’s more difficult to figure out what they are doing.*

Lo stesso Boyle ci fornisce una misura dell’estensione dei programmi di guerra biologica USA: qualcosa come 79 miliardi di dollari di investimenti, 14.000 scienziati in 1.500 laboratori. ^{xxxii}

*Since 9/11/01 we have spent **\$79 billions** in this biowarfare dirty work. There are about **14,000 US scientists** involved in biowarfare work, I call them death scientists and this is death science, and we have about **1,500 labs** here in the US doing biowarfare work.*

Vi invito caldamente a leggere [l’intervista integrale](#), rilasciata a [Carry Harrison](#), **alla luce della recente pandemia**.

Era tutto inaspettato?

Ovviamente no.

Oltre alle denunce dei molti scienziati sui rischi degli esperimenti GoF, anche l'*establishment* USA aveva ben chiaro il pericolo [l'opportunità?] e si stava preparando ad una pandemia. Da molto tempo.

Già nel giugno 2001 la *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* ([JHSPH](#)) aveva condotto [una simulazione](#) (chiamata [Dark Winter](#)) per affrontare l'eventualità di un'epidemia di vaiolo, causata da un atto terroristico. Ancora a 20 anni di distanza, l'attualità è sconcertante: si veda [qui](#) e [qui](#). Nel 2005, sempre il JHSPH, organizza [Atlantic Storm](#), una nuova simulazione che assomiglia al *sequel* di *Dark Winter*.

Nel maggio 2010 è la volta della [Rockefeller Foundation](#). In un [white paper](#) intitolato «*Scenarios for the Future of Technology and International Development*», la Fondazione analizza l'impatto di una possibile pandemia influenzale in grado di infettare il 20% della popolazione mondiale, causando 8 milioni di morti in 7 mesi. A pagina 18 del documento e seguenti: ^{xxxiii}

In 2012, the pandemic that the world had been anticipating for years finally hit. Unlike 2009's H1N1, this new influenza strain—originating from wild geese—was extremely virulent and deadly. Even the most pandemic-prepared nations were quickly overwhelmed when the virus streaked around the world, infecting nearly 20 percent of the global population and killing 8 million in just seven months.

Il documento è estremamente verosimile, alla luce degli avvenimenti del 2020-2021. **Sembra di leggere la sceneggiatura di quanto stiamo vivendo in questa pandemia:** ^{xxxiv}

During the pandemic, national leaders around the world flexed their authority and imposed airtight rules and restrictions, from the mandatory wearing of face masks to body-temperature checks at the entries to communal spaces like train stations and supermarkets. Even after the pandemic faded, this more authoritarian control and oversight of citizens and their activities stuck and even intensified. In order to protect themselves from the spread of increasingly global problems – from pandemics and transnational terrorism to environmental crises and rising poverty – leaders around the world took a firmer grip on power.

Da notare come la polarizzazione del conflitto orizzontale fra i cittadini, le divisioni in «fazioni», le proteste e le rivolte di massa facessero esattamente parte dello scenario previsto.

Già nei primissimi mesi dell'epidemia COVID-19 queste – annunciate (auspiccate?) – derive autoritarie erano evidenti. Un articolo di [The Guardian](#) riporta le parole di Gordon Brown, ex premier inglese:

Serve un governo mondiale per contrastare il coronavirus.

A maggio 2018, il solito JHSPH lancia [Clade-X](#), una nuova simulazione rivolta ai decisori pubblici per prevenire o gestire l'impatto di una pandemia. Si veda anche [NTI](#).

Un [articolo](#) sul *New York Times* a firma di [Eric Lipton](#), giornalista investigativo e vincitore del [Premio Pulitzer](#) in ben tre occasioni, titola «*Prima dello scoppio della pandemia, una miriade di avvertimenti è rimasta inascoltata*».

Fra gennaio e agosto del 2019 si svolge la più grande esercitazione pandemica della storia: 35 centri operativi in 12 stati americani, 19 agenzie federali, 87 ospedali, oltre 100.000 persone in 15 ministeri, con la

partecipazione dell'esercito e dei servizi segreti USA, il coinvolgimento di banche, istituzioni finanziarie e Università. Questo è [Crimson Contagion](#).

Anche in questo caso la *sceneggiatura* è profetica: una nuova variante di influenza pandemica, arrivata dalla Cina, per la quale si aspetta con ansia un vaccino [Pagina 17]. Il documento integrale delle "Bozze di coordinamento" è disponibile su [archive.org](#). Qualche dettaglio anche su [Wikipedia](#).

Crimson Contagion 2019 Functional Exercise Scenario Overview

The Crimson Contagion 2019 Functional Exercise scenario was based on a novel influenza A(H7N9) virus that originates in China and is antigenically distinct (not matched) from stockpiled H7N9 vaccines.

Sempre nel 2019, il [report annuale](#) del [Global Preparedness Monitoring Board](#) dell'OMS (GPMB) ha come titolo «*Il mondo a rischio*». Nel documento si evidenzia che le Nazioni Unite (e quindi anche l'OMS) avrebbero dovuto condurre – entro settembre 2020 – almeno due diverse "esercitazioni pandemiche", di cui una riguardante un'epidemia causata da un patogeno respiratorio. Nel capitolo intitolato «*Prepararsi al peggio*» si legge: ^{xxxv}

*In addition to a greater risk of pandemics from natural pathogens, scientific developments allow for disease-causing microorganisms to be **engineered or recreated in laboratories**. [... Countries] create or obtain and then use biological weapons that have the characteristics of **a novel, high-impact respiratory pathogen**, the consequences could be as severe as, or even greater, than those of a natural epidemic, as could **an accidental release of epidemic-prone microorganisms**.*

Nel [Board di GPMB](#) troviamo – tra gli altri – Jeremy Farrar, Anthony Fauci, [Chris Elias](#) (Presidente del *Global Development Program* della Bill & Melinda Gates Foundation), [George F. Gao](#) (Direttore Generale del CDC cinese), [Henrietta H. Fore](#) (Direttore Esecutivo dell'UNICEF, ex [GAVI](#) e [CEPI](#)).

A settembre 2019 è la volta di [Event 201](#). L'ennesima simulazione della JHSPH che questa volta vede la partecipazione dell'[intelligence](#) USA, del *World Economic Forum* e della *Bill & Melinda Gates Foundation*. Analizzare *Event 201* è come leggere il giornale del giorno dopo. Si tratta della simulazione dell'impatto di un nuovo coronavirus, derivato dai pipistrelli e simile alla SARS, che causerà una pandemia: ^{xxxvi}

*Event 201 simulates an outbreak of **a novel zoonotic coronavirus** transmitted from bats to pigs to people that eventually becomes efficiently transmissible from person to person, leading to a **severe pandemic**. The pathogen and the disease it causes are modeled largely on **SARS**, but it is **more transmissible in the community setting by people with mild symptoms**.*

Anche le conclusioni sembrano estremamente coincidenti con la narrazione del COVID-19: ^{xxxvii}

*The pandemic will continue at some rate until there is an effective vaccine or until 80-90 % of the global population has been exposed. From that point on, it is likely to be an **endemic childhood disease**.*

Per i più curiosi, sul canale Youtube del Center For Health Security c'è [la playlist](#) degli interventi pubblici della simulazione. Quanto riportato in questo paragrafo è – in larga parte – ripreso dal [lavoro di inchiesta](#) di Franco Fracassi e Federica Ipsaro Passione, [divulgato](#) da Luogocomune.

Punti chiave

- ▶ C'è un **filo rosso** che lega Fort Detrick a Wuhan, passando per Anthony Fauci, Peter Daszak, Ralph Baric e Zhengli Shi.
- ▶ Molte epidemie del recente passato (il ritorno della spagnola, della SARS, dell'ebola, l'influenza aviaria) sono state causate da **patogeni ingegnerizzati in laboratorio**, attraverso tecniche di guadagno di funzione.
- ▶ Oggi è evidente che il SARS-CoV-2 **non abbia avuto un'origine naturale**: resta da chiarire se si sia trattato di «fuga» o «rilascio».
- ▶ Il mercato del pesce a Wuhan non è stata l'origine della pandemia: **il virus circolava già nel 2019**. In USA a ottobre²⁶, in Italia a settembre²⁷ e in Spagna a marzo²⁸.
- ▶ Scoprire l'origine della pandemia non è stato l'obiettivo di **nessuna delle indagini "indipendenti"** condotte da Peter Daszak, per conto del Lancet e dell'OMS.
- ▶ In certi ambienti ben informati, la pandemia **non era solo prevista, era attesa come un evento catalizzatore** per accentrare il potere e aumentare il controllo.
- ▶ Questi stessi ambienti sono quelli che **hanno contribuito a fabbricare** la teoria dell'origine naturale del virus, diffuso notizie false, ostracizzato ogni possibile fonte di informazione alternativa.
- ▶ A prescindere da quali siano le cause della pandemia, **gli esperimenti di guadagno di funzione vanno fermati immediatamente**.

Un punto di vista personale

Penso che rivelare al mondo l'origine del SARS-CoV-2 non sia oggi di interesse né per gli USA, né per la Cina (e neppure per altri Stati). Ogni *élite* – o sistema di potere – desidera aumentare il proprio consenso (anche) attraverso il controllo della popolazione... e questa pandemia rappresenta **un'opportunità unica**.

Così Carlo Freccero su [Il Fatto Quotidiano](#), il 20 settembre 2021:

Democrazia significa governo del popolo.

*Da tempo le élite hanno **emarginato il popolo** dal suo ruolo politico e da ogni decisione.*

Yanis Varoufakis, ex ministro greco delle finanze nel governo Tsipras, ha scritto un libro di memorie dal titolo emblematico: «Adults in the Room» [«Adulti nella stanza»].

Secondo le élite le decisioni devono essere prese dagli adulti, cioè le élite stesse, e il popolo bambino deve essere tenuto fuori dalla stanza dei bottoni.

Possiamo accettare tutto questo?

²⁶ Si veda l'intervento di Jesse Bloom su [Nature](#).

²⁷ Secondo [evidenze](#) dell'Istituto Tumori di Milano.

²⁸ Si veda [Reuters](#).

Note

- ⁱ “Il termine *gain-of-function* [guadagno di funzione] si riferisce ad un tipo di ricerca volta a modificare un agente biologico in modo da conferirgli un'attività nuova o potenziata. [...] Il sottoinsieme delle ricerche di guadagno di funzione che si prevede possa migliorare la trasmissibilità e/o la virulenza di potenziali agenti patogeni pandemici, rendendoli più pericolosi per gli esseri umani, è oggetto di un attento esame.”
- ⁱⁱ “Il virus appartiene ad un ceppo dell'influenza aviaria H5N1 che è stato modificato geneticamente ed è ora facilmente trasmissibile tra i furetti, gli animali che più da vicino imitano la risposta umana all'influenza. Gli scienziati ritengono probabile che l'agente patogeno, se dovesse emergere in natura o venisse rilasciato, scatenerebbe una pandemia con molti milioni di morti.”
- ⁱⁱⁱ “Gli scienziati sono da tempo preoccupati che il virus dell'influenza che ha devastato il pollame e gli uccelli selvatici in Asia possa evolversi per costituire una minaccia per gli esseri umani. Ora gli scienziati finanziati dal *National Institute of Health* hanno dimostrato in laboratorio come ciò possa realmente accadere. Gli scienziati hanno creato un virus che potrebbe uccidere decine o centinaia di milioni di persone se sfuggisse al confinamento o se fosse rubato dai terroristi.”
- ^{iv} “I virus respiratori [dei volatili] possono essere usati come armi chimiche. Il rischio potenziale di un danno alla collettività è di un'entità insolitamente alta.”
- ^v “I benefici della ricerca sul guadagno di funzione superano di gran lunga i rischi.”
- ^{vi} “Analizzando il problema in modo pragmatico, la questione non è se tali fughe avverranno in futuro, ma piuttosto quale potrà essere l'agente patogeno e come sarà contenuta una tale fuga, se davvero potrà essere contenuta.”
- ^{vii} “La nostra grave preoccupazione è il rischio di una pandemia causata dal rilascio (o dalla fuga) di un potenziale agente pandemico da un laboratorio. [...] Una potenziale conseguenza sarebbe una pandemia con milioni di morti.”
- ^{viii} “Gli esperimenti di guadagno di funzione, che coinvolgono la creazione e la manipolazione di nuovi patogeni potenziali pandemici, richiedono un attento esame etico per quanto riguarda l'accettabilità dei rischi di un rilascio accidentale o deliberato e la conseguente possibilità di diffusione su scala globale.”
- ^{ix} “Un'infezione accidentale con qualsiasi agente patogeno è preoccupante, ma i rischi di incidenti con nuovi patogeni potenziali pandemici sollevano nuove e gravi preoccupazioni. La creazione in laboratorio di nuovi ceppi di virus pericolosi e altamente trasmissibili - specialmente, ma non solo, quelli influenzali - pone rischi sostanzialmente anche maggiori. Un'infezione accidentale in un tale contesto potrebbe innescare focolai che sarebbero difficili o impossibili da controllare.”
- ^x “Alcune sostanze chimiche, come quelle utilizzate per la decontaminazione/sterilizzazione, i reagenti di laboratorio, le sostanze usate nella refrigerazione, nel controllo microbiologico e in altre attività storiche a Fort Detrick, possono aver causato un danno ambientale. Le attività coinvolte includono sia lo smaltimento intenzionale che i rilasci non intenzionali, attraverso fuoriuscite accidentali o l'uso normale di reagenti di laboratorio, che in seguito si è scoperto potessero essere una minaccia per l'ambiente.”
- ^{xi} “Un esperimento [di laboratorio] ha creato una versione ibrida di un coronavirus di pipistrello, simile al virus che causa la SARS. Questo ha riaperto il dibattito sul rischio che l'ingegnerizzazione di patogeni potenzialmente pandemici possa scatenerare una pandemia.”
- ^{xii} “Il CDC ha affrontato audizioni del Congresso e sanzioni governative (non ufficiali) a causa delle scadenti misure di sicurezza nei laboratori. [Il CDC] sta tenendo segrete le informazioni riguardo a dozzine di incidenti recenti che coinvolgono alcuni dei batteri e dei virus più pericolosi del mondo.”

- xiii “Il CDC ha emesso il mese scorso un "ordine di cessazione e diffida" per fermare la ricerca a Fort Detrick, perché il centro non aveva in atto "sistemi sufficienti per decontaminare le acque reflue" dei suoi laboratori di massima sicurezza. Nella dichiarazione, il CDC ha citato "ragioni di sicurezza nazionale" come motivazione per non rilasciare [ulteriori] informazioni sulla sua decisione.”
- xiv “Siamo uniti per condannare fermamente le teorie del complotto che sostengono che il COVID-19 non abbia avuto un'origine naturale. [...] Parliamo con una sola voce. Non abbiamo nessun conflitto di interesse.”
- xv “I costrutti infettivi a lunghezza intera del virus MHV-A59 permetteranno di effettuare modifiche genetiche sull'intero genoma di coronavirus, in particolare nel gene della replicasi. Il metodo ha il potenziale per essere usato per *costruire* genomi virali, microbici o eucarioti che si avvicinano a diversi milioni di paia di basi in lunghezza e utilizzato per inserire siti di restrizione *in qualsiasi nucleotide* in un dato genoma microbico.”
- xvi “La disponibilità di un cDNA [DNA complementare all'RNA virale] completo del genoma della SARS permetterà la manipolazione genetica del gene della replicasi, fornendo nuove conoscenze sul ruolo dei siti di clivaggio proteolitici e sulle replicasi [le proteine coinvolte] durante la replicazione virale.”
- xvii “Queste osservazioni suggeriscono che i topi infettati con il virus MA15 muoiono a causa di un'infezione virale devastante associata ad un'estesa distruzione di pneumociti e cellule epiteliali ciliate. MA15 ha sei mutazioni codificanti che migliorano l'adattamento e aumentano la virulenza; quando introdotte in un SARS-CoV ricombinante, queste mutazioni danno luogo a un virus altamente contagioso e letale. L'inoculazione intranasale con MA15 riproduce molti aspetti della malattia osservati nei casi umani gravi di SARS.”
- xviii “Perché avete [pubblicato] solo le sequenze RdRp (RNA polimerasi RNA dipendente) e non le loro sequenze complete? Quante sequenze complete ci sono dei campioni che avete testato e quante riguardano solo RdRp?”
- xix “A causa di restrizioni finanziarie e di manodopera, è impossibile fare il sequenziamento dell'intero genoma di tutti i campioni.”
- xx “Prima che l'origine naturale di questo nuovo patogeno venga chiaramente stabilita [dalla scienza], sono emerse teorie del complotto che sostengono che il virus possa aver avuto un'origine non naturale. Tuttavia, come in tutti i casi, queste teorie saranno smentite nella storia.”
- xxi “Gli scienziati di diversi paesi [...] concludono in modo categorico che questo coronavirus ha avuto origine nella fauna selvatica. [...] Le teorie del complotto non fanno altro che generare paura, voci infondate e pregiudizi che mettono a rischio la nostra collaborazione globale nella lotta contro questo virus.”
- xxii “Recentemente è stato pubblicato uno studio, dove un gruppo di virologi evolutivi altamente qualificati ha guardato come si evolvono le sequenze [genetiche] dei pipistrelli. Le mutazioni che occorrono per arrivare al punto in cui [il virus] si trova ora sono totalmente compatibili con un salto di specie da animale a uomo.”
- xxiii “La comunità di *intelligence* concorda con l'ampio consenso scientifico riguardo al fatto che il virus COVID-19 non sia stato prodotto dall'uomo o geneticamente modificato.”
- xxiv Non ho trovato fonti di letteratura che dimostrassero la presenza di elementi di HIV nel genoma del SARS-CoV-2. Ci sono però diverse similitudini dal punto di vista molecolare e clinico. [Uno studio](#) di Zhengli Shi dimostra che immunizzando topi umanizzati con la proteina *spike* ingegnerizzata derivata dalla SARS si osserva una risposta anticorpale contro il virus dell'HIV umano. Entrambi i virus [attaccano](#) il sistema immunitario. La glicosidazione della [proteina Env](#) permette al [SARS-CoV-2](#) di evadere il sistema immunitario, analogamente le proteine *gp41* e *gp120* dell'HIV. Queste stesse proteine dell'HIV sono [strutturalmente simili](#) alle subunità S1 e S2 della proteina *spike* - a tal punto che è possibile utilizzare gli anticorpi neutralizzanti utilizzati per *gp41*, contro la subunità S2 del SARS-CoV-2. Il sito di [clivaggio furinico](#) della proteina *Tat* del virus HIV-1 è il responsabile della componente multiorgano dell'AIDS, allo stesso modo il sito di clivaggio furinico della proteina *spike* è responsabile della componente

multiorgano del COVID-19. Anche il ruolo dell'acido sialico nella patologia dell'[AIDS](#) è simile a quello osservato nel [COVID-19](#). Un altro [articolo](#) illustra molte similitudini fra i due virus.

- xxv Un [articolo](#) nota come la proteina *spike* del SARS-CoV-2 abbia 7 amminoacidi insoliti, in una zona altamente conservata del genoma e gli stessi 7 amminoacidi si trovino anche in una proteina di superficie della malaria. Un [articolo](#) su *Journal of Virology* (e un [preprint](#)) evidenziano come le IgG e IgM, reattive per la malaria, siano cross-reattive per la proteina *spike* del SARS-CoV-2.
- xxvi “Alcuni degli scienziati in questo settore hanno serrato molto rapidamente i ranghi. C'erano persone che non ne parlavano, perché temevano per la loro carriera e per i loro finanziamenti.”
- xxvii “La capacità pandemica del SARS-CoV-2 deriva dalle caratteristiche strutturali uniche della sua proteina *spike*: 1) alta mobilità virale sull'epitelio conferita dalla conformazione planare del dominio N-terminale; 2) l'elevata capacità di legare il recettore ACE2, 3) l'utilizzo della proteasi furinica [favorisce l'ingresso del virus nelle cellule. La furina è una proteasi ubiquitaria del corpo umano].”
- xxviii “Come scienziati e divulgatori, crediamo che entrambe le ipotesi - quella di un'origine naturale e quella di laboratorio - debbano essere rigorosamente vagliate, non solo per evitare future pandemie ma [soprattutto] per il buon nome della scienza. L'indagine formale lanciata dall'OMS sta valutando solo l'origine naturale. Questo [approccio] deve cambiare.”
- xxix “Il primo paziente si trova a più di 1.500 chilometri dall'ospite animale più vicino in natura, ma solo a 3,4 chilometri dall'ospite animale più vicino [in laboratorio] - in un frigorifero dell'Istituto di virologia di Wuhan. Per metterlo in termini americani, è come se qualcuno camminasse per strada a Manhattan e venisse infettato da un virus delle Everglades in Florida.”
- xxx “Nel 2017 e nel 2018, gli Stati Uniti hanno condotto almeno due ispezioni al laboratorio di Wuhan. Questo solleva la domanda: perché un team di ispezione statunitense è entrato più volte in un laboratorio cinese “sensibile”? La risposta sembra essere che gli americani avevano uno status speciale a causa della cooperazione di alto livello e *top secret* tra Stati Uniti, Cina e altri partner, ad esempio il Canada.”
- xxxi “Basta consultare i registri pubblici, i documenti e i contratti, per capire che queste ricerche, degne del dottor Mengele, fossero in corso già da molto tempo. Ho qui con me un documento del Pentagono, datato 1988, che dimostra chiaramente che il *Center for Disease Control* stesse conducendo esperimenti di guerra biologica [in Sierra Leone] - per conto del Pentagono - già nel 1988, e probabilmente anche prima, dal momento che hanno poi costruito il laboratorio [a Kenema]. Inoltre, la Columbia University stava conducendo esperimenti di guerra biologica per conto del Pentagono in Liberia, già nel 1988.
- Quindi il CDC, il NIH e l'Università di Tulane erano proprio lì, a Kenema, e hanno una lunga storia di ricerche nel campo della guerra biologica. E naturalmente anche Fort Detrick era a Kenema: infatti se controllate il sito web del governo della Sierra Leone, il loro ministro della salute quest'estate ha chiuso Kenema e ha incolpato i nostri biologi militari [americani di Fort Detrick] per lo scoppio della pandemia.
- Sostennero che Tulane e gli altri [CDC, NIH, Pentagono, Fort Detrick] stessero somministrando un qualche tipo di vaccino contro il popolo africano. Forse era proprio il vaccino dell'NIH con il virus dell'Ebola vivo [non inattivato] mischiato al vaccino antinfluenzale, questo non lo so.
- I fatti che vi sto riportando sono lì, nei registri pubblici, stanno venendo fuori lentamente. Una volta, a partire dal 1988, si poteva ottenere l'accesso a questi contratti di guerra biologica tramite una richiesta di *Freedom of Information Act*, e io li ho ottenuti. Ma dopo l'11 settembre 2001 tutto [la ricerca militare biologica] è diventato clandestino, quindi è più difficile capire cosa stanno facendo.”
- xxxii “Dall'11 settembre 2001 abbiamo speso 79 miliardi di dollari per questo sporco lavoro di guerra biologica. Ci sono circa 14.000 scienziati statunitensi coinvolti nel lavoro di guerra biologica, io li chiamo scienziati della morte e questa è scienza della morte. Abbiamo circa 1.500 laboratori qui negli Stati Uniti che fanno questo lavoro di guerra biologica.”

-
- xxxiii “Nel 2012, la pandemia che tutto il mondo aveva previsto è infine arrivata. A differenza dell'H1N1 del 2009, questo nuovo ceppo influenzale - originato dalle oche selvatiche - è estremamente virulento e mortale. Anche le nazioni più preparate alla pandemia sono state rapidamente sopraffatte quando il virus si è diffuso in tutto il mondo, infettando quasi il 20% della popolazione globale e uccidendo 8 milioni di persone in soli sette mesi.”
- xxxiv “Durante la pandemia, i leader nazionali di tutto il mondo eserciteranno la loro autorità imponendo legislazioni ferree e restrizioni: dall'obbligo di indossare maschere, ai controlli della temperatura corporea all'ingresso di spazi comuni come le stazioni e i supermercati. Questo controllo autoritario, la sorveglianza capillare dei cittadini e delle loro attività rimarrà anche dopo la fine della pandemia, anzi si intensificherà. Al fine di proteggersi dalla diffusione di problemi sempre più globali, dalle pandemie al terrorismo internazionale, dalle crisi ambientali all'aumento della povertà, i leader di tutto il mondo rafforzeranno il loro potere.”
- xxxv “Oltre a un maggior rischio di pandemie causate da agenti patogeni naturali, gli sviluppi scientifici permettono di ingegnerizzare o ricreare in laboratorio i microrganismi che causano malattie. Se i Paesi [...] dovessero creare o ottenere e poi usare armi biologiche che hanno le caratteristiche di un nuovo patogeno respiratorio ad alto impatto, le conseguenze potrebbero essere altrettanto gravi o addirittura maggiori di quelle di un'epidemia naturale, così come un rilascio accidentale di microrganismi a rischio epidemico.”
- xxxvi “L'evento 201 simula un'epidemia di un nuovo coronavirus zoonotico trasmesso dai pipistrelli ai maiali e quindi alle persone che alla fine diventa efficacemente trasmissibile da persona a persona, portando a una grave pandemia. L'agente patogeno - e la malattia che provoca - sono modellati in gran parte sul virus della SARS, ma è più trasmissibile nelle persone con [anche] sintomi lievi.”
- xxxvii “La pandemia continuerà ad un certo ritmo finché non ci sarà un vaccino efficace o finché l'80-90% della popolazione mondiale sarà stata esposta. Da quel momento in poi, è probabile che diventerà una malattia endemica dell'infanzia.”



Parte 6

Un'epidemia di falsità

Il conflitto di interessi dei ricercatori, delle star della TV, delle Istituzioni, dei media e dei filantropi.

Il conflitto di interessi nella scienza medica

Ho scelto di iniziare questa parte del lavoro con un titolo forte, prendendo a prestito le parole di [John Ioannidis](#), docente di prevenzione delle malattie alla *Stanford University*. È l'epidemiologo di [riferimento](#) nel panorama medico mondiale (oltre 370.000 citazioni, h index = 220) e inserito nella "Top 10" degli scienziati viventi. Questo è il titolo di un suo articolo del 2011, [pubblicato](#) su *Scientific American*:

An Epidemic of False Claims

Competition and conflicts of interest distort too many medical findings

By John P. A. Ioannidis on June 1, 2011

Che l'esistenza di un conflitto di interessi (Cdi) possa *influenzare* i risultati della ricerca (quella medica in particolare), credo debba essere ben chiaro a tutti. Quello che può sfuggire è la portata di questa influenza.

Prima di entrare nel vivo, permettetemi un brevissimo *excursus*: il sottotitolo denuncia – senza giri di parole – che anche la *competizione* invalida e distorce le scoperte (medico)scientifiche. Qui in Italia, personaggi di dubbia e autoproclamata [statura](#) (morale), non fanno altro che [parlare](#) di meritocrazia. Anche [nei decreti](#).

Ioannidis sottolinea che la maggior parte degli articoli della letteratura medico-scientifica, pubblicati su prestigiose riviste e volti a dimostrare il beneficio di un certo farmaco, si sono rivelati poi falsi: ⁱ

*False positives and exaggerated results in peer-reviewed scientific studies have reached **epidemic proportions in recent years**. The problem is rampant in economics, the social sciences and even the natural sciences, but it is particularly egregious in **biomedicine**. Many studies that claim some drug or treatment is beneficial have turned out **not to be true**.*

Quella del 2011 non è che l'ennesima denuncia dell'epidemiologo. Un [lavoro del 2005](#), divenuto "un [classico](#)" titolava: "Perché la maggior parte delle evidenze [medico]-scientifiche in letteratura sono false". Secondo Ioannidis, **la risposta risiede proprio nell'enorme Cdi degli scienziati**.

[Arnold Relman](#) è stato Professore Emerito alla *Harvard Medical School* e Direttore del *New England Journal of Medicine* (NEJM) dal 1977 al 1991. Il NEJM è stata (e forse lo è ancora) la più prestigiosa rivista medico-scientifica mondiale. Durante gli anni della sua direzione, Relman ha istituito [due importanti politiche](#): 1) evitare che la stampa generalista riportasse i risultati degli articoli scientifici prima della revisione / pubblicazione (i famigerati [pre-print](#)); 2) esigere che gli autori dichiarassero i loro eventuali Cdi.

A Relman era evidente che il Cdi minasse alla base la validità della ricerca medico-scientifica. Già nel 2002 denunciava come **l'intera pratica medica fosse stata letteralmente comprata dall'industria farmaceutica**, sia in termini di ricerca, che di insegnamento: ⁱⁱ

*The medical profession **is being bought** by the pharmaceutical industry, not only in terms of the practice of medicine, but also in terms of teaching and research.*

Relman definiva "[complesso medico-industriale](#)" la potentissima lobby creata dalla fusione fra ricerca accademica e industria farmaceutica. È evidente l'analogia con il "[complesso militare-industriale](#)" denunciato dal [Presidente Eisenhower](#). Su quanto sia attuale la visione di Relman, si veda anche *Appendice 4* dedicata a *WellCome Trust*.

Anche Marcia Angell, per vent'anni capo-redattore al *NEJM* – dopo Relman – continua a denunciare le pressioni dell'industria farmaceutica e il danno prodotto all'interno dell'Accademia medica: ⁱⁱⁱ

*When the boundaries between industry and academic medicine become as blurred as they now are, the business goals of industry influence the mission of the medical schools in multiple ways. In terms of education, medical students and house officers, under the **constant tutelage of industry representatives**, learn to rely on drugs and devices more than they probably should.*

La dottoressa Angell riesce a condensare l'essenza della medicina moderna in una frase: ^{iv}

*[...] young physicians learn that **for every problem, there is a pill**, and a drug company representative to explain it.*

[Richard Horton](#), redattore capo di [The Lancet](#), [afferma](#) che la metà della letteratura medica scientifica sia palesemente falsa e che la scienza stia sprofondando nel baratro: ^v

*The case against science is straightforward: **much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue.** Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and **flagrant conflicts of interest**, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness.*

Horton è tagliente e [denuncia](#) la distorsione accademica e la **complicità degli ricercatori**. Uno scienziato, in questo sistema, non ha nessun incentivo ad essere onesto: è incentivato [solamente] ad essere produttivo e innovativo. ^{vi}

*Can bad scientific practices be fixed?
Part of the problem is that **no-one is incentivised to be right.**
Instead, **scientists are incentivised to be productive and innovative.***

L'attualità – e la portata – di queste parole è sconcertante, in un mondo dove gran parte dei finanziamenti alla ricerca (in qualunque campo) viene dall'industria. L'Italia è un ottimo esempio.

Il finanziamento capillare da parte dell'industria farmaceutica emerge anche da uno studio [pubblicato](#) su *PLOS*: nel 2018, 320 editori medico-scientifici hanno dichiarato di aver percepito compensi dalle case farmaceutiche (attraverso oltre 8.600 finanziamenti).

Ogni editore ha ricevuto in media 9 distinti finanziamenti, quelli più "bravi" anche 26. Solo il 57% degli editori dichiara le proprie linee guida sul CdI. Il 21% dichiara pubblicamente il proprio CdI e un misero 3% dichiara anche l'ammontare del finanziamento.

*703 unique physician editors were included in our analysis.
320/703 (46%) received 8659 general payments [...]
The median number of payments per editor was 9 (IQR 3–26).
Conflict of interest policies for editors were available for 34/60 (57%) journals
but only 7/34 (21%) publicly reported the disclosures
and **only 2 (3%) reported the dollar amount received.***

In un'indagine intitolata "Hidden Conflicts?" e pubblicata su [Science](#), [Charles Piller](#) si chiede se sia accettabile che un esperto dell'FDA (l'agenzia che autorizza i medicinali, una sorta di AIFA americana) – che

dovrebbe valutare la sicurezza di un farmaco – riceva finanziamenti dalla stessa casa farmaceutica o da aziende concorrenti. Quello che emerge è che oltre il 60% dei medici della FDA ha ricevuto finanziamenti dalle case farmaceutiche.

Da uno studio [pubblicato](#) sul [British Medical Journal](#) (la rivista medico-scientifica della [BMA](#), Associazione dei Medici inglesi) emerge che oltre un terzo del personale delle Agenzie Regolatorie – che regolamentano l'immissione in commercio di nuovi farmaci – riceve finanziamenti dalle multinazionali del farmaco. Questo CdI riguarda il 70% delle Commissioni che scrivono le leggi.

Un articolo, [pubblicato](#) sul *New England Medical Journal* nel 2007, fotografa la situazione della Sanità inglese: il 94% dei medici presenta un conflitto di interessi con le case farmaceutiche.

Ma il conflitto in questione non è limitato alla ricerca (articoli scientifici, trial clinici), si riflette anche sui farmaci che i medici prescrivono. Su *Nature* [la denuncia](#) di alcuni esperti di Sanità Pubblica: ^{vii}

*These links with pharmaceutical companies are more worrying than **the financial conflicts known to plague clinical trials and reviews**, say public-health experts, because the guidelines **have such a direct effect on the drugs that doctors prescribe.***

L'oncologia è la frontiera della ricerca medica e del CdI. Un articolo, [pubblicato](#) da ricercatori italiani sul *British Medical Journal* nel 2018, riporta i risultati di un sondaggio a cui hanno risposto 321 medici, ovvero il 13% degli oncologi italiani di ruolo (*tenured oncologists*). Dallo studio emerge che:

- 62% dei medici riceve **finanziamenti diretti** dalle case farmaceutiche.
- 82% è convinto che gran parte della formazione oncologica sia sponsorizzata dalle case farmaceutiche.
- 75% ritiene appropriato ottenere “equi rimborsi” dalle case farmaceutiche. Come ad esempio 5000 euro per paziente arruolato all'interno di un trial clinico.
- Oltre il 90% ritiene doveroso che **le società scientifiche** [ma non i medici stessi, *sic!*] dichiarino i finanziamenti ricevuti.

Una piccola nota storica. È interessante rileggere [le parole](#) di [Benjamin Rush](#), medico e firmatario della Dichiarazione di Indipendenza USA (1776): ^{viii}

*Unless we put **medical freedom** into the Constitution, the time will come when **medicine will organize into an undercover dictatorship to restrict the art of healing to one class of Men and deny equal privileges to others**; the Constitution of this Republic should make special privilege for medical freedom as well as religious freedom.*

Il male di cui oggi soffre la ricerca medica ha origini antiche.

Quanto riportato in questo paragrafo è – in *larga* parte – frutto del [lavoro di inchiesta](#) di Franco Fracassi e Federica Ipsaro Passione, [ripreso](#) da *Affari Italiani*.

I conflitti di interessi nella FDA

Interessante constatare il cambio di vertice in seno alla *Food and Drug Administration* ([FDA](#)), nel mezzo della più grave crisi sanitaria della storia americana: dal 20 gennaio 2021 la FDA non ha più formalmente un Presidente. C'è però un commissario *ad interim*, un tecnico, una figura di garanzia: [Janet Woodcock](#).

La Woodcock è di casa alla FDA, da lungo tempo: ex direttore del *Center for Drug Evaluation and Research* (CDER), è stata al centro di diversi scandali.

1) Conflitto di interessi: il caso dell'eparina

Mentre è a capo della sezione della FDA per l'approvazione dei medicinali, Janet Woodcock è co-autrice dello studio che avrebbe dovuto dimostrare l'efficacia del farmaco (un'eparina a basso PM) che poi lei stessa avrebbe dovuto approvare. Contemporaneamente, un'altra azienda farmaceutica presenta la richiesta per l'approvazione dello stesso farmaco. Indovinate quale dei due farmaci è stato approvato... Per approfondire: [Wall Street Journal](#), [Nature](#).

2) Fervente sostenitrice del "21st Century Act"

Il 21st Century Act è di fatto [il regalo del secolo](#) alle case farmaceutiche. Proposto e sostenuto da una lobby che riunisce 455 case farmaceutiche, ed osteggiato da numerose associazioni di consumatori, è stato approvato all'unanimità dal Congresso USA (solo 5 contrari, fra cui Elizabeth Warren e Bernie Sanders). Tra i molti vantaggi concessi a *Big-Pharma* contenuti nel Century Act: 1) la riduzione dei tempi di sperimentazione clinica dei farmaci e la possibilità, da parte delle case farmaceutiche, di fornire "studi aneddotici, osservazionali e datasets" al posto di trial clinici controllati, per ottenere l'approvazione del farmaco. 2) il finanziamento da parte dell'NIH (la Sanità USA) degli studi condotti dalle multinazionali del farmaco. Una *deregulation* che trasferisce miliardi di dollari dal contribuente americano alle casse di *BigPharma*. Per approfondire: [Wikipedia](#), [HealthNews](#), [Università del Michigan](#).

3) Il ruolo nella "pandemia di oppioidi" di USA

Dopo pochi mesi dalla sua nomina a capo della sezione della FDA per l'approvazione dei medicinali, nel 1995, approva l'uso dell'ossicodone (*OxyContin*), facilitando le prescrizioni e promuovendone la diffusione di massa. A causa dell'ossicodone e la dipendenza di oppioidi, si stima che ogni anno in USA muoiano circa 500.000 persone. Nonostante la strage, nel 2011 estende la prescrivibilità anche ai bambini di 11 anni in su. Per approfondire: [The Guardian](#), [USAToday](#), [FDA](#).

Nonostante (grazie a?) questo invidiabile curriculum è arrivata alla testa di FDA... nel bel mezzo della pandemia. Credo che anche [l'approvazione del vaccino Pfizer](#) e l'estensione della sua [autorizzazione ai giovani](#), non sfigureranno nel CV di Janet Woodcock. L'attuale [direttrice](#) del CDER è Patrizia Cavazzoni, [ex dirigente](#) di Eli Lilly e Sanofi Pasteur, nonché ex vicepresidente della divisione vaccini di *Pfizer*.

Nove dei dieci commissari della FDA che negli ultimi 40 anni hanno rivestito ruoli apicali nella FDA hanno [continuato la loro carriera](#) nell'industria farmaceutica. Fra questi [Scott Gottlieb](#) (fra i promotori del 21st Century Act) attualmente nel *board* di *Pfizer* e [Mark McClellan](#) nel *board* di *Johnson & Johnson*.

Per approfondire, si veda anche un interessante [articolo](#) del 2018 pubblicato su *Science* dal titolo «*Is FDA's revolving door open too wide?*».

Per capire quanto la FDA possa essere realmente indipendente dalle pressioni delle case farmaceutiche, basta guardare il suo bilancio: [il 75% del budget](#) che l'FDA utilizza per "revisionare" i medicinali prima dell'immissione in commercio, proviene dalle case farmaceutiche stesse.

I conflitti di interessi di EMA

Alla presidenza dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) c'è [Emer Cooke](#).

Cooke è arrivata a capo di EMA nel novembre 2020, in tempo per il lancio della campagna vaccinale, dopo essere stata nel board della più grande lobby europea del farmaco, la [EFPIA](#). Così la sua pagina [Wikipedia](#):^{ix}

*Starting in 1985, she held various positions in the pharmaceutical industry, she was a **board member** of the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), a lobbying organization of the largest European pharmaceutical companies.*

Cooke ha passato [gli ultimi 8 anni](#) in EFPIA a lavorare per i "Big 30" dell'industria farmaceutica mondiale, fra cui Pfizer, AstraZeneca e Johnson & Johnson:

*There she spent eight years **lobbying for the "Big 30"** of the European pharmaceutical industry, including Pfizer, AstraZeneca, Novartis, and Johnson & Johnson.*

Il bilancio [pubblicato](#) sul sito ufficiale attesta che l'86% del budget EMA proviene dalle "tasse" che le case farmaceutiche pagano all'Agenzia per l'autorizzazione alla commercializzazione dei farmaci:^x

*For 2021, the total budget of the European Medicines Agency (EMA) amounts to €385.9 million. Around 86% of the Agency's budget derives from fees and charges and 14% from the European Union (EU) contribution for public-health issues and **less than 1% from other sources.***

[Guido Rasi](#) è stato direttore esecutivo di EMA (dal 2011 al 2014 e dal 2015 al 2020) ed è oggi consulente scientifico del Commissario Figliuolo per la gestione dell'emergenza.

Nel 2014 Rasi è costretto a dimettersi da EMA in seguito ad una [decisione](#) del tribunale dell'Unione Europea (13 novembre 2014) che aveva [riscontrato conflitti di interessi](#) nella fase di preselezione della sua candidatura. Ciononostante Rasi viene poi rinominato - nello [stesso ruolo](#) - l'anno successivo ed è rimasto in carica fino al novembre 2020. Ecco alcune sue dichiarazioni su vaccini, farmaci e COVID-19.

In un [articolo](#) dell'*Huffington Post* si legge:

Guido Rasi: «Se il governo vuole, obbligo vaccinale anche subito»

Durante la trasmissione *Controcorrente*, del 17 ottobre 2021, [sostiene](#) che l'idrossiclorochina (da lui chiamata *idroclorochina*, per ben due volte) non sia utile nella lotta al COVID-19 e che la tachipirina, al contrario, funzioni in quanto dotata di attività antinfiammatoria (*sic!*).¹

*Se per terapie precoci si parla di idroclorochina e ivermectina, no.
Se si parla invece di farmaci antinfiammatori, la tachipirina per prima, o altri...*

Il 22 novembre 2021, a Otto e mezzo su La7, [dichiara](#) - contro ogni evidenza - che la letalità della variante *delta* sarebbe oltre il 10%.²

*Covid party? Esperimento terribile: un 20% andrà in terapia intensiva e il 10-12% morirà.
La variante Delta prende tutti.*

¹ Come già sottolineato nella "Parte 4" del documento, il paracetamolo è un antipiretico, non fa parte della classe dei farmaci antinfiammatori (FANS) ed è dannosa nella lotta contro il COVID-19 (riduce la concentrazione di glutazione). Al contrario, idrossiclorochina e ivermectina si sono rivelati essere farmaci potenzialmente salva-vita.

² Secondo i dati ufficiali la letalità della variante *delta* in Italia è inferiore all'1%. Su questo si rimanda alla "Parte 1" del documento.

Queste dichiarazioni sono valse a Rasi una [denuncia](#) per procurato allarme.

Non sarebbe lecito aspettarsi un'informazione più corretta da parte di chi ha guidato l'Agenzia Europea dei Medicinali per un decennio ed è oggi consulente scientifico per l'emergenza COVID-19?

Curioso anche notare come l'intervento del prof. Pierfrancesco Belli (Presidente della Commissione Rischi ed Etica Sanitaria dell'INCER Institute) alla Commissione Affari Costituzionali del Senato sia stato [censurato](#) per aver menzionato il conflitto di interessi di Guido Rasi [[video](#)].

[Stefano Marino](#) è arrivato a capo del *Legal Service* di EMA (sotto la direzione di Rasi) nel 2013 dopo aver passato 23 anni a lavorare [nell'industria farmaceutica](#) ed essere stato *chairman* del *trademark committee* della EFPIA³ (dal 2005). Curiosamente (anche) Marino [non ha dichiarato](#) alcun conflitto di interessi. Riguardo a Rasi e Marino, si veda anche questa [lettera](#) della ONG *Corporate Europe Observatory*.

[Stella Kyriakides](#) è la Commissaria UE per la Salute (e la sicurezza alimentare), colei che ha firmato i contratti per i vaccini contro il SARS-CoV-2 con le aziende farmaceutiche.

Secondo un [rapporto](#) dell'osservatorio *Corporate Europe*, durante il primo anno di pandemia avrebbe incontrato [44 volte](#) i lobbisti dell'industria farmaceutica, evitando ogni confronto con le associazioni dei consumatori e la società civile. Il principale interlocutore della Kyriakides è stata "la solita" *Federazione europea dell'industria del farmaco (EFPIA)*.

La commissaria [è stata](#) anche presidente dell'ONG "Europa Donna" dal 2000 al 2015, ricevendo [finanziamenti](#) - tra gli altri - da Pfizer, AstraZeneca e Johnson & Johnson.

Secondo [fonti di stampa](#), un'inchiesta di Miklos Omolnar (giornalista magiaro di *Feketen Feheren*), avrebbe riferito di [un versamento di tangenti](#) su un conto bancario riconducibile alla famiglia Kyriakides per un valore di 4 milioni di euro. Diverse interrogazioni al Parlamento Europeo hanno chiesto chiarimenti in merito, si vedano ad esempio [E-001844/2021](#) e [E-003175/2021](#).

Tutti i vertici di EMA hanno avuto (o hanno tutt'ora) legami con le più importanti lobby dell'industria farmaceutica europea e mondiale.

Ciononostante, nel [codice di condotta](#) adottato dall'Agenzia si legge:

I membri del consiglio di amministrazione, i membri delle commissioni, i relatori e gli esperti non devono avere interessi finanziari o di altro tipo nell'industria farmaceutica che potrebbero incidere sulla loro imparzialità.

Ironico, non trovate?

- Le Agenzie regolatorie americane ed europee (FDA, EMA) non hanno **nessuna indipendenza**.
- Oltre tre quarti del loro *budget* dipende dalle "tasse" che le case farmaceutiche pagano **per vedersi approvati i loro medicinali**.
- Janet Woodcock, commissaria *ad interim* alla guida della FDA, appare come una «**una figura di garanzia**» per le case farmaceutiche.
- Emer Cooke, l'attuale Presidente di EMA, è stata una **lobbista** al servizio delle case farmaceutiche.
- Non è azzardato affermare che FDA e EMA **sembrano un tutt'uno** con le case farmaceutiche.

³ La stessa lobby di case farmaceutiche per cui ha lavorato anche l'attuale Presidente di EMA, Emer Cooke.

I conflitti di interessi degli «esperti» italiani

Durante questa pandemia, **Matteo Bassetti** si è distinto per posizioni – a mio avviso – molto discutibili quantomeno dal punto di vista [scientifico](#), ma [non solo](#). Menzione speciale alla sua [esibizione canora](#): un'inarrivabile riedizione di *jingle bells*, intitolata «*si si vax, vacciniamoci*». Il testo nelle note di chiusura.^{xi}

Per valutare perché uno scienziato si esponga così apertamente a favore dell'industria farmaceutica – anche a costo di minare la sua stessa credibilità – basta considerare [il suo curriculum](#). Bassetti è nell'*Advisory Board* di ben 13 case farmaceutiche, fra cui *Pfizer*. Nel 2020, in [un articolo](#) su *Drug Context*, dichiarava finanziamenti e *benefit* da 20 diverse case farmaceutiche, incluse *AstraZeneca* e *Pfizer*:

*M. Bassetti has received funding for scientific advisory boards, travel and speaker honoraria from Angelini, Astellas, **AstraZeneca**, Basilea, Bayer, BioMérieux, Cidara, Correvio, Cubist, Menarini, Molteni, MSD, Nabriva, Paratek, **Pfizer**, Roche, Shionogi, Tetrphase, Thermo Fisher, and The Medicine Company.*

Stranamente, nel suo [curriculum del 2021](#), scompare ogni riferimento ai conflitti di interesse con le case farmaceutiche. Un bell'esempio di trasparenza.

Anche **Luca Richeldi**, pneumologo dell'ospedale Gemelli di Roma, [dice](#) di «*avere paura per chi non è vaccinato*». Per valutare quanto sincera⁴ sia la sua preoccupazione, ci può aiutare un [articolo scientifico](#) del 2018. Lo stesso Richeldi dichiara – per il solo 2018 – finanziamenti personali da 11 diverse case farmaceutiche. In un [articolo](#) del 2020, il numero delle case farmaceutiche sale a 22.

Walter Ricciardi è attualmente consulente del Ministero della Salute, espressamente voluto da Roberto Speranza per l'emergenza COVID-19. È [stato](#) Presidente del Consiglio Superiore di Sanità dal 2010 al 2014 e Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità dal 2015 al 2018.

Secondo un'inchiesta, [riportata](#) da *Il Fatto Quotidiano*, Walter Ricciardi è: 1) membro dell'*European Steering Group* sulla sostenibilità dei sistemi sanitari; 2) relatore del [white paper](#) della [Commissione Europea](#), iniziativa finanziata dalla casa farmaceutica *AbbVie*; 3) membro del Comitato Scientifico della Università Bocconi, che nel [progetto](#) *Academy of Health Care Management and Economics* collabora con *Novartis*; 4) responsabile scientifico del [Primo Libro Bianco](#) sull'*Health Technology Assessment in Italia* e del progetto *ViHTA*, iniziative finanziate da *GlaxoSmithKline*.

Ricciardi è inoltre Chair della [EU Cancer Mission](#) e nel suo [curriculum](#) leggiamo:

1. Presidente della WFPHA – *World Federation of Public Health Associations*
2. Presidente del *Mission Board for Cancer* della Commissione EU
3. Coordinatore del Scientific Advisory Board del *Human Technopole Foundation*
4. Membro del Scientific Advisory Board della *Pan-European Commission on Health and Sustainable Development*
5. Rappresentante ufficiale del Governo Italiano presso l'OMS (2017-2020)
6. Membro dell'Executive Board del *National Board of Medical Examiners (USA)*
7. Presidente di EUPHA (2010 – 2014) *European Public Health Association*
8. Membro di EACHR (2012 –) *European Advisory Committee on Health Research*
9. Editor di *European Journal of Public Health*

⁴ Per capire quanto invece sia scientificamente infondata, si invita il lettore a rifarsi alla "Parte 1", al paragrafo "La letalità della variante delta".

Ricciardi è un uomo per tutte le stagioni.

Per un incarico assunto in Europa, ha dovuto stilare la sua dichiarazione di interessi presso la Commissione Europea, in data 28 marzo 2013. Un elenco non esaustivo dei conflitti di interessi dichiarati:

- *Novartis* per il vaccino *MenB* (2012)
- GlaxoSmithKline il monoclonale *Belimumab* (2011)
- *Pfizer* per il vaccino *PCV13* (2011)
- Amgen Dompè per il monoclonale *Prolia* (2010)
- *Wyeth Lederle* per il vaccino *Prevenar* (2009)
- *Sanofi Pasteur* per il vaccino *Gardasil* (2008)
- *GlaxoSmithKline* per il vaccino *Synorix* (2008)
- *GlaxoSmithKline* per il vaccino *HPV* (2007)

Interessante notare come sia stata Beatrice Lorenzin a nominare Ricciardi a capo dell'Istituto Superiore di Sanità: è proprio quest'ultimo, alla guida di ISS, a definire il "[Piano nazionale di prevenzione vaccinale per il triennio 2016-2018](#)" che "ispirerà" la legge sull'[obbligatorietà vaccinale](#) del 2017, la "Legge Lorenzin" appunto. Anche Ricciardi, in questa pandemia, si è distinto per [dichiarazioni](#) dal dubbio valore scientifico: ⁵

Vacciniamo presto tutti o aumenterà la possibilità di selezionare varianti capaci di «bucare» la protezione dei vaccini.

Beatrice Lorenzin ed il suo *entourage* hanno un [conflitto di interesse](#) con *GlaxoSmithKline*, attraverso la fondazione *SmithKline*. Secondo il Ministero non ci sarebbe alcun problema, perché la fondazione *SmithKline* non è l'azienda *GlaxoSmithKline*, e non vende farmaci. Al lettore ogni valutazione.

Beatrice Lorenzin si è sempre distinta per il suo tono rassicurante e pacato, nonché per aver diffuso – in prima serata – informazioni assolutamente corrette. Così [si esprimeva](#) a *Porta a Porta*, il 22 ottobre 2014:

*C'è una disinformazione totale contro le vaccinazioni.
Ricordo che solo di morbillo a Londra, cioè in Inghilterra,
lo scorso anno sono morti 270 bimbi.*

Secondo i [dati ufficiali](#) inglesi, nel 2013 – in tutto il Regno Unito – si è verificato **un solo decesso** per morbillo (su tutte le età, si trattava di un adulto).

Stesso copione l'anno dopo a *Piazza Pulita*, il 22 ottobre 2015. Il Ministro Lorenzin [si scatena](#):

*Di morbillo si muore.
In Europa c'è stata una crisi, un'epidemia di morbillo.
A Londra lo scorso anno sono morti più di 200 bambini.*

Nel 2014, secondo i [dati ufficiali](#) del Governo inglese – in tutto il Regno Unito – non si è verificato neppure un decesso per morbillo fra la popolazione (di tutte le età). **Zero**.

Ovviamente, né Vespa, né Formigli hanno fatto notare alla Ministra che, nel Regno Unito, per il morbillo sono morte, in tutto, 11 persone in 15 anni.

⁵ Le varianti sono il risultato della campagna di vaccinazione (condotta mentre il tasso di diffusione del virus è alto): questa evidenza è ampiamente documentata nella "Parte 3" del lavoro. Il virus «bucare» la protezione indotta dalla vaccinazione perché gli attuali vaccini sono progettati su un virus che non esiste più (e su [bersaglio molecolare](#) troppo ristretto e soggetto a mutazioni).

Al contrario, si sono uniti alla campagna di disinformazione sottolineando la pericolosità del virus e la necessità assoluta di vaccinare obbligatoriamente tutti i giovani. Quello contro il morbillo è stato introdotto fra i [vaccini obbligatori](#) in Italia, nella fascia di età 0-16 anni, nel 2017 (la “Legge Lorenzin”, appunto).

Forse non tutti sanno che la decisione di estendere l'obbligo vaccinale in Italia, non è italiana. È stata [decisa](#) in seno all'Ufficio Affari Globali del Dipartimento di Salute Pubblica USA. Il nome del progetto è esplicito: *Global Health Security Agenda (GHSA)*.

Nel 2014 Beatrice Lorenzin ha rappresentato il nostro Paese al GHSA, durante il quale è stato deciso che l'Italia avrebbe guidato le strategie e le campagne vaccinali nel mondo, nei seguenti cinque anni. L'AIFA [sul suo sito](#) conferma, con una punta di malcelato orgoglio:

L'Italia guiderà nei prossimi cinque anni [2014-2018] le strategie e le campagne vaccinali nel mondo. È quanto deciso al Global Health Security Agenda (GHSA) che si è svolto venerdì scorso alla Casa Bianca. Il nostro Paese, rappresentato dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, accompagnata dal Presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco prof. Sergio Pecorelli, ha ricevuto l'incarico dal Summit di 40 Paesi in cui è intervenuto anche il Presidente USA Barack Obama.

Quando finiremo di ripagare il [piano Marshall](#)?

Il CODACONS [denuncia](#) Lorenzin e AIFA all'Autorità Anticorruzione. L'Associazione dei Consumatori contesta al Ministro di non aver informato gli altri ministri in CdM, al momento dell'approvazione del decreto legge sui vaccini, “di un documento [già in possesso] dell'AIFA sulle reazioni avverse”. Nella denuncia si evidenzia che:

Nel 2014 [Lorenzin] ha partecipato all'incontro a Palazzo Chigi con i principali CEO di Big Pharma [Bayer, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Glaxosmithkline, Johnson & Johnson, Merck Serono, Novartis e Roche] assieme all'allora premier Matteo Renzi che li invitava a puntare e a investire sull'Italia. Nel 2015 ha partecipato all'VIII European Public Health Conference organizzato da Eupha e Siti, e con il supporto finanziario di Vaccines Europe [GSK Vaccines, Pfizer Vaccines, Sanofi Pasteur].

Su EUPHA, Vaccines Europe, SITI ed il Congresso Europeo di Salute Pubblica si veda anche *Appendice 3*.

Lorenzin ha sempre intrattenuto [rapporti](#) con tutti i *big* dell'industria farmaceutica.

La stampa Italiana, fra cui spicca [ilSole24Ore](#), è entusiasta del clima nelle relazioni USA-Italia:

Metti 10 CEO mondiali di Big Pharma a Palazzo Chigi e un premier che li invita a puntare (e a investire) sull'Italia. [tra cui Bayer, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Glaxosmithkline, Johnson & Johnson, Merck Serono, Novartis e Roche]. La presenza di altri ministri accanto a Renzi, - da Pier Carlo Padoan (Economia) a Beatrice Lorenzin (Salute) fino a Federica Guidi (Sviluppo) - è di sicuro un segnale in più di attenzione verso le industrie.

Anche su Ricciardi, Lorenzin e ISS, si veda *Appendice 3*.

Il successore di Ricciardi alla guida dell'ISS, nominato da Giulia Grillo, è **Silvio Brusaferrò**. Si definisce [convinto pro-vax](#) ed è considerato una “figura di garanzia”. «Per chi?» verrebbe da chiedersi.

Secondo il Ministro Giulia Grillo:

Il professor Brusaferrò è chiamato anche a fugare i dubbi - e le strumentalizzazioni - sull'approccio governativo ai vaccini.

Brusaferro, in qualità di Presidente del Comitato Organizzatore del 51° Congresso Nazionale SITI (Società Italiana di Igiene), [ha ricevuto](#) sponsorizzazioni “platinum” e “gold” da MSD, GlaxoSmithKline e Pfizer. A *fuggare i dubbi* sul pensiero di Brusaferro, [le sue stesse dichiarazioni](#):

*Sarà molto probabile un booster, una terza dose dei vaccini.
[...] La possibilità di somministrare il vaccino di Pfizer ai 12-15 anni
ci consentirà di mettere in sicurezza le scuole medie e superiori.*

Anche **Roberto Burioni** si è distinto per informazioni scientificamente corrette («[in Italia il rischio è zero](#)») ed un'eleganza inarrivabile («[no-vax chiusi in casa come sorci](#)»).

Per avere una stima dell'entità del potenziale Cdl di Roberto Burioni con l'industria del farmaco, basta [una ricerca veloce](#) su Google Patents: “*roberto burioni antibodies*” restituisce 330 risultati. Buona lettura, ma ricordate che, secondo [la redazione](#) de “Il Foglio”, indagare il Cdl di Burioni è roba da gente poco seria, come complottisti e *no-vax*. Almeno Burioni sa come essere ironico, a sua insaputa. Da [AdnKronos](#):

*Ormai qualunque scemenza riguardante COVID-19,
specie se con connotati terroristici, diventa una notizia rimbalzata
da tutti i giornali e siti di informazione. Non capisco il perché.*

E anche [molto divertente](#)... se non ci fosse da piangere:

*Burioni ricorda che le vaccinazioni obbligatorie sono iniziate molti anni fa,
nel 1939, senza nessuna protesta.*

Perché nessun giornalista, di nessun *media* generalista (al meglio delle mie conoscenze), ha mai sollevato il tema del conflitto di interessi di queste persone o ha semplicemente chiesto loro di specificarlo in occasione delle dichiarazioni rese?

In ultimo, ma non certo per importanza, [Mario Draghi](#), l'attuale **Presidente del Consiglio**, definito «[l'uomo della Provvidenza](#)» e invocato come il [salvatore](#) della Patria. È utile ricordare che Draghi è stato:

- 1) Direttore della Banca Mondiale: istituzione che ha [finanziarizzato le pandemie](#), creando [obbligazioni e derivati](#), scommettendo sul [rischio pandemico dei paesi africani](#).
- 2) Vice Chairman di [Goldman Sachs](#): colosso finanziario che vede come principali azionisti i tre più grandi fondi speculativi del mondo ([Vanguard](#), [BlackRock](#) e [State Street](#)).⁶ Questi tre sono anche i principali azionisti di [Pfizer](#), [Moderna](#) e [Johnson & Johnson](#).
- 3) Membro del [World Economic Forum](#): una «*lobby di lobbisti*» che ha promosso la partnership pubblico-privato chiamata *Global Alliance for Vaccine Immunization* ([GAVI](#)), assieme alla [Bill & Melinda Gates Foundation](#).

La [mission di GAVI](#), insieme alla Fondazione Gates e ai suoi partner, è promuovere ed accelerare l'agenda vaccinale nel mondo, ridisegnando il mercato globale dei vaccini: ^{xii}

The Foundation is a key Gavi partner in vaccine market shaping.

Siamo sicuri che queste siano associazioni *non-profit* – presiedute da filantropi che anelano a rendere il mondo un posto migliore – e non il solito *turbo-capitalismo* finanziario che prova a rifarsi il *look*?

⁶ Gestiscono un patrimonio di 20 trilioni di dollari. Si sommano le voci “AUM” nelle rispettive pagine di Wikipedia.

Il potere dei più buoni: le scatole cinesi del business vaccinale

[Giorgio Gaber](#) è stato un autentico intellettuale: indipendente, sarcastico, anticonformista.

La traccia numero nove dell'album del 1998, "Un'idiozia conquistata a fatica", si intitola [il potere dei più buoni](#). Un estratto del testo:

*"Sono sensibile ed umano, probabilmente sono il più buono;
ho dentro il cuore un affetto vero, per i bambini del mondo intero.
Ogni tragedia nazionale, è il mio terreno naturale;
perché dovunque c'è sofferenza, sento la voce della mia coscienza."*

Questo è all'incirca come i *media* oggi ci dipingono i "filantropi": a metà fra Madre Teresa di Calcutta e Gino Strada. Per capire come la filantropia sia solo un'operazione di *marketing* basta vedere i numeri: secondo [Forbes](#), nei primi 2 mesi di pandemia, i 25 più ricchi al mondo hanno guadagnato 255 miliardi di dollari.

Per dare un'idea della cifra, è un decimo del PIL italiano.

È come se un decimo di tutta la ricchezza prodotta dall'Italia in un anno si fosse trasferita nelle loro tasche, nel giro di due mesi. Il **patrimonio personale** di Bill Gates è aumentato di 12 miliardi di dollari, in due mesi.

Dopo un anno di pandemia, le 25 persone più ricche al mondo [hanno guadagnato](#) 1.000 miliardi di dollari. Un trilione di dollari, quasi la metà del PIL Italiano. Queste persone si sono messe in tasca l'equivalente di mezza Italia.

Come sia stato possibile ce lo spiega [William Henry Gates III](#) stesso – per gli amici Bill – dal *World Economic Forum* di Davos, a gennaio 2019. Le sue parole, riprese dalla CNBC, [riassumono 20 anni](#) di investimento nei vaccini: ^{xiii}

*«We feel there's been over **a 20-to-1 return**, yielding \$200 billion over those 20 or so years»,
Gates told CNBC's from the WEF in Davos, Switzerland.*

L'articolo fa anche notare che l'investimento promette un ritorno di 20 volte il capitale iniziale, mentre quello medio nelle [Top 50](#) di *Standard & Poors 500* [indice legato alla capitalizzazione delle 50 più grandi società americane] sia solo del 7%. **La vaccinazione è un business molto redditizio.**

L'*International Vaccine Institute (IVI)* nasce nel 1995 all'interno del programma dell'ONU per lo sviluppo dei paesi poveri, *UN Development Programme*. Oggi conta l'adesione di 35 paesi sotto l'egida dell'OMS.

Su *Wikipedia*, IVI si presenta così [al pubblico](#): ^{xiv}

*The International Vaccine Institute (IVI) is an independent, nonprofit, international organization that was founded on the belief that the **health of children** in developing countries can be dramatically improved by **the use of new and improved vaccines**.*

Mentre sul suo sito web, così [agli investitori](#): ^{xv}

Vaccine investment brings 16-fold return... partnering with Bill Gates.

Nel business vaccinale mondiale è entrata anche la **Banca Mondiale**. Al G7 di Sendai, tenutosi in Giappone nel 2016, la Banca Mondiale [presenta](#) il suo "piano di aiuto" ai paesi poveri: il *Pandemic Emergency Financing Facility (PEF)*.

La strategia *filantropica* della Banca Mondiale è creare obbligazioni e derivati sulle pandemie (*sic!*).⁷ Così si [legge](#) sul “bugiardino” di presentazione delle obbligazioni: ^{xvi}

*It's the first time that **pandemic risk** in low-income countries is being **transferred to the financial markets** [...]*
The PEF will provide more than \$500 million to cover developing countries against the risk of pandemic outbreaks over the next five years [...]
With this new facility, we have taken a momentous step that has the potential to save millions of lives.

Poi strizza l'occhio agli investitori: ^{xvii}

The World Bank was able to price the transaction well below the original guidance from the market.

Interessante notare come le obbligazioni sarebbero maturate il 15 Luglio 2020... a meno di una pandemia (di coronavirus) [si veda la tabella *IBRD Pandemic Bonds Summary Terms and Conditions*].

A parte la curiosa coincidenza, secondo [The Guardian](#), la Banca Mondiale avrebbe creato le obbligazioni in modo osceno, “*aspettando che le persone muoiano*”. Inoltre, le clausole di rimborso sono state definite in modo talmente complicato, che non sarebbero comunque scattate, neppure in caso di pandemia.

In un articolo del 2017 a firma di [Clare Wenham](#), economista della *London School of Economics*, si evidenzia come a fronte di 60 eventi pandemici, il meccanismo di rimborso del PEF sia scattato in sole 2 occasioni: per la “febbre della Rift Valley” nel 2006, e per l'epidemia di Ebola in Africa nel 2014-16.⁸

Oltre alla Banca Mondiale, un attore di [prmissimo piano](#) nel panorama “filantropico” legato alle vaccinazioni è **GAVI**. Dalla [pagina dedicata](#) alla *Bill & Melinda Gates Foundation*, sul sito GAVI: ^{xviii}

Gates Foundation pledged US\$ 750 million to set up Gavi in 1999. The Foundation is a key Gavi partner in vaccine market shaping. [...]
*Since then, vaccines have become the **Gates Foundation's biggest investment**.*

Il ramo [finanziario di GAVI](#) è l'*International Finance Facility for Immunisation (IFFIm)*.

IFFIm ha creato [strumenti finanziari](#) legati alle vaccinazioni: i *vaccine bonds*. ^{xix}

*While sovereign donors and the Bill and Melinda Gates Foundation support GAVI's work through annual tranches, or installments, IFFIm's Vaccine Bonds help GAVI raise money more quickly, **harnessing the power of capital markets**.*

Oltre a GAVI, nel mercato globale dei vaccini, troviamo la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)*. Questa nasce da un'idea di Jeremy Farrar⁹ – presidente di [Wellcome Trust](#) – e l'iniziativa è stata presentata con un [articolo](#) sul *New England Journal of Medicine*, dal titolo: “*Creazione di un fondo finanziario globale per lo sviluppo dei vaccini*”. Da notare il tipico titolo da articolo medico-scientifico. Su *Wellcome Trust* si veda anche [Appendice 4](#).

⁷ I derivati sono strumenti finanziari speculativi, contrattati *over the counter*, al di fuori delle borse “ufficiali”. Si tratta di titoli altamente rischiosi... qualcuno ricorda la [crisi](#) del 2007-2008? Si trattava proprio di derivati legati al valore dei mutui ([MBS](#)).

⁸ Sull'epidemia di ebola si veda il relativo paragrafo nella “Parte 5” intitolato “*La lezione molto attuale dell'Ebola*”.

⁹ Lo stesso che ha inventato, scritto e diffuso la teoria dell'origine naturale del SARS-CoV-2 (assieme ad Anthony Fauci e Francis Collins). Si veda la “Parte 5” al paragrafo dedicato a “*La lobby dell'origine naturale*”.

CEPI è un'associazione con sede in Norvegia. È stata fondata a Davos, dopo l'epidemia di Ebola in Africa Occidentale,⁴ da *Wellcome Trust, Bill & Melinda Gates Foundation* e *World Economic Forum*.

CEPI was founded in Davos by the governments of Norway and India, the Bill & Melinda Gates Foundation, Wellcome Trust, and the World Economic Forum.

Da notare la partecipazione del governo indiano. Anche su questo dettaglio si veda *Appendice 4*.

GAVI e CEPI sono tra i partner (insieme a ONU e OMS) di [COVAX](#). **COVAX** è un'entità (finanziaria) che si occupa – tra le altre cose – di vaccinazioni nei Paesi emergenti.

GAVI, CEPI, COVAX, Wellcome Trust, OMS e Banca Mondiale sono tra i partner dell'[ACT-Accelerator](#), iniziativa promossa da [The Global Fund](#). Quest'ultima è una [istituzione finanziaria transnazionale](#), nata [in seno all'USAID](#), ma con sede a Ginevra, che da 20 anni promuove campagne di vaccinazione su scala globale. Il [Deputy Director](#) del *Global Fund*, è [Kieran Daly](#) della *Bill & Melinda Gates Foundation*. Anche un'altra nota associazione di filantropi si è unita alla a Gates e Ferrar nella lotta contro il COVID-19: [Mastercard](#).

La *Bill & Melinda Gates Foundation* è anche il più grande [finanziatore non istituzionale](#) dell'OMS. **Il finanziamento della Fondazione è il triplo di quello istituzionale americano e circa 10 volte quello cinese.** La Fondazione versa all'OMS una quota maggiore della somma delle quote istituzionali **di tutti i Paesi del mondo**.

Oltre ai [750 milioni di dollari](#) annui della Fondazione, l'OMS riceve anche [350 milioni](#) per conto di GAVI. Per avere un confronto: l'intero budget EMA è un terzo dell'investimento di [William Henry Gates III](#) nell'OMS.

Da notare che i finanziamenti volontari – a differenza di quelli istituzionali – sono **vincolati a programmi specifici** del “donatore”. I soldi che la Fondazione investe, finanziano i programmi della Fondazione stessa.

Il dottor [Lawrence Gostin](#), direttore dell'[O'Neill Institute for National and Global Health Law](#) alla *Georgetown University*, [ci aiuta a capire meglio](#):

*La maggior parte dei soldi che Gates garantisce all'OMS è legata a **programmi specifici** della Fondazione Gates. Ciò significa che l'OMS non può stabilire indipendentemente le priorità relative alla salute globale e dipende in tutto dal privato. A differenza degli Stati, la Fondazione Gates ha **poco controllo democratico**.*

Il problema delle “donazioni volontarie” non è certo nuovo. La dottoressa [Margaret Chan](#), Direttore Generale dell'OMS dal 2006 al 2017, [si esprimeva così](#) dalle pagine del *New York Times*:^{xx}

Q: *How does funding play into the response of the W.H.O. to [Ebola] outbreaks?*
A: *My budget [is] highly earmarked, so it **is driven by what I call donor interests**.*

La dottoressa [Vandana Shiva](#) riassume il contributo di Gates all'OMS [in questo modo](#):

*Gates ha **dirottato l'OMS** e l'ha trasformata in uno strumento di potere personale che utilizza al cinico scopo di **umentare i profitti farmaceutici**. Da solo ha distrutto l'**infrastruttura mondiale della salute pubblica**. Ha **privatizzato** i nostri sistemi sanitari e i nostri sistemi alimentari affinché servissero ai suoi scopi.*

Sulla “filantropia” di William Henry Gates III, si veda anche un [report molto dettagliato](#) redatto nel 2016 da una ONG britannica ([Global Justice Now](#)) e un recente [articolo](#) sul *Columbia Journalism Review*.

Su Jeremy Ferrar e Wellcome Trust si veda questo [articolo](#) sul *British Medical Journal* e “Appendice 4”.

Oste, com'è il vino?

Già nel 2003, *The Guardian*, quotidiano inglese di area *liberal* (in Italia lo si definirebbe addirittura *di sinistra*),¹⁰ titolava – senza un minimo di ironia – “**Santo Bill**”. Il riferimento era ovviamente a Gates e alla sua dichiarata *filantropia*.

È da circa 20 anni che larga parte della stampa *mainstream* mondiale ci dipinge William Henry Gates III come un inguaribile benefattore, nel tentativo di restituirci un'immagine diversa da quella che eravamo abituati a conoscere: sembrano infatti molto lontani i tempi in cui Bill veniva letteralmente preso a [torte in faccia](#) dai cittadini di Bruxelles ([video](#)) e doveva [rendere conto](#) dell'operato di *Microsoft* dinnanzi alla Commissione Antitrust e al [Dipartimento di Giustizia](#). Anche l'evidente (e imbarazzante) legame con [Jeffrey Epstein](#) sembra non aver scalfito la sua immagine. Si veda, ad esempio [qui](#), [qui](#) e [qui](#).

Jeff era l'uomo giusto per raccogliere fondi e aiutare la gente. Conosceva un sacco di gente.

In questo (ma anche in altro)¹¹ il percorso di Gates III non è diverso da quello di [John D. Rockefeller](#), altro famoso (e invisibile) oligarca statunitense poi riscopertosi improvvisamente amorevole (e amato) filantropo. Qualcuno potrebbe pensare ad una conversione sulla via di Damasco; a costo di sembrare cinico, io cercherei piuttosto la risposta nel controllo della stampa.

Ad esempio, *The Guardian* è stato finanziato con oltre 15 milioni di dollari, in 10 anni. Solo nel 2020 ha ricevuto quasi 3.5 milioni da *Saint Bill*. Ma i frutti della filantropia sono arrivati anche a una sessantina fra le più influenti testate internazionali (fra cui *NPR*, *New York Times*, *Financial Times*, *Daily Telegraph*, *Le Monde*, *Der Spiegel*, *El Pais*, *CNN*, *BBC*), a una ventina di organizzazioni di giornalisti (fra cui *International Center for Journalists*, *Center for Investigative Reporting*, *The Pulitzer Center for Crisis Reporting*) ma anche agli uffici stampa di prestigiose Università (come la *Johns Hopkins* o *University of California Berkeley*).

Altri dettagli su questo dettagliato (e documentato) [articolo](#) di *Mint Press*.



Qualcuno, sostenitore all'ideologia (neo)liberista oggi tanto di moda, potrebbe obiettare che si tratterebbe comunque di finanziamenti volontari di un privato cittadino (nonché imprenditore di successo). Su questo ci sarebbe da discutere a lungo, ma non credo che questo sia il contesto più opportuno.

¹⁰ Alla stregua di quanto possa essere considerato di sinistra il Partito Democratico (*sic!*).

¹¹ Diversi aspetti accomunano la famiglia Gates e quella Rockefeller, ieri come oggi: la passione per il [terzo mondo](#), l'[ecologia](#), l'[OMS](#), [il bene nel mondo](#), il [tracciamento](#), il [family planning](#), i [circoli di bridge](#).

Vorrei piuttosto domandare: e se fosse invece il governo a finanziare direttamente i *mass media* per veicolare le “veline” governative all’interno dei loro palinsesti?

Roba da dittature latino-americane anni '70?

No. Accade, oggi, in Italia.

Con il Decreto Legge 34/2020 (in Suppl. Ord. n. 21 alla Gazz. Uff., 19 maggio 2020, n. 128), successivamente convertito nella [Legge n.77](#) (17 luglio 2020), il governo ha stanziato decine di milioni di euro proprio per questo. Da quando il COVID-19 è diventato la principale notizia, i finanziamenti pubblici a sostegno dell’editoria sono raddoppiati.

*[...] e' stanziato nello stato di previsione del Ministero dello sviluppo economico l'importo di 50 milioni di euro per l'anno 2020 e di 20 milioni di euro per l'anno 2021, che costituisce tetto di spesa, per l'erogazione di un **contributo straordinario per i servizi informativi connessi alla diffusione del contagio da COVID-19**. Le emittenti radiotelevisive locali beneficiarie si impegnano **a trasmettere i messaggi di comunicazione istituzionale** relativi all'emergenza sanitaria all'interno dei propri spazi informativi.*

[Secondo](#) *L'Indipendente* (si veda anche il [rapporto](#) 2021 del Dipartimento per l’Informazione e l’Editoria), i finanziamenti pubblici sono passati dai 175 milioni del 2020 ai 386 del 2021: un incremento del 120%.

Nel 2021, inoltre, lo Stato ha stanziato 232,9 milioni di euro supplementari (oltre ai 143 milioni già stanziati nel 2020) sotto forma di crediti d’imposta. Ne hanno beneficiato indistintamente quotidiani di area moderata¹² come *Il Foglio* (933 mila euro l’anno, dati del 2020), *Liberio* (2,7 milioni) o il *Secolo d’Italia* (467 mila euro), così come l’editoria cattolica (2,5 milioni l’anno a *l’Avvenire* e 3 milioni a *Famiglia Cristiana*), ma anche *il Manifesto* (1,5 milioni).

Particolarmente favorevole per i grandi gruppi editoriali, il finanziamento statale ha significato per [Cairo](#), [Gedi](#) e [Mondadori](#), un risparmio di circa 360 milioni (a fronte di un fatturato di 2 miliardi nel 2020). Già non sono proprio briciole, poi viene anche il sospetto che non tutti i finanziamenti siano erogati in maniera trasparente ed in linea con quanto dichiarato:

*[...] tra il 2014 e il 2027 le varie misure di rifinanziamento del “Fondo straordinario per gli interventi di sostegno all’editoria” hanno comportato uno **stanziamento pubblico complessivo di 1 miliardo e 813 milioni**: spalmandoli sui 14 anni presi in considerazione, si tratta di **130 milioni all’anno**. Molto di più di quanto dichiarato.*

I risultati dell’investimento governativo credo siano sotto gli occhi di tutti: i quotidiani nazionali non hanno ancora apertamente titolato “**Santo Mario**”, ma ci sono andati molto vicino... ed il processo di beatificazione è tutt’ora in corso.

Esemplare (e al limite dell’eversione) la [posizione](#) di *La Repubblica* che invoca un Presidenzialismo di fatto (con un Draghi ubiquamente a Palazzo Chigi e al Quirinale); o il *Sole 24 Ore* che, già a marzo 2020 (diversi mesi prima che *Supermario* fosse nominato *premier*), [titolava](#) “*Ormai solo Draghi ci potrà salvare*”. Per i palati più forti c’è anche questo [articolo](#) di Giuliano Ferrara, su *Il Foglio*, intitolato: “*La sfida di Draghi ai professorini della open conspiracy*”.

Sarebbe comunque molto ingenuo pensare che il totale allineamento della stampa *mainstream* alla politica dell’esecutivo (non solo quella sanitaria) sia dovuto a questi finanziamenti.

¹² In altri Paesi si chiamerebbe, giustamente, destra liberista.

Dipingere colui che è stato il «[Grande Liquidatore](#)» dell'industria pubblica italiana come il «Salvatore della Patria» è davvero grottesco, ma si tratta di una suggestione irresistibile che arriva direttamente dall'altra parte dell'Atlantico.

È interessante rileggere oggi il discorso che Mario Draghi [pronunciò](#), in qualità di direttore generale del Tesoro, in quel lontano 1992, sul [celebre panfilo](#) battente bandiera inglese.¹³ Fu proprio nel 1992 che venne ratificato il trattato di Maastricht e nacque il *vincolo esterno* europeo. Sempre nel '92, iniziò *mani pulite* (e finì la Prima Repubblica); il 31 luglio, il governo Amato abolì la scala mobile. A distanza di pochi anni, vennero i primi *governi tecnici* e, con loro, l'assalto frontale al *welfare* e la svendita del patrimonio pubblico italiano. Nel 1991 l'Italia era la [quarta](#) potenza mondiale e, secondo [Sergio Romano](#), non vi fu privatizzazione negli anni '90 di cui non abbia beneficiato (anche) l'alta finanza anglo-americana.

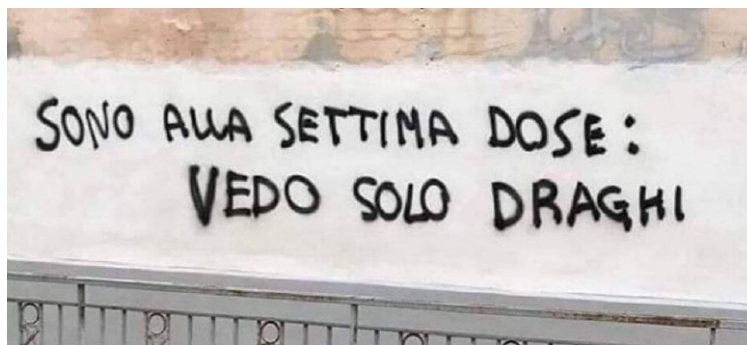
A trent'anni di distanza, quella stessa finanza internazionale, sulle [pagine](#) de *il Corriere* (nel frattempo divenuto a tutti gli effetti un *asset* di sua proprietà)¹⁴, si augura che Draghi possa «sovrintendere» all'attuazione dei vincoli esterni, il PNRR *in primis*:¹⁵

Bill Emmott, ex direttore dell'Economist, «corregge» il suo ex settimanale dalle colonne dell'Ft: «In un mondo perfetto, Draghi dovrebbe rimanere premier per tutti i 5 anni del Pnrr. Ma se questo è irraggiungibile, è giusto che sia eletto capo dello Stato e da quel ruolo per i prossimi 7 anni sovrintenda alle varie questioni.»

Dal *Britannia* alla BCE, passando per Goldman Sachs, Banca Mondiale e *World Economic Forum*, davvero difficile non vedere in Mario Draghi la quintessenza del capitalismo finanziario mondiale... eppure i *mass media* vorrebbero convincerci che si tratti di «Santo Mario», il protettore della Patria.

Analogamente, sarebbe davvero ingenuo pensare che William Henry Gates III sia un filantropo o, più in generale, che i contenuti dei principali *mass media* (italiani, ma non solo; sul COVID-19, ma non solo) si possano considerare «informazione». Film consigliato: [Essi vivono](#) di John Carpenter.

Non usciremo da questa allucinazione collettiva – la pandemia è soltanto l'ultima, evidente conferma – se continueremo a **fidarci del giudizio dell'oste** sulla qualità del vino.



¹³ Sul *Britannia* c'erano anche Carlo Azeglio Ciampi (Presidente della Banca d'Italia) e Beniamino Andreatta (Ministro del bilancio). Gli stessi che dieci anni prima (il 12 febbraio 1981) sancirono lo storico «divorzio» fra Ministero del Tesoro e Banca d'Italia e la fine della politica monetaria nel nostro Paese.

¹⁴ Si verifichi chi sono [gli azionisti](#) di RCS MediaGroup S.p.A., il gruppo editoriale a cui appartiene *Il Corriere*.

¹⁵ Se il lettore fosse portato a [credere](#) che il PNRR sia «un'opportunità storica» per l'Italia, vorrei invitarlo ad ascoltare questo [intervento](#) di [Alessandro Somma](#), Professore Ordinario di Diritto Comparato all'Università *La Sapienza* di Roma.

Un cerchio che si chiude

Un [articolo](#) firmato da [Francesco Mercadante](#) su *Il Sole 24 Ore* titola:

Che cosa hanno in comune Pfizer, BlackRock, Facebook e le banche?

Questa domanda è di **vitale importanza** per capire l'attuale momento storico. Generalmente credo che le domande siano *molto* più importanti delle risposte, tuttavia – in questo caso – la risposta ci permette di chiudere un cerchio. Vi invito a leggere l'articolo ma vi anticipo la risposta: **gli stessi principali azionisti**. Questi sono tre: [Vanguard](#), [State Street](#) e [BlackRock](#).



Queste tre *entità* sono i fondi speculativi più grandi del pianeta e gestiscono un patrimonio di 20 trilioni (20 mila miliardi) di dollari, ovvero un quinto della ricchezza *reale* di [tutto il pianeta](#).¹⁶

Posseggono internet, le imprese tecnologiche, i colossi finanziari, l'agri-food, le multinazionali del farmaco e molti altri settori strategici, tra cui **l'intera informazione «di massa» del pianeta**.¹⁷

Alla luce di questo **colossale conflitto di interessi**, dovrebbe essere evidente il motivo per cui, durante la pandemia, tutta l'informazione *mainstream* (con rarissime eccezioni) ha diffuso costantemente *fake news*, spacciandole per verità (scientifiche) incontrovertibili.

Poco importa se si leggesse ANSA, AdnKronos, Reuters, La Repubblica, il Corriere, La Stampa, Avvenire, il Manifesto, L'Internazionale, il Secolo XIX, il Foglio, Libero o il Giornale.

Le informazioni, i messaggi – e perfino le tecniche di comunicazione – sono state sempre le stesse.

Ripetute ipnoticamente 24/7.

[Parafrasando](#) Ioannidis, siamo stati travolti da una «*pandemia di falsità*».

Questa non è informazione, si chiama *propaganda*.

¹⁶ Intesa come la somma del settore pubblico e privato, esclusi i [derivati](#).

¹⁷ Il lettore può verificare facilmente, ad esempio [visitando](#) il sito Yahoo Finanza, inserendo il nome di una delle aziende nella barra di ricerca e guardando alla voce "investitori". Ad esempio: [Pfizer](#), [Moderna](#), [Goldman Sachs](#), [Microsoft](#), [Google](#), [Facebook](#), [Twitter](#).

Punti chiave

- ▶ La pandemia ha favorito l'**accentramento della ricchezza** nelle mani di pochi.
- ▶ La finanziarizzazione della sanità ha creato un **business** molto redditizio.
- ▶ Gli investimenti **più remunerativi** sono legati ai vaccini: il guadagno è circa 300 volte quello dei "classici" investimenti nelle S&P 500.
- ▶ Attori istituzionali (Banca Mondiale, IVI, COVAX, The Global Fund) e "filantropi" (GAVI, IFFIm, CEPI, B&M Gates Foundation, Wellcome, World Economic Forum) sono **entrati nel mercato**.
- ▶ Questi attori promuovono le campagne vaccinali su scala globale. Contemporaneamente creano **strumenti finanziari** per massimizzare il profitto legato ai vaccini e alle campagne di vaccinazione.
- ▶ Il presunto ruolo "filantropico" è offuscato dagli **enormi guadagni** di questi soggetti e dai complessi meccanismi finanziari che non tutelano gli Stati che affrontano l'emergenza.
- ▶ «Solo un vaccino ci potrà salvare» è un *mantra* creato dalle lobby farmaceutiche, ripetuto da tutti "gli esperti" - a cui il mainstream dà voce - **contro ogni evidenza scientifica** (trial clinici, articoli, revisioni sistematiche, metanalisi, studi di coorte, dati epidemiologici) e amplificato ad arte dalla stampa.
- ▶ William Henry Gates III e Jeremy Farrar sono i **monopolisti mondiali dei vaccini**: controllano ogni iniziativa legata alla vaccinazione nel mondo, dalla ricerca di base, a quella clinica, fino al *marketing* dei prodotti (comprese le iniziative di contrasto all'*esitazione vaccinale*).
- ▶ L'OMS non è un'istituzione democratica governata dagli Stati. È una (l'ennesima) **istituzione ombra**, finanziata - e controllata - da William Henry Gates III.
- ▶ OMS e gli organismi regolatori (EMA, FDA) **non hanno le capacità finanziarie per essere indipendenti** da questi soggetti, né dalle multinazionali del farmaco.
- ▶ Gli "esperti" italiani e le «*virostar*» della pandemia hanno tutti evidenti **conflitti di interessi** con le aziende farmaceutiche. Ricevono compensi personali e finanziamenti alla ricerca.
- ▶ Mario Draghi incarna gli interessi della **finanza internazionale**. Quella stessa finanza che controlla l'informazione *mainstream* ed il mercato dei vaccini nel mondo.

Note

- ⁱ “I *falsi positivi* e i risultati esagerati negli studi scientifici *peer-review*, hanno raggiunto proporzioni epidemiche negli ultimi anni. Il problema è dilagante in economia, nelle scienze sociali e anche nelle scienze naturali, ma è ancor più evidente nella biomedicina. Molti studi che affermano i benefici di un certo farmaco o di un trattamento, si sono rivelati [poi] falsi.”
- ⁱⁱ “La professione medica è stata comprata dall'industria farmaceutica, non solo in termini di pratica medica, ma anche in termini di insegnamento e ricerca.”
- ⁱⁱⁱ “Quando i confini tra l'industria [farmaceutica] e la medicina accademica diventano così sfumati come lo sono oggi, gli obiettivi commerciali dell'industria influenzano la missione delle scuole di medicina in molteplici modi. In termini di educazione, gli studenti di medicina e il personale medico-sanitario, sotto la costante tutela dei rappresentanti dell'industria, imparano a fare affidamento su farmaci e dispositivi più di quanto probabilmente dovrebbero.”
- ^{iv} “[...] i giovani medici imparano che per ogni problema c'è una pillola (e un rappresentante di una casa farmaceutica che la promuove).”
- ^v “Il caso [argomentazione] contro la scienza è semplice: gran parte della letteratura scientifica, forse la metà, può semplicemente essere falsa. [La scienza] è afflitta da studi [clinici] condotti su campioni ridotti, [che mostrano] effetti minuscoli, da analisi esplorative non valide e da roboanti conflitti di interesse – assieme all'ossessione di perseguire tendenze alla moda di dubbia importanza. La scienza sta procedendo verso l'oscurità.”
- ^{vi} “Questa cattiva gestione della ricerca scientifica può essere risolta?
Parte del problema è che nessuno è incentivato a condurre una ricerca giusta [onesta e imparziale]. Gli scienziati sono invece incentivati [solo] ad essere produttivi e innovativi.”
- ^{vii} “Questi legami con le aziende farmaceutiche sono ancora più preoccupanti dei conflitti di interesse che notoriamente affliggono gli studi clinici e le riviste di settore – dicono gli esperti di salute pubblica – perché le linee guida hanno un effetto diretto sui farmaci che i medici prescrivono ai loro pazienti.”
- ^{viii} “Se non inseriamo la libertà medica nella Costituzione, verrà il tempo in cui la medicina si organizzerà in una dittatura silente per limitare l'arte della guarigione a una classe di uomini e negare uguali diritti agli altri. La Costituzione di questa Repubblica dovrebbe tutelare in modo speciale la libertà [di scelta] medica allo stesso modo in cui tutela quella religiosa.”
- ^{ix} “A partire dal 1985, ha ricoperto diverse posizioni nell'industria farmaceutica, è stata membro del consiglio della *Federazione europea delle industrie e delle associazioni farmaceutiche* (EFPIA), la lobby che riunisce le più grandi aziende farmaceutiche europee.”
- ^x “Per il 2021, il bilancio totale dell'agenzia europea per i medicinali (EMA) ammonta a 385,9 milioni di euro. Circa l'86% del bilancio dell'Agenzia deriva da diritti e oneri, il 14% dal contributo dell'Unione europea (UE) per le questioni di salute pubblica e meno dell'1% da altre fonti.”
- ^{xi} “Si sì sì vax, vacciniamoci! - Si sì sì vax, vacciniamoci!
se tranquillo vuoi stare - i nonni non baciare
il Covid non ci sarà più - se ci aiuti anche tu
se vuoi andare al bar - felice a festeggiar
le dosi devi far - per fare un buon Natal
mangia il panettone - vai a fare l'iniezione
proteggi gli altri oltre a proteggere anche te
con la terza dose tu avrai feste gioiose
il Covid non ci sarà più se ci aiuti anche tu...
per il calo dei contagi dosi anche ai Re Magi.”

-
- xii “La Fondazione [Gates] è un partner chiave di GAVI nel plasmare il mercato globale dei vaccini.”
- xiii “«C'è stato un ritorno di 20 a 1, con un rendimento di 200 miliardi di dollari in quei 20 anni circa» – ha detto Gates alla CNBC dal World Economic Forum di Davos, in Svizzera.”
- xiv “L'International Vaccine Institute (IVI) è un'organizzazione internazionale indipendente e senza scopo di lucro, fondata sulla convinzione che la salute dei bambini nei paesi in via di sviluppo può essere notevolmente migliorata dall'uso di nuovi e migliori vaccini.”
- xv “L'investimento nei vaccini garantisce un guadagno di 16 volte, grazie al partenariato con Bill Gates.”
- xvi “È la prima volta che il rischio pandemico dei paesi poveri viene trasferito ai mercati finanziari [...] Il PEF fornirà più di \$500 milioni per tutelare i paesi poveri dal rischio di pandemia nei prossimi 5 anni [...] Con questa nuova struttura, abbiamo fatto un passo importante che ha il potenziale di salvare milioni di vite.”
- xvii “La Banca Mondiale è stata in grado di fissare il prezzo della transazione ben al di sotto delle indicazioni originali del mercato.”
- xviii “La Fondazione Gates ha impegnato 750 milioni di dollari per creare GAVI nel 1999. La Fondazione è un partner chiave di GAVI nel plasmare il mercato dei vaccini [...] Da allora, i vaccini sono diventati il più grande investimento della Fondazione Gates.”
- xix “Mentre i donatori sovrani [gli Stati] e la Fondazione Bill e Melinda Gates sostengono il lavoro di GAVI attraverso finanziamenti annuali, i le obbligazioni vaccinali di IFFIm aiutano GAVI a raccogliere denaro più rapidamente, sfruttando il potere dei mercati finanziari.”
- xx “Che ruolo giocano i finanziamenti nella risposta dell'OMS alle epidemie?
Il mio budget è assolutamente vincolato, quindi subordinato agli interessi dei donatori.”



Parte 7

La scienza della manipolazione

*Perché crediamo ciò che crediamo:
l'ingegneria del consenso.*

Edward Bernays e la nascita delle «public relations»

“Il discorso falso trae le mosse da una falsa premessa.”

Aristotele

*“Al momento di marciare
molti non sanno
che alla loro testa marcia il nemico.
La voce che li comanda
è la voce del loro nemico.
E chi parla del nemico
è lui stesso il nemico.”*

Bertolt Brecht

Per comprendere come un virus, con una [letalità media](#) compresa fra lo 0.23% e lo 0.27%,¹ abbia creato la più grande *psicosi di massa* della modernità, non possiamo prescindere dal ruolo dei *media* e analizzare l’impatto della comunicazione di massa sulla **percezione** del fenomeno COVID-19.

Prima di arrivare ai giorni nostri, credo sia utile inquadrare il fenomeno delle *public relations* da un punto di vista storico. [Edward Bernays](#) è considerato il padre di tutti gli [spin doctors](#): ha **analizzato scientificamente la creazione del consenso** portandoci nell’era atomica della comunicazione, nel mondo moderno. La sua genialità parte da un’intuizione: applicare la psicoanalisi freudiana (era nipote di Sigmund Freud) alla nascente industria pubblicitaria.

Il suo libro più famoso si intitola “*Propaganda*”; edito nel 1928, [inizia così](#):

La manipolazione cosciente ed intelligente delle abitudini e delle opinioni delle masse è un elemento importante della società democratica.

Coloro che manipolano questo meccanismo invisibile della società costituiscono un governo invisibile che è il vero potere dominante del nostro paese.

*Siamo governati, le nostre menti sono plasmate,
i nostri gusti creati, le nostre idee suggerite,
in gran parte da uomini di cui non abbiamo mai neppure sentito parlare.*

E continua:

***La voce del popolo esprime la mente del popolo,
e questa mente è creata dai leader e da quelle persone che capiscono
la manipolazione dell'opinione pubblica.***

*[La mente del popolo] è composta da pregiudizi ereditati, da simboli,
luoghi comuni e formule verbali fornite loro dai leader.*

Per capire l’influenza del lavoro di Bernays – già negli anni '20 del secolo scorso – basta guardare alla Germania nazista. [Richard Gunderman](#), [Chancellor’s Professor](#) alla *Purdue University*, afferma:

¹ La letalità media del SARS-CoV-2 originale “quello di Wuhan”, nel mondo, per persone al di sotto dei 70 anni, varia fra lo zero e lo 0.31% (mediana 0.05%). La letalità media in Italia, per le persone al di sotto dei 60 anni, è inferiore allo 0.1%. La letalità della variante *omicron*, in Italia, su tutte le età, è inferiore allo 0.05% (meno della metà di quella attribuita alle normali influenze stagionali). A proposito si riveda la “Parte 1” del documento.

*Joseph Goebbels divenne un avido ammiratore di Bernays e dei suoi scritti, nonostante il fatto che Bernays fosse ebreo. Quando Goebbels divenne il ministro della propaganda cercò di sfruttare al massimo le idee di Bernays.
Per esempio, creò **il culto** del Fuhrer intorno ad Adolph Hitler.*

Bernays lo apprese solo in seguito e in una autobiografia del 1965 scrisse:

Stavano usando i miei libri come base per una campagna distruttiva contro gli ebrei. Questo mi scioccò, ma sapevo che ogni attività umana può essere usata per perseguire scopi sociali o antisociali.

L'idea che ha Bernays di "scopo sociale" è perfettamente in linea con il sistema di potere al quale si era offerto: il nascente capitalismo liberista americano. Infatti nel 1947 [pubblica](#) "The engineering of consent", ovvero **la manipolazione delle masse al servizio della grande industria americana** (le corporations).

L'ingegnerizzazione del consenso è l'essenza propria del processo democratico, è la libertà di persuadere e suggerire.

Bernays è lucidissimo nell'identificare **l'essenza della democrazia con la creazione del consenso attraverso tecniche di marketing**. Quello che molti intellettuali oggi denunciano, per Bernays è un vanto.

Nel suo curriculum troviamo:

1. Creatore del mito del fumatore. Attraverso un'abile campagna di manipolazione, ha rovesciato il significato sociale della sigaretta: da pessimo vizio delle classi più disagiate, a *status symbol* di Hollywood negli anni '50. La campagna fu finanziata - ovviamente - della *American Tobacco Company* [[fonte](#)].
2. Creatore del *simbolo* dell'emancipazione femminile: la donna "in carriera", che porta i pantaloni (e fuma *Lucky Strike*) [[fonte](#)].
3. È riuscito a destabilizzare buona parte del Sud America con l'appoggio della CIA, attraverso (ma non solo) le operazioni [PBFortune](#) e [PBHistory](#). È l'ideologo del colpo di Stato in Guatemala, in funzione anticomunista, e il seguente genocidio della popolazione nativa. Il golpe fu commissionato da un'azienda statunitense: la [United Fruit Company](#), l'attuale *Chiquita* [[fonte](#), [fonte](#)].

In queste operazioni, condotte dai servizi segreti e progettate dagli *spin doctors*, ritroviamo i tratti distintivi delle "[operazioni di guerra psicologica](#)", le [psy-ops](#).

Interessante notare come propaganda, guerra psicologica e relazioni pubbliche siano diventati, di fatto, tre sinonimi dopo il contributo di Bernays. Lui stesso [afferma](#):

*Propaganda è diventata una brutta parola, a causa dell'uso che ne facevano i tedeschi. Quindi quello che abbiamo fatto è stato cercare altre parole: così abbiamo coniato il termine **public relations**.*

Poi [dichiara](#) candidamente:

*Siamo dominati da **un numero relativamente piccolo di persone** che comprendono i processi mentali e i modelli sociali delle masse.
Sono loro che tirano i fili che controllano la mente pubblica.*

Teniamolo bene a mente.

La guerra psicologica e l'ingegneria del consenso

Secondo Bernays la propaganda [ha tre regole](#):

- ▶ **puntare all'emotività più che alla logica**
- ▶ **la demonizzazione del nemico**
- ▶ **la promessa di una guerra [o di un intervento] che renderà il mondo più sicuro**

I preziosi insegnamenti di Bernays sono sempre stati ascoltati dai diversi governi USA, fin dagli anni '40. Così [Edgar J. Hoover](#), il 26 marzo 1947, durante un celebre [discorso](#):

*Il comunismo, in realtà, non è un partito politico.
È un modo di vivere, un modo di vivere malvagio e meschino.
Rivela una condizione simile a una malattia che si diffonde come un'epidemia.
E come in **un'epidemia**, è necessaria una **quarantena** per evitare che **infetti** la nazione.*

E continua:

*Finché i gruppi di lavoratori americani saranno infiltrati,
dominati o saturati dal virus del comunismo, **io avrò paura**.
La vittoria sarà assicurata una volta che i comunisti saranno identificati,
perché allora **la gente farà il primo passo per metterli in quarantena**.*

Mutatis mutandis.

È in questo clima che nel 1947 viene promulgato il [National Security Act](#), che prevede la riorganizzazione delle Forze Armate e la nascita della *Central Intelligence Agency* (la [CIA](#)).

Da allora la CIA è sempre stata protagonista della politica interna ed estera degli USA e [si è distinta per](#):

- ▶ colpi di stato e stermini etnici
- ▶ tortura e violazione dei diritti umani
- ▶ omicidi, attentati e stragi
- ▶ traffico di stupefacenti
- ▶ operazioni [false-flag](#)

A partire dagli anni '50 è impegnata in un'operazione volta a arruolare giornalisti per inventare e diffondere [notizie false](#) con cui influenzare l'opinione pubblica contro gli oppositori, i comunisti in particolare ([Operazione Mockingbird](#)). Ma questo si scoprì solo vent'anni dopo: nel 1977 [Carl Bernstein](#)² pubblicò [un'inchiesta](#) sulla rivista *Rolling Stone* nella quale riuscì a dimostrare il coinvolgimento della CIA nella manipolazione delle notizie per fini propagandistici e di guerra psicologica. Risultarono coinvolti oltre 400 giornalisti di alto livello, molti dei quali direttamente reclutati come *operativi* dell'Agenzia stessa e formalmente a libro paga.

L'infiltrazione era capillare e coinvolgeva il *gotha* dell'informazione americana: *New York Times*, *CBS*, *Time Inc.*, *Reuters*, *Associated Press*, *United Press International*, *American Broadcasting Company*, *National Broadcasting Company*, *Newsweek Magazine*, *Columbia Broadcasting System*, *Hearst Newspapers*, *Scripps Howard*, *Mutual Broadcasting System*, *Miami Herald*, *Saturday Evening Post*, *New York Herald-Tribune*.

Interessante notare come l'*Operazione Mockingbird* non sia mai stata ufficialmente [annullata](#). Per capire e contestualizzare il *modus operandi* delle Agenzie nel nuovo millennio, si veda, ad esempio, la vicenda di

² Dobbiamo alle sue inchieste anche la scoperta del [Watergate](#), che gli valse il [Premio Pulitzer](#).

[Udo Ulfkotte](#) e il suo libro *Gekaufte Journalisten* ([Giornalisti comprati](#)) o questo [articolo](#), pubblicato su *Unlimited Hangouts*, riguardo alle modalità con cui i servizi segreti sono attivamente impegnati nel “filtrare” le notizie sul COVID-19.

[Aldo Giannuli](#), direttore dell'[Osservatorio Globalizzazione](#) e consulente di diverse Procure nei processi relativi alla stagione stragista in Italia, [riassume](#) così il ruolo dei Servizi, anche in Italia:

[I servizi] sono ormai **un gorgo che risucchia** sempre nuovi ambiti: la cultura, la comunicazione, la scienza, l'economia, la finanza, il commercio, l'immigrazione, la dimensione cognitiva.

Torniamo in USA. Per un ventennio, a partire dalla metà degli anni '50, il *Counter Intelligence Program* ([COINTELPRO](#)) dell'FBI (1956-1971) e l'[Operazione CHAOS](#) della CIA (1965-1974) lavorarono in modo indipendente per spiare, screditare, infiltrare e sabotare la [Nuova Sinistra](#), gli “estremisti neri”, i socialisti, le organizzazioni comuniste ma anche i gruppi nazionalisti bianchi [[fonte](#), [fonte](#), [fonte](#)].

In questa foto, la *cifra* del ruolo dell'*informazione*, già nei magnifici anni '60:



Curioso notare come oggi venga definito «[complotista](#)» colui che si pone “strane” domande rispetto alla narrazione ufficiale. **Ieri, era lo stesso.**

Il termine «*conspiracy*» non apparteneva alla narrazione *mainstream* americana prima del 1967: nessun giornale importante (*New York Times*, *Washington Post*, *Times*) l'aveva mai usato nell'accezione usata ancora oggi. Il termine compare per la prima volta in un [dispaccio CIA](#) dal titolo molto eloquente: “*Countering Criticism of the Warren report*”.³ Si tratta di un dispaccio di un servizio segreto, ad uso di operativi (agenti) dell'Agenzia stessa e di giornalisti amici (*Operazione Mockingbird*, ricordate?).

Con questo termine si volevano silenziare le voci critiche nei confronti della versione ufficiale, redatta dalla [Commissione Warren](#), riguardo all'omicidio di [John Fitzgerald Kennedy](#). Queste non erano quelle dei soliti “terraplattisti” o “impresentabili”: provenivano da autorevoli giornalisti, giudici e procuratori, incluso il Procuratore Generale [Robert F. Kennedy](#),⁴ fratello della vittima.

Il dispaccio CIA è una sorta di manuale di istruzioni, fornisce risposte precompilate da usare per **screditare** (il termine inglese è proprio *discrediting*) le voci critiche [pagina 1 del documento, secondo punto]:

³ “Combattere le critiche al *Rapporto Warren*”.

⁴ RFK morirà in circostanze altrettanto sospette: anche lui, come il fratello, ucciso per mano di “un folle” che avrebbe agito individualmente.

*Lo scopo di questo dispaccio è di fornire materiale per contrastare e screditare le affermazioni dei **teorici della cospirazione** [conspiracy theorists], in modo da fermare la circolazione di tali affermazioni in altri Paesi. [...] Le informazioni di riferimento sono fornite in una sezione secretata [...].*

Notevole poi il fatto che si volesse far credere che chiunque non fosse in accordo con le conclusioni della Commissione, fosse caduto nella trappola della propaganda comunista. Ma con quel dispaccio nasce anche un altro *leit motiv* dei *debunker*: l'eventuale complotto sarebbe troppo grande per poter essere nascosto. Vi invito caldamente [a leggere l'intero documento](#).

Al terzo punto:

*Discutere la questione con i «**contatti amici nelle elite**» (specialmente politici e editori) e sottolineare che la commissione ha fatto tutto il possibile per accertare la verità, che **ogni critica è immotivata e può favorire l'opposizione**. Sottolineare inoltre che le voci dissidenti fanno parte di un **complotto** [conspiracy], creato appositamente della propaganda comunista.*

Ecco perché non dovremmo mai usare “le etichette”: vengono create *ad hoc*, da abili manipolatori, per screditare *a priori* ogni voce critica. L'eredità di Bernays credo sia evidente anche in questo, anche oggi.

Facciamo un passo avanti: siamo nel 1990 e gli USA hanno finanziato l'Iraq di Saddam Hussein ormai da un decennio, contro Iran e Kurdistan (alleati URSS), armandolo fino ai denti. È in corso una guerra fra Iraq da una parte e Emirati Arabi, Kuwait, Arabia Saudita e Israele dall'altra, sul prezzo e le forniture di petrolio. Saddam Hussein minaccia l'equilibrio politico della zona del Golfo (che USA e UK ritengono un loro protettorato) e quindi l'approvvigionamento di petrolio all'occidente [[fonte](#)].

Bisogna convincere l'opinione pubblica ad appoggiare un intervento militare. Anche i servizi segreti inglesi si mettono al lavoro per trovare possibili soluzioni: si fa credere che Saddam Hussein abbia armi di distruzione di massa.⁵ Si veda alla voce [Operation Rockingham](#).

Tuttavia, l'opinione pubblica americana è ancora restia ad appoggiare una guerra così lontana dai propri confini, serve un *casus belli* convincente: il 10 Ottobre 1990, Nayirah, una ragazzina di 15 anni in lacrime, [testimonia](#) di fronte al Congresso USA le atrocità del regime di Saddam.

Vi invito a guardare [il video](#) della deposizione.



“Mentre ero lì, ho visto i soldati iracheni entrare nell'ospedale con le pistole, e andare nella stanza dove... i bambini erano nelle incubatrici... hanno tolto i bambini dalle incubatrici, hanno preso le incubatrici... ...e hanno lasciato i bambini sul pavimento freddo a morire.”

Dopo questa toccante testimonianza, **tutta l'opinione pubblica** americana – e mondiale – non ha più dubbi, è **pronta alla guerra**. Una coalizione di 35 Paesi attacca l'Iraq nell'operazione “[Desert Storm](#)”. Una guerra che, nel caso servisse ricordarlo, di umanitario non aveva proprio nulla.

⁵ Copione che si ripeterà anche in occasione della seconda guerra del golfo.

Ma è anche la prima guerra di cui non sappiamo nulla.

Gli eventi sono stati **raccontati ai reporter** [gli inviati di guerra] direttamente dai giornalisti *embedded*, ovvero *spin doctors* organici all'esercito USA ([e alla CNN](#)). Così [Wikipedia](#):

*La prima guerra del Golfo fu la prima guerra in cui fu praticato il «**News Management**». A detta di molti giornalisti, fu l'esperienza più frustrante della loro carriera. Il numero di giornalisti fu grandissimo: circa 1400. L'informazione venne gestita con estrema efficacia dai nuovi apparati [gli spin e i giornalisti embedded]. I reporter ebbero moltissime restrizioni, infatti non seguivano direttamente la guerra, ma erano condotti in luoghi lontani dalle operazioni militari: per loro **dare un resoconto obiettivo divenne praticamente impossibile**. La guerra, che fu la prima il cui inizio fu seguito in diretta televisiva, fu presentata come se nessuno avesse mai perso la vita. Sia nei giornali che in TV, non fu quasi mai mostrata una vittima, o un'operazione militare.*

Quella fu un'atroce guerra di occupazione contro il popolo iracheno e un'[operazione di guerra psicologica](#) contro di noi. Si trattò di una odiosa, per quanto *geniale*, manipolazione.

Solo due anni dopo, nel 1992, [si scoprì](#) che **anche il casus belli era stato accuratamente pianificato** [\[fonte\]](#):

- ▶ Nayirah, è in realtà [Nayirah Al-Sabah](#), la figlia dell'[Ambasciatore del Kuwait in USA](#).
- ▶ La [famiglia di Nayirah](#) è legata alla [famiglia reale saudita](#).
- ▶ La storia delle incubatrici è stata [inventata di sana pianta](#). Il fatto non è mai accaduto.
- ▶ Nayirah non era neppure in Kuwait, si trovava a Washington.
- ▶ L'intera **operazione di guerra-psicologica è stata commissionata** dai governi di Kuwait, Arabia Saudita e USA alla **Hill+Knowlton**, un'agenzia che offre strategie di comunicazione per governi e agenzie istituzionali [\[fonte, fonte\]](#).
- ▶ Al centro dell'operazione c'è una ONG americana, *Citizens for a Free Kuwait*, creata per l'occasione dalla *Hill+Knowlton* [\[fonte, fonte, fonte\]](#) e finanziata dal Kuwait. Questa ONG si è distinta per il numero di notizie false diffuse durante la guerra [\[fonte\]](#).
- ▶ *Amnesty International*, che inizialmente aveva confermato la testimonianza (anche attraverso indagini "indipendenti" [\[fonte\]](#)), ha poi denunciato - fuori tempo massimo - la manipolazione [\[fonte\]](#).

Questo copione di *disinformazione istituzionale* (forse sarebbe più corretto il termine *propaganda*) e le medesime dinamiche di *guerra psicologica* lo ritroveremo in molti scenari successivi: la guerra in [ex-Jugoslavia](#), le "rivoluzioni" in Georgia e [Ucraina](#), le "[rivoluzioni colorate](#)", le "[primavere arabe](#)", i tentativi di [destabilizzazione](#) ed i [colpi di stato](#) in America Latina, la guerra e le "[armi chimiche](#)" in Siria.

Il portafoglio clienti di *Hill+Knowlton* vanta quelle che sono state definite le "[lobby della tortura](#)", fra cui l'Indonesia nel genocidio di [Timor Est](#), la Turchia nel genocidio armeno, ma anche Israele, Perù, Egitto, Angola [\[fonte, fonte\]](#). Sul ruolo dei servizi occidentali, a supporto del Generale Suharto in Indonesia, si vedano anche [The Guardian](#), il [National Security Archive](#) e questo coraggioso [reportage](#) di [John Pilger](#).

I servizi della *Hill+Knowlton* sono stati richiesti anche dalla CIA, allorché alcune operazioni "riservate" sono divenute di dominio pubblico, come ad esempio lo scandalo della *Banca di Credito e Commercio Internazionale* (BCCI) ed il [coinvolgimento](#) dell'Agenzia nel traffico internazionale di droga [\[fonte, fonte, fonte, fonte\]](#). Ma anche Ronald Reagan si affidò alla *Hill+Knowlton* durante "[Irangate](#)" [\[fonte, fonte\]](#), così come il governo USA all'indomani dell'incidente nucleare di [Three Mile Island](#): se quell'incidente non ha avuto lo stesso clamore mediatico di Chernobyl, lo si deve (anche) a come la *Hill+Knowlton* ha sapientemente "orientato" l'opinione pubblica mondiale [\[fonte\]](#).

La Hill+Knowlton e la percezione della pandemia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è rivolta **proprio alla Hill+Knowlton** per curare le *public relations* e l'immagine dell'Organizzazione durante la pandemia.

Potrei chiudere qui il paragrafo.

Il contratto è regolarmente registrato dal Dipartimento di Giustizia americano e, in accordo con il *Foreign Agent Registration Act (FARA)*, è disponibile [sul sito governativo](#).

1. Name of Registrant Hill and Knowlton Strategies, LLC	2. Registration Number 3301
3. Primary Address of Registrant Hill and Knowlton Strategies, LLC C/O Sarah Riley 641 S Street, N.W. Washington, DC 20001	
4. Name of Foreign Principal World Health Organization	5. Address of Foreign Principal 20 Avenue Appia CH - 1211 Geneva 27 Switzerland
6. Country/Region Represented N/A - The World Health Organization ("WHO") is a specialized agency of the United Nations.	

Nel documento si legge:

Questo è un momento critico per assicurarsi che i messaggi di salute pubblica siano compresi e risuonino in tutto il mondo.
[...] Tuttavia l'OMS è stata soggetta a critiche e la relativa copertura mediatica potrebbe minare la sua credibilità come fonte [autorevole] di informazioni su questioni di salute pubblica globale.
*[...] Il Covid-19 ha dominato le conversazioni quotidiane, ma **non tutte le voci sono ugualmente importanti e non tutte vengono ascoltate.***
*Avere una comprensione dei **messaggi più persuasivi** è una risorsa preziosa che consigliamo di testare insieme all'**analisi degli influencer.***

Hill+Knowlton propone, riporto testualmente:

Identificare gli influencer e testare i messaggi. H+K identificherà gli influencer nelle regioni chiave in base alla loro rilevanza, portata e coinvolgimento:

***Macro Influencer** – quelli con molti followers (1M+), come le celebrità, da sfruttare per una maggiore amplificazione dei contenuti dell'OMS.*

***Micro Influencer** – quelli con un seguito più piccolo ma altamente impegnato che funzionano come consulenti fidati e validatori informati [ndt in Italia li definiremmo debunkers].*

***Eroi nascosti** – coloro che non hanno un seguito significativo ma che tuttavia modellano e costruiscono consenso, come gli esperti di salute che appaiono frequentemente nei programmi di informazione.*

L'uso degli *influencer* per veicolare il «messaggio unico vaccinale» è evidente anche in Italia ed è trasversale ad ogni piattaforma tecnologica. Sulla TV generalista, in *heavy rotation*, [lo spot](#) della [Presidenza del Consiglio dei Ministri](#) con Mara Venier, Paolo Bonolis e Roberto Mancini. Avete notato come l'aumento del tasso di vaccinazione sia andato [di pari passo](#) con i risultati della Nazionale di calcio durante gli Europei, per raggiungere il massimo attorno a fine luglio?

Ma il pubblico di riferimento è anche quello dei giovani: [J-Ax](#), [Maneskin](#), [Fedez e sua nonna](#). Immaneabili – per i palati più forti – anche [Salvini](#) e [Meloni](#).

Torniamo a *Hill+Knowlton* e OMS. Queste sono le comunità di riferimento:

Considereremo quegli influencer che garantiscono la copertura desiderata e veicolano le informazioni nelle seguenti aree:

La comunità medico-scientifica – per assicurarsi che facciano proprie le direttive dell’OMS
I media – per assicurarsi che gli articoli siano “moderati” in un tempo di preoccupazione e incertezze come questo

Le ONG – per assicurarsi che le organizzazioni di base ed i gruppi di influenza rispettino il ruolo dell’OMS e ne condividano le direttive

Il pubblico informato – coloro che usano i loro canali [social] per supportare o invalidare certe affermazioni

“Moderare gli articoli” è ovviamente un eufemismo: durante la pandemia, tutte le più influenti piattaforme tecnologiche si sono distinte per **un pesante ricorso alla censura**. Alcuni esempi:



“YouTube's CEO suggested content that 'goes against' WHO guidance on the coronavirus will get banned” [\[fonte\]](#)



“Mark Zuckerberg says Facebook has removed 18 million posts with COVID misinformation” [\[fonte\]](#)



“Twitter to permanently ban users who spread COVID misinformation” [\[fonte\]](#)



“Instagram Removes Hundreds of Accounts Connected to COVID Vaccine Misinformation Campaign” [\[fonte\]](#)



“Our efforts towards fighting misinformation in times of COVID-19” [\[fonte\]](#)

Come già accennato in altre parti del documento, diversi *social network* hanno censurato scienziati di primissimo piano, del calibro di Peter Doshi, Robert Malone o Luc Montagnier, attraverso la rimozione dei contenuti o la limitazione/chiusura dei rispettivi profili personali.

Per comprendere quanto sia paradossale la realtà che stiamo vivendo, vorrei ricordare che *Instagram* è arrivato a [censurare](#) i post della [Cochrane](#), accusandola di «diffondere notizie false sul COVID-19 e sui vaccini»; *Facebook* si è distinto per aver “moderato i contenuti” [pubblicati](#) dal *British Medical Journal*.

Ma il *social* di Mark Zuckerberg si è spinto anche oltre, arrivando [a censurare](#) il video del discorso che [Giorgio Agamben](#) ha tenuto presso la *Commissione Affari Costituzionali* del Senato della Repubblica.

Nella motivazione si legge che il video ha violato «i nostri standard in materia di disinformazione che potrebbe causare violenza fisica». Qui potete trovare il [video](#) dell'intervento integrale del filosofo: al lettore ogni valutazione in merito, agli organi competenti il compito di far chiarezza sulla vicenda.

In ogni caso, basta guardarsi intorno per capire come la *Hill+Knowlton* abbia svolto – ancora una volta – un lavoro eccellente.

Rileggere Bernays al tempo del COVID-19

Ricordiamoci delle [3 regole della propaganda](#) secondo Bernays:

- ▶ **puntare all'emozione più che alla logica**
- ▶ **la demonizzazione del nemico**
- ▶ **la promessa di una guerra [o di un intervento] che renderà il mondo più sicuro**

Mark Crispin Miller, Professore di Media, Cultura e Comunicazione all'Università di New York, in un intervento su [Off-Guardian](#) analizza la situazione durante la pandemia:

*È veramente facile indurre le persone a fare ciò che vuoi: convincile che c'è una **minaccia imminente**, e che tutti **coloro che dissentono mettono a rischio la sicurezza** della collettività.*

Secondo Miller è in atto una pesante campagna di guerra psicologica e sottolinea:

La storia si ripete sempre [...] prima c'era il comunismo, poi le proteste studentesche, quindi il terrorismo internazionale... oggi abbiamo un virus letale.

Anche la strategia comunicativa è sempre la stessa:

- ▶ Siamo in guerra, siamo sotto attacco.
- ▶ C'è una minaccia imminente, un nemico invisibile (e assolutamente letale).
- ▶ Nessuno sarà al sicuro, finché ci sarà il comunismo, il terrorismo o non avremo vaccinato tutti.
- ▶ Ogni dissenso è sistematicamente demonizzato perché favorisce il nemico.
- ▶ Prima si incolpava la "propaganda" comunista, poi le "dietrologie", le "fake news" e le "teorie del complotto". Ora anche i "no-vax".

Oggi però, per la prima volta, tutto il mondo si sente minacciato e si unisce in una nuova crociata:

- ▶ In ogni paese c'è una **minaccia**: il virus letale.
- ▶ In ogni paese c'è un **nemico**: il no-vax.
- ▶ In ogni paese c'è una **soluzione**: il vaccino.

Questa narrazione a senso unico, come spero di aver dimostrato nelle precedenti parti di questo lavoro, non ha alcuna giustificazione scientifica. Il SARS-CoV-2 non è la peste, il vaccino non protegge né l'individuo, né la collettività ed il "no vax" – in ogni caso – non è né il nemico, né l'untore.

Eppure ogni giorno, ininterrottamente per quasi due anni, siamo stati bombardati da questi messaggi.

Secondo un vecchio adagio:

Ripeti una bugia cento, mille, un milione di volte e diventerà verità.

Inoltre **la paura** è sempre un ottimo alleato di chi vuole manipolare e questa pandemia ne è la tragica conferma. Abbiamo assistito alla stessa [strategia della tensione](#), lo stesso stragismo di Stato degli *anni di piombo* in Italia: [destabilizzare l'ordine pubblico](#) (o sanitario, poco importa), per stabilizzare quello politico (ed economico). Quando la gente ha paura vuole ordine e disciplina, un governo forte e autoritario che reprime ogni dissenso. Nel caso, riguardarsi uno dei capolavori di [Stanley Kubrick](#): [Arancia Meccanica](#).

Permettetemi una piccola riflessione: quattro teppistelli con la testa rasata (che assaltano [indisturbati](#) la sede della CGIL) rimangono quattro teppistelli: quello è il lato televisivo di una *certa destra* – che di fascista in realtà ha solo un nostalgico *folklore* ed è sempre stata funzionale al potere (finanziario e atlantico).

Quando una certa destra scende in campo, *travestita* da fascista, vuol dire che **il vero fascismo** – il pensiero unico dominante – ha [bisogno](#) delle squadracce (e degli infiltrati) per giustificare la propria linea politica, reprimere il dissenso e limitare le libertà. [Vincenzo Vinciguerra](#) aveva ben compreso “il gioco”:

*La linea terroristica veniva eseguita da infiltrati, da persone all'interno degli apparati di sicurezza dello Stato. Dico che ogni singolo scandalo a partire dal 1969 ben si adattava in una matrice organizzata [...] come parte di una strategia anticomunista originata non con organizzazioni deviate dalle istituzioni di potere, ma **dall'interno dello Stato stesso, e specificatamente dall'interno dell'ambito delle relazioni di Stato con l'Alleanza Atlantica** [la NATO, ndr].*

Vinciguerra è stato condannato all'ergastolo, altri sedicenti *fascisti* girano a piede libero, vanno allo stadio e organizzano *goliardiche* rappresaglie [in mondovisione](#). Sarebbe utile porsi una semplice domanda: *cui prodest?* Alle volte viene il sospetto che [entrambe le parti](#) abbiano molti più interessi in comune di quanto vogliano far credere. Si [veda](#) anche *Affari Italiani*.

Non è mai cambiato nulla: correva l'anno 1970 e un immenso Gianmaria Volontè, in [Indagine su di un cittadino al di sopra di ogni sospetto](#), interpretava il sentimento della classe dominante:

*L'uso della libertà minaccia da tutte le parti i poteri tradizionali [...] Il popolo è minorenni, la città è malata... Ad altri spetta il compito di curare e di educare, a noi il dovere di reprimere. La **repressione** è il nostro vaccino. La repressione è civiltà!*

Dopo 50 anni possiamo tranquillamente interpretare queste parole al di fuori della metafora: la pandemia e il vaccino sono divenuti funzionali alla manipolazione, alla repressione e al controllo della popolazione.

Così [Carlo Freccero](#) su [Il Fatto Quotidiano](#):

*Con la pandemia il dibattito si è spostato in campo sanitario. È bastato trasferire dalla politica alla sanità l'attenzione dell'elettorato, per ottenere quel consenso che sul piano politico non era possibile conseguire. Per l'essere umano, nella sua fragilità, la morte viene prima della Costituzione che perde importanza di fronte alla malattia. Si è trattato di un esperimento di ingegneria sociale basato su un movente fortissimo: **la paura della morte**.*

È la storia che torna a ripetersi:

*Goebbels, teorico della propaganda nazista, interrogato sui metodi per conseguire il consenso popolare, è stato in merito chiarissimo: non si tratta di contenuti specifici, non si tratta di destra o di sinistra, in ogni caso il consenso si ottiene con la paura. Se un governo è in grado di **promuovere la paura, il popolo obbedirà**. Gli italiani stanno obbedendo.*

La paura polarizza, crea le condizioni affinché l'individuo smetta di essere razionale e ritorni alla sua natura animale: *mors tua*. O per i più sensibili e politicamente corretti: *primum vivere*. In ogni caso, un animale spaventato e messo alle corde, attacca.

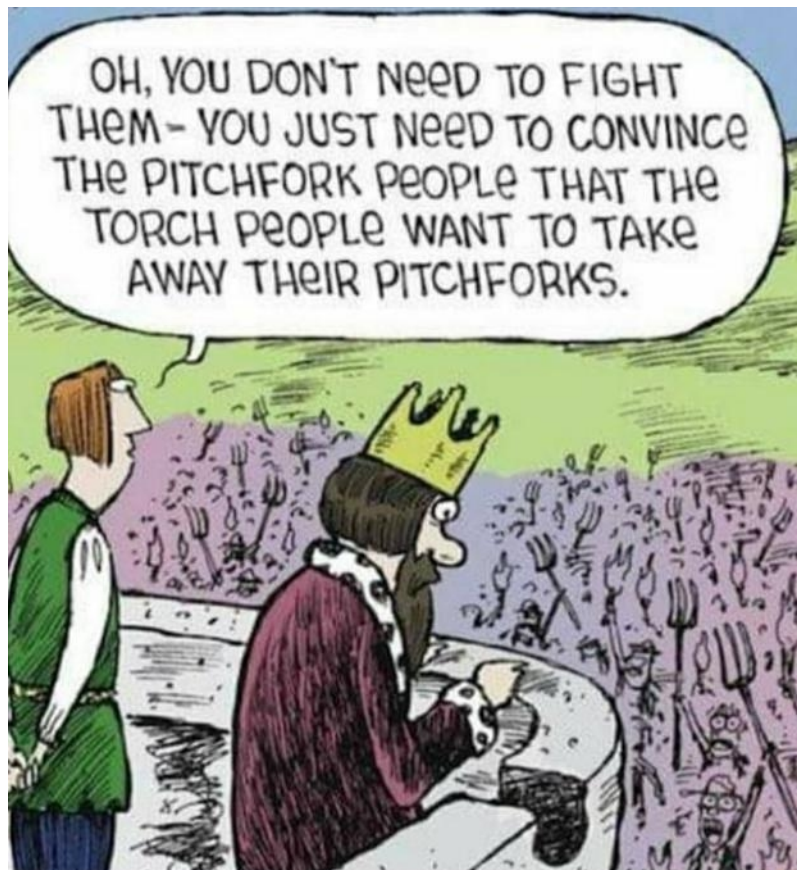
Manca ancora un dettaglio: bisogna **creare un nemico**... ma questa è la parte più facile. Ogni totalitarismo – la storia ci insegna – si è sempre garantito il consenso con questa facile manipolazione: [divide et impera](#).

Lo spin doctor e la creazione del consenso

"La storia ci insegna che l'umanità si evolve in modo significativo solo quando ha veramente paura [...] l'inizio di una pandemia potrebbe innescare una di tali paure strutturali."

Jaques Attali

[Intervista](#) a L'Express, 3 maggio 2009



*«Non c'è bisogno di combatterli:
basta convincere la gente col forcone
che quelli con le torce vogliono rubare il loro forcone.»*

Il sonno della ragione genera mostri

[Primo Levi](#), scrittore e deportato ad Auschwitz, si esprimeva così:

*Non iniziò con le camere a gas. Non iniziò con i forni crematori.
Non iniziò con i campi di concentramento e di sterminio [...]*
Iniziò con i politici che dividevano le persone tra «noi» e «loro».
Iniziò con i discorsi di odio e di intolleranza,
nelle piazze e attraverso i mezzi di comunicazione.
Iniziò con promesse e propaganda, volte solo all'aumento del consenso. [...]
Iniziò quando la gente smise di preoccuparsene,
quando la gente divenne insensibile, obbediente e cieca,
con la convinzione che tutto questo fosse «normale».

Questo il duro monito ne "I sommersi e i salvati":

*Se comprendere è impossibile, conoscere è necessario,
perché ciò che è accaduto, può ritornare,
le coscienze possono nuovamente essere sedotte e oscurate: anche le nostre.*

Se il lettore non cogliesse l'estrema attualità delle parole di Primo Levi e si sentisse in dovere di sottolineare quanto sia [inappropriato](#) ogni riferimento al Nazismo, vorrei condividere con lui una breve riflessione.

Finché l'Occidente continuerà a [rimuovere](#) questa scomoda pagina di storia moderna, considerandola una singolarità isolata e irripetibile, relegandola nei musei e nei libri di storia, noi tutti saremo condannati a rivivere quell'esperienza. Il Nazismo è ancora un *tabù* proprio perché la società è oggi permeata dello stesso [zeitgeist](#) che ha **creato ed amplificato** quel fenomeno: la funzionale divisione tra «noi» e «loro», l'odio, il conformismo, la frustrazione e la violenza di una massa manipolata, «*insensibile, obbediente e cieca*», convinta che tutto questo sia «*normale*». Normali sembrano oggi le [parole](#) di un uomo delle istituzioni, Agostino Miozzo, ex-coordinatore del *Comitato Tecnico Scientifico* (il tanto celebrato CTS), che invoca l'arresto per i non vaccinati. Normali anche i [manifesti](#) con scritto "ai no-vax, Zyklon B".

A beneficio di chi ancora non volesse capire:

1. «L'appello a non vaccinarsi è **un appello a morire**, oppure a far morire. Non ti vaccini, contagi, muori, o fai contagiare e fai morire.» (22/07/2021, [Mario Draghi](#), presidente del consiglio)
2. «Propongo una colletta per pagare ai no-vax gli abbonamenti *Netflix*, per quando dal 5 agosto saranno agli arresti domiciliari, chiusi in casa **come dei sorci**.» (25/07/2021, [Roberto Burioni](#), infettivologo)
3. «No Vax organizzazione criminale, chi è contro vaccini è **contro lo Stato**.» (25/07/2021, [Matteo Bassetti](#), infettivologo)
4. «I non vaccinati **sono pericolosi** per sé e per gli altri, non voglio essere infettata da loro» (26/07/2021, [Alessia Morani](#), deputata PD)
5. «Pigri, scettici, fatalisti o **nemici dello Stato**: chi sono i non vaccinati.» ([Tullio Filippone](#), giornalista di *La Repubblica*)
6. «**Criminali** no-vax: superato il limite» ([Filippo Facci](#), giornalista di *Liberò*)
7. «Mi divertirei a vederli **morire come mosche**.» ([Andrea Scanzi](#), giornalista)
8. «Stiamo aspettando che i no vax **si estinguano** da soli.» ([Paolo Guzzanti](#), politico e giornalista)

9. «I non vaccinati mettano **un cartello al collo**: sarà possibile scansarli» ([Angelo Giovannini](#), sindaco)
10. «Comincerò a pregare Iddio affinché tutti quelli che non vogliono vaccinarsi vengano contagiati al più presto, guariscano e si immunizzino; oppure **muoiano velocemente**, contagiando, prima di morire, gli ottusi come loro, così da accelerare la selezione naturale.» ([Giovanni Spano](#), vicesindaco)
11. «A suo tempo i soldati venivano **fucilati sul posto**. Questi operatori sanitari sono una minoranza: ci sono gli eroi e ci sono i vigliacchi. Non vaccinarsi vuol dire essere imboscati, come in una guerra.» ([Fabrizio Pregliasco](#), infettivologo)
12. «Se questa è una guerra, in una guerra c'è chi ha paura, non combatte, viene **messo al muro e fucilato**.» ([Michelangelo Agresti](#), Confindustria)
13. «Sono terroristi e **vanno sfamati col piombo**, serve Bava Beccaris. Questi sono **terroristi**, meritano la Celere che li fa fuori.» ([Giuliano Cazzola](#), politico di *Più Europa* e giornalista)
14. «Madonna come vorrei un virus che ti mangia gli organi in dieci minuti riducendoti a una **poltiglia verdastra** che sta in un bicchiere per vedere quanti inflessibili no-vax restano al mondo.» ([Selvaggia Lucarelli](#), giornalista)
15. «I cani possono sempre entrare. Solo voi, com'è giusto, **resterete fuori**.» ([Sebastiano Messina](#), giornalista di *La Repubblica*)
16. «Io sono molto democratico come sai... **campi di sterminio** per chi non si vaccina.» ([Giuseppe Gigantino](#), infermiere)
17. «La soluzione è una sola: **campi di concentramento!** Se fosse per me costruirei anche due **camere a gas**, ma visto che poi mi danno della nazista, evitiamo.» ([Marianna Rubino](#), medico)
18. «Multare il no vax è quasi inutile. Serve una sanzione "ripristinatoria", come l'**esclusione** dal Servizio Sanitario Nazionale.» ([Alfonso Celotto](#), giornalista)
19. «Mostrano una grandissima ignoranza e una grandissima irresponsabilità. Possiamo anche rendere obbligatorio il vaccino, ma **queste persone vanno stanate**, queste persone sono alla base della manipolazione delle coscienze che nasce dall'ignoranza. Ci sono ancora dei medici che disinformano e si nascondono. E io non credo che l'obbligo li raddrizzi.» ([Alberto Zangrillo](#), medico)
20. «In Italia c'è una grossa percentuale di persone che soffrono di fobie, ansia, nevrosi. [...] La paura del vaccino diventa una fobia e siamo nel campo della **patologia**.» ([Andrea Crisanti](#), microbiologo)

Perché nessun *social media* (o nessun organo preposto alla vigilanza) ha censurato questi *hate-speech*?⁶ Al contrario, non solo questi interventi sono diventati *virali*, ma sono stati ripresi ed amplificati anche da molti *media mainstream*. Una rassegna più esaustiva si può trovare [qui](#), [qui](#) e [qui](#).⁷

Ogni pensiero dominante si è sempre affermato in nome di un preteso «bene superiore»,⁸ con l'appoggio incondizionato dei mezzi di comunicazione ed il tacito *placet* della maggioranza della popolazione.

In fondo «*la strada per l'inferno è [sempre] lastricata di buone intenzioni*».⁹

No, non credo che «andrà tutto bene».

⁶ I *social* hanno invece censurato diversi scienziati e intellettuali per le loro posizioni critiche (ma civili e razionali) nei confronti della narrazione unica e della gestione della pandemia. Si vedano le vicende del Prof. [Cosentino](#), Dott. [Malone](#), Prof. [Agamben](#).

⁷ Interessante notare come queste persone, dopo essersi vaccinate - a loro dire - in nome di un nobile ideale di solidarietà sociale ("mi vaccino per proteggere le persone fragili", "mi vaccino per il tuo bene"), siano così piene di amore verso il prossimo.

⁸ Così [Massimo Recalcati](#): "Fare il bene dell'Altro è la definizione più precisa che possiamo dare delle ideologie totalitarie".

⁹ Frase attribuita a Karl Marx.

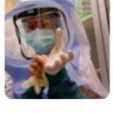
Il frame della comunicazione (e del conformismo)

Sulla *teoria del frame* si è scritto molto, da [Goffman](#) in poi; [qui](#) un riassunto divulgativo.

Un esempio *classico* è quello di [George Lakoff](#), citato da Marco Maglione su [Il Sole 24 Ore](#):

*Se dico a qualcuno «non pensare ad un elefante, non pensarci in nessun caso...» lo induco, inevitabilmente, a pensare proprio ad un elefante. La direttiva data non è assolutamente realizzabile, perché **per non pensare ad un elefante è proprio necessario pensare ad un elefante**. E questo è il punto.*

Durante tutta la pandemia siamo stati inondati da numeri, assolutamente fuori contesto. Da questi numeri non era possibile ricavare alcuna informazione *razionale* circa l'andamento dell'epidemia. Tuttavia non si trattava di informazione «neutra». Questo si inquadra in una precisa strategia comunicativa: a «*suggerire*» (cfr. Bernays) il significato ci pensa l'immane - e inquietante - immagine a lato della notizia.

<p> Il Fatto Quotidiano</p> <p>Coronavirus, i dati: 4.168 nuovi casi e 44 morti nelle ultime 24 ore</p> <p>Come ogni lunedì i dati del bollettino del Ministero della Salute sull'andamento dell'epidemia di SarsCov2 sono più bassi rispetto ai giorni...</p> <p>21 ore fa</p> 	<p> Rai News</p> <p>Coronavirus, 4.200 nuovi casi con 102.864 tamponi e 22 morti</p> <p>In Friuli Venezia Giulia sono stati rilevati 10 nuovi contagi. Iss: in un mese in Italia 300 morti e 113.131 casi. Sono 300 le vittime del Covid ...</p> <p>2 settimane fa</p> 
<p> Adnkronos</p> <p>Covid Italia, 4.168 contagi e 44 morti: bollettino 23 agosto</p> <p>I numeri della Protezione Civile, con i dati e le news regione per regione, sulla pandemia di Coronavirus.</p> <p>21 ore fa</p> 	<p> La Repubblica</p> <p>Coronavirus Italia, il bollettino di oggi 21 agosto: 7.470 nuovi casi e 45 morti</p> <p>Sono 7.470 i nuovi casi Covid nelle 24 ore in Italia, contro i 7.224 di ieri, ma con 255.218 tamponi, 35mila in più, tanto che il tasso di...</p> <p>2 giorni fa</p> 
<p> Sky TG24</p> <p>Covid, ultime news. Il bollettino: 6.968 nuovi casi e 31 morti. Tasso di positività al 3%</p> <p>Il bollettino: 6.968 nuovi casi e 31 morti. ... ad esempio, quando appaia manifesta l'incongruenza con i dati anagrafici" del green pass.</p> <p>2 settimane fa</p> 	<p> Fanpage</p> <p>Coronavirus Lazio, bollettino di lunedì 23 agosto: 348 nuovi casi e 8 morti, 186 contagi a Roma</p> <p>Coronavirus Lazio, bollettino di lunedì 23 agosto: 348 nuovi casi e 8 morti, 186 contagi a Roma. Sono 348 i nuovi casi positivi al coronavirus ...</p> <p>22 ore fa</p> 

Per comprendere il reale significato di quei numeri si dovrebbe - come minimo - esaminare i dati ufficiali ed analizzarne l'andamento in funzione del tempo. Tuttavia, ogni impulso verso questo atteggiamento *razionale* viene soppresso dal sentimento *primordiale* (di paura) indotto dall'immagine. Di fronte a questo tipo di manipolazione, pervasiva e continuata, mettiamo da parte ogni razionalità.

Questi sei articoli - di blasonate testate giornalistiche - sono tipici esempi di *framing*.

Sempre Maglione:

*In altre parole, i frames servono a valutare le **informazioni** che riceviamo ed a **colmare i vuoti** quando queste mancano o sono **ambigue**. In quanto tali, i frames forniscono, dunque, **una guida interpretativa alla scelta**, alla rilevanza ed alla interpretazione delle informazioni.*

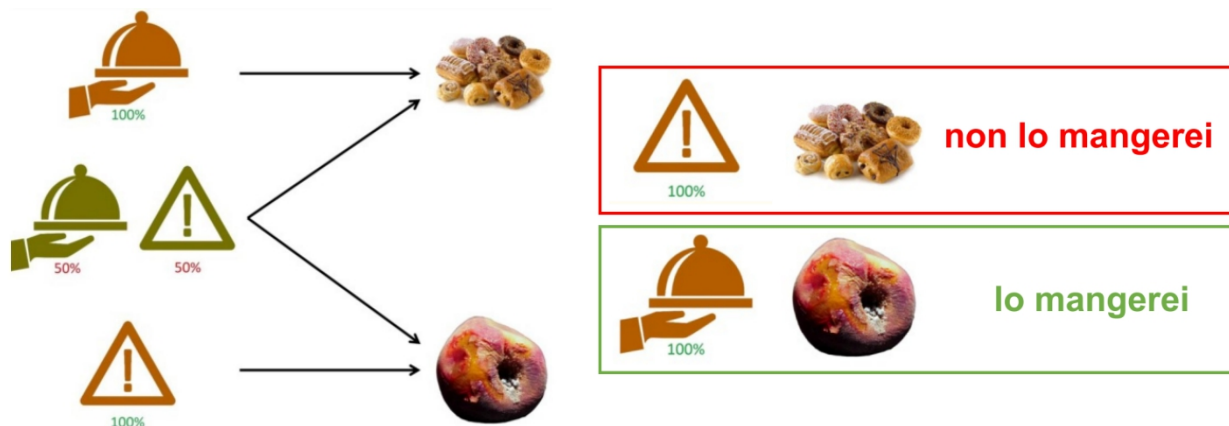
Questo meccanismo è studiato da anni nelle Scienze Sociali. Anche un recente articolo di ricercatori giapponesi, pubblicato su [Scientific Report](#) nel 2018, aiuta a capire meglio la persuasione indotta dal *frame*.

I ricercatori hanno condotto un esperimento molto semplice: dopo aver radunato alcune persone, hanno proiettato sullo schermo le immagini di alcuni tipi di cibo. Ai partecipanti è stato richiesto di dare un giudizio sulla qualità del cibo, in un intervallo compreso fra -10 (pessimo) e +10 (ottimo).

Quando le immagini sono state riprodotte in modo «neutro», su sfondo bianco, le persone hanno fornito risposte razionali, potremmo dire esatte.

Ma cosa succede se alle immagini si associano dei pittogrammi che **suggeriscono** una possibile scelta?

I pittogrammi usati possono essere «positivi», «neutri» o «negativi» e possono essere associati sia per rafforzare il significato suggerito dal cibo, sia per negarlo. I ricercatori confermano la teoria del *framing* e mostrano come il pittogramma influenzi la scelta e, in opportune condizioni, la determini.



Le conclusioni degli autori sono particolarmente interessanti:

*In conclusione, le previsioni hanno prodotto un bias di risposta congruente che può essere meglio descritto come un **bias attivo di conferma**. A seconda dell'affidabilità percepita, gli indizi positivi hanno indotto un giudizio positivo sulle immagini alimentari positive, mentre **gli indizi negativi** hanno suscitato una conclusione negativa e relativamente **più forte**.*

In altre parole, il massimo della manipolazione si ottiene con un indizio negativo su un messaggio negativo.

Proviamo a rileggere le notizie di quei sei giornali (ma anche gran parte di quelle che abbiamo letto durante la pandemia) in questa ottica. Le testate giornalistiche ci hanno *suggerito* il massimo della manipolazione: l'ambiguità dei numeri viene rafforzata dalla valenza negativa dell'immagine a lato. Ecco perché nella *percezione comune* il coronavirus è assolutamente letale.

Una volta definito il *frame* della notizia, da lì non si esce. *Game over*: lo *spin doctor* vince ancora e vincerà sempre finché non impareremo a vedere, conoscere e riconoscere le sue manipolazioni.

Proviamo a ricondurre le conclusioni degli autori nel contesto della comunicazione di massa: il pittogramma dell'esperimento, l'indizio esterno, rappresenta l'opinione pubblica. Quel pittogramma oggi ha una chiara (e ostile) valenza negativa: indica un pericolo imminente (il virus) ma al contempo identifica una parte della popolazione più resistente al messaggio unificato, che la stampa ci dipinge come i nuovi nemici (e untori): i no-vax, i negazionisti, i complottisti.

Allo stesso tempo, gli *spin doctors* ci indicano anche chiaramente da quale parte non stare: **demonizzare il nemico** è la prima lezione della propaganda. Un esempio tipico, spesso utilizzato nei *talk show*, è quello di invitare una persona "impresentabile" nel ruolo di portavoce delle teorie che si desidera (facilmente) confutare. L'illusione che si vuole creare è quella di un "dibattito"; la realtà è quella di una partita di calcio, in cui tutti i 22 giocatori fanno parte della stessa squadra. Si veda anche *Appendice 5*.

Lo stesso tipo di *framing* è presente anche nel giornalismo.

Si vedano, ad esempio, questi articoli di [Avvenire](#), [RaiNews](#) e [Bufale.net](#):

11 settembre

Terrorismo, Lamorgese: pericolo lupi solitari e violenze da estremismo no-vax

Covid-19. Gli Ufo, il Dna, Gates e il 5G: «Così i no vax fanno adepti»

Vito Salinaro lunedì 19 luglio 2021

Lo storico della medicina Andrea Grignolio: «Sono organizzati militarmente. Producono fake news da rilanciare a grappolo»

HOME / COMPIOTTISMO / IL CORONAVIRUS NON ESISTE, È RNA DIGITIZZATO

Il Coronavirus non esiste, è RNA DIGITIZZATO

L'opinione pubblica (la *mente del popolo*, come l'aveva definita acutamente Bernays) suggerisce che sia futile e sbagliata ogni resistenza – anche inconscia – al *frame* suggerito: anche se l'informazione che ho percepito è razionalmente attendibile (il cibo è buono), rivedo il mio giudizio e tendo a conformarlo.

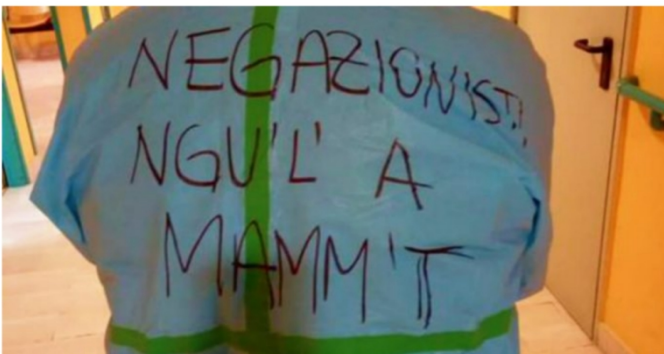
“Non sarò mica un no-vax, un estremista, un complottista... addirittura un terrorista!?”

“Ma dai! RNA digitalizzato, 'sti coglioni...”

Ecco come il pensiero dominante riesce sempre ad imporsi sulla massa: attraverso un'abile (e consolidata) manipolazione che punta al *conformismo* attraverso la creazione del *nemico perfetto*. [Reductio ad Hitlerum](#).

Meglio ancora se si condisce con un po' di facile retorica... quella piace sempre. Così [Il Fatto Quotidiano](#):

Coronavirus, la scritta contro i negazionisti sul camice: il medico si presenta così in ospedale [FOTO]



Il medico si chiama Gabriele Congedo e a «Il Messaggero» ha spiegato così il suo gesto:

“So cosa significa la sofferenza da Covid e non posso tollerare chi si prende gioco di questa terribile pandemia.”

Tutta la portata e l'attualità del pensiero di Bernays: un pericolo, un nemico, una guerra.

Credere, obbedire, combattere: questo è *fascismo*, quello vero.

[Alan Bullock](#), storico britannico e studioso della Germania nazista, mette [perfettamente a fuoco](#) l'essenza della propaganda e del pensiero unico:

Il vero oggetto della **propaganda** non è né convincere né persuadere, ma **produrre un modello uniforme di espressione pubblica** in cui la prima traccia del *pensiero non ortodosso* si rivela subito come una *dissonanza stridente*.

Come si impone il pensiero unico?

Una possibile spiegazione ci viene dall'[Esperimento di Asch](#) del 1951.

L'esperimento prevedeva che 8 soggetti, di cui 7 complici dello sperimentatore, venissero sottoposti ad un test di percezione visiva. Venivano mostrate, a più riprese, delle schede con tre linee di diversa lunghezza e si domandava ai soggetti, cominciando dai complici, quale fosse la linea più lunga o più corta. Dopo un paio di risposte veritiere, dalla terza serie di risposte in poi, i complici rispondevano in maniera palesemente errata, ma concorde fra loro. Il soggetto esaminato, che doveva rispondere sempre per ultimo, in circa il 75% dei casi rispondeva in maniera errata, **conformandosi** alla risposta fornita dalla maggioranza dei complici.

Alcuni dettagli di questo esperimento, divenuto un classico delle Scienze Sociali, [sono spiegati](#) dal dottor [Philip Zimbardo](#), professore Emerito all'Università di Stanford ed ideatore del controverso "esperimento della prigione". Nel caso il lettore non lo conoscesse, [qui alcuni dettagli](#).

Zimbardo [evidenzia](#) come il risultato dell'esperimento di Asch fosse (in buona parte) determinato dal clima oppressivo che si respirava in quegli anni negli USA: l'[ideologia maccartista](#) aveva fomentato la popolazione in un vera e propria *caccia alle streghe*, non solo nei confronti delle minoranze politiche di sinistra, ma anche verso ogni pensiero critico nei confronti dell'ideologia stessa. Come [sostiene](#) Gandolfo Dominici:¹⁰

*Calando questo esperimento nella nostra realtà, in una situazione in cui **tutti i media - a reti unificate - insistono nel proporre le stesse false / parziali / manipolate informazioni**, in non casuale assenza di contraddittorio, **diveniamo dunque noi i soggetti sperimentali dell'esperimento di Asch** che trova oggi - in tal modo - una drammatica conferma su larga scala.*

A confermare l'analisi di Dominici ed il ruolo dei «complici» nell'esperimento di Asch - nel caso ce ne fosse veramente bisogno - un [tweet](#) di Roberto Burioni e un [post](#) di Enrico Mentana¹¹:



Roberto Burioni
 @RobertoBurioni



Non dovete avere paura di un vaccino che è tra i farmaci più sicuri della Terra e vi protegge da un virus che è tra i più pericolosi della Terra. Vaccinatevi. Con la salute non si scherza.



Enrico Mentana
 18 luglio alle ore 14:57 · 🌐

Chi crede che dietro la campagna vaccinale si celi un disegno di controllo sociale, o peggio un esperimento farmaceutico ai danni delle popolazioni, chi crede che il Covid sia poco più di un'influenza e le norme di distanziamento sociale un sopruso, chi non considera i no vax pericolosi per se stessi e per gli altri, è pregato di non seguire questa pagina. Grazie

[Così](#) Andrea Zhok,¹² sulla pandemia che ha profondamente lacerato il tessuto sociale del Paese:

Un gruppo di persone ha avuto - di colpo - titolo a forzare, obbligare, offendere, deridere un altro gruppo, senza rischiare nulla, senza dover rispondere di nulla, con una legittimazione dall'alto. Ecco, tanto basta.

Il governo italiano, per la prima volta nella storia, ha ricreato l'esperimento di Stanford a livello di una nazione.

Mi permetto di aggiungere che, se siamo arrivati a tanto, lo dobbiamo (anche) ad un'abile manipolazione mediatica che fa leva sull'uso tautologico, politico e inquisitorio del nuovo *dogma* laico «*lodicelascienza*». Una volta definito il *frame*, una (larga) parte della popolazione lo accetterà, acriticamente, **per conformarsi**.

¹⁰ Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese (Università di Palermo) ed esperto di Cibernetica Sociale, *Editor in Chief* della rivista scientifica *Kybernetes* ([Emerald Publishing Group](#)).

¹¹ Su Enrico Mentana, La7, *Open* e il gruppo Cairo Editore si veda anche *Appendice 5*.

¹² Professore di Filosofia Morale [all'Università Statale di Milano](#).

La finestra di Overton ed i limiti della Democrazia

È dagli anni '90 che il giornalismo di massa diventa spregiudicata manipolazione, ma il giornalista – il più delle volte – non è l'artefice: è lui stesso vittima, spesso inconsapevole.

Wikipedia [riassume](#) così l'importanza degli *spin doctors* nella comunicazione di massa negli anni '90:

Nel corso degli anni '90, l'uso dello spin da parte di politici e partiti si è accelerato [...] La creazione di canali di notizie 24 ore su 24 ha aumentato le pressioni esercitate sui giornalisti per fornire contenuti non-stop [...] e a fare più affidamento sull'industria delle pubbliche relazioni come fonte di notizie, sugli introiti pubblicitari come fonte di profitto, rendendoli più suscettibili alla manipolazione degli spin.

Consiglio anche di guardare [questa intervista](#) a Marcello Foa, direttore della RAI dal 2018 al 2021. Chissà se oggi Foa si esprimerebbe ancora negli stessi termini...

Provo a riassumere. È proprio dagli anni '90 che si rovescia la piramide dell'informazione: i giornalisti **ricevono** le notizie direttamente dalle Istituzioni. Fateci caso: in presenza di eventi fortemente polarizzanti (importanti *summit* internazionali, attentati terroristici...), **tutti i giornali riportano la stessa visione**, condividono la stessa analisi. Ma anche la scelta delle notizie minori è quasi sempre la stessa, nonostante in una redazione di un giornale medio arrivino tra i seimila e i diecimila lanci di agenzia al giorno.

Come si realizza questo *piccolo-grande* miracolo comunicativo?

All'interno delle Istituzioni ci sono quelli che Foa chiama «[gli stregoni della notizia](#)». Sono gli eredi di Bernays, esperti di comunicazione che riescono a veicolare efficacemente i messaggi che vogliono imporre, all'interno delle **comunicazioni istituzionali** stesse.

Un esempio banale: se viene nominato il nuovo presidente di AIFA, il giornalista riprenderà in gran parte il comunicato AIFA stesso, "[la velina](#)" istituzionale. Allo stesso modo, se l'Istituto Superiore di Sanità rilascia un comunicato, affermando che il 90% dei pazienti ricoverati è senza vaccino, il giornalista non verifica la notizia, non analizza i dati grezzi (anche perché ISS non li diffonde) e **riporta come verità certa quella prodotta della fonte istituzionale**.

E la [finestra di Overton](#), lo spettro delle opinioni accettabili per la massa in un determinato momento storico, si restringe attorno alla **narrazione imposta dagli esperti della comunicazione** al servizio delle Istituzioni ed amplificata dall'industria dell'informazione.

Ecco la fine del giornalismo: come nella prima guerra in Iraq, esiste solo la **verità istituzionale**, *embedded*.

Ma c'è di più. Anche quando un certo messaggio, non completamente allineato, dovesse sfuggire al *frame* comunicativo, è comunque molto facile distogliere l'attenzione dell'opinione pubblica. Un esempio da manuale è quanto accaduto il [15 luglio 2021](#), nella trasmissione televisiva "In Onda", programma su La7 condotto da Concita De Gregorio e David Parenzo.

[Walter Ricciardi](#), non certo un riferimento culturale della "comunità no-vax" – perdonatemi la brutale semplificazione –, risponde alla domanda della conduttrice [si veda al minuto [1:06:23](#)]: «*da dove arrivano le varianti, cos'è che produce una variante?*»

*Derivano dal fatto che il virus, trovando un soggetto **vaccinato** che gli resiste, cerca di identificare le strade per aggirare la vaccinazione.*

*È una battaglia eterna quella tra i virus e l'uomo,
perché i virus si devono impadronire delle cellule umane per riprodursi.*

Quanto sostenuto da Ricciardi è assolutamente corretto dal punto di vista scientifico e **facilmente comprensibile**: quel messaggio non può certo *passare* in una trasmissione di punta, in prima serata.

Dopo le parole di Ricciardi, il povero Parenzo non sa più che pesci pigliare e comprensibilmente non ha nessuna intenzione di approfondire o impegnarsi in una discussione *razionale* con Ricciardi. Bisogna creare un diversivo: il conduttore, dopo aver interrotto il suo interlocutore, se ne esce con una *boutade* ad effetto, invitando i *rider* a sputare nel cibo di chi non si è vaccinato.

Risultato? Nessun giornale *mainstream* ha [riportato](#) le dichiarazioni di Ricciardi; tutti si sono concentrati su quelle di Parenzo. Il messaggio che il virus muti nei soggetti vaccinati rimane un *tabù*.

Così [Noam Chomsky](#), il padre della linguistica moderna:¹³

*Il modo più intelligente per mantenere le persone passive e obbedienti è limitare rigorosamente lo spettro delle opinioni accettabili, ma al contempo consentire **un dibattito molto vivace** all'interno di tale spettro, incoraggiando persino le opinioni più critiche e dissidenti. Ciò dà alle persone la sensazione che ci sia libero pensiero, mentre per tutto il tempo **i messaggi del sistema vengono rinforzati** dai limiti posti nel campo del dibattito.*

Oggi è più che mai urgente interrogarsi sul ruolo dell'informazione e sui limiti della nostra democrazia. Mentre le *elite* tecnocratiche, per bocca di [Mario Monti](#), [invocano](#) «modalità meno democratiche nella somministrazione dell'informazione», ricordiamoci delle parole di [Stefano Rodotà](#):

*Una delle virtù della democrazia - ineliminabile - consiste nel fatto che ciascuno deve essere esposto alla **maggior quantità possibile di opinioni diverse**.*

È anche *vitale* comprendere la manipolazione che ci viene *suggerita* dai - e nei - «limiti del campo del dibattito». Durante la pandemia, la **finestra di Overton** è diventata un **rosone**: il [simulacro](#) del nuovo culto *scienziata* della vaccinazione, che di Scienza, ricordiamocelo, non ha proprio nulla... se non l'ingegneria sociale ed il *marketing* di prodotto.

Un po' come [il culto di Mickey Mouse](#) in USA negli anni '30:



Per una certa parte della popolazione, il vaccino rappresenta uno *status symbol*, una rivendicazione e un esorcismo.

¹³ A proposito si veda anche *Appendice 5: debunkers, fact-checkers, gatekeepers*.

La vaccinazione [va ostentata](#), meglio se con un *selfie* sui *social*, pubblicizzando così l'ennesimo **prodotto** (dannoso e inutile) della [società dei consumi](#). Questa è la forza – ma credo anche la *fatale* debolezza – del pensiero unico neolibera che **fonda il suo consenso sull'inconsapevolezza** di una *community* di [consumatori fidelizzati](#) al nuovo *brand* oggi di moda: «[solo un vaccino ci potrà salvare](#)».

Un conferma ci arriva dalle [parole](#) di Alberto Orioli, vicedirettore de *Il Sole 24 Ore*:

[Il «super green pass»] è un «premio fedeltà» dello Stato verso quei cittadini che più di altri hanno creato la rete civica e sociale di protezione dalla pandemia, una sorta di «medaglia al valore civile» che lo Stato decide di appuntare sul petto di chi abbia accettato di superare le sue paure, le sue diffidenze, accogliendo una misura di salute pubblica, il vaccino, che tutto il mondo riconosce come l'unica efficace [...]

Al di là della demagogia paternalista ed il *non sequitur* fra salute pubblica e vaccinazione, Orioli dichiara candidamente che i diritti fondamentali e inalienabili della persona debbano essere **subordinati** all'accettazione delle scelte di politica sanitaria del governo: debbano essere cioè dispensati dall'alto, a quelle persone che abbiano dimostrato la loro **obbedienza**.

Quando lo [Stato di Diritto](#) diventa [Stato di Autorizzazione](#), le libertà non sono più garantite ma vengono concesse (e possono quindi essere revocate): questa **trasformazione da cittadini a sudditi** vale «una sorta di medaglia al valore civile» che, per stessa ammissione di Orioli, viene equiparata ad un «premio fedeltà».

Qualcuno del governo (della «cabina di regia»¹⁴ o del CTS) potrebbe almeno rendere edotti i sudditi obbedienti in relazione a quanti bollini (vaccinali) si debbano collezionare prima di ottenere il meritato «premio fedeltà»... anche se, personalmente, preferirei non scoprire in cosa consista quest'ultimo.

Ma la vaccinazione ha anche una componente *fideistica*.

L'uomo del 2021, **terrorizzato da un virus letale e considerato dalla società come malato (e untore) fino a prova contraria**, ha sostituito i riti e le promesse delle religioni tradizionali con quelle del nuovo culto: «*lo-dice-la-scienza*».¹⁵

Il siero salvifico viene *venduto* assieme alla **promessa di un mondo migliore** e alla speranza di poter godere nuovamente di quei diritti che credevamo – a torto – fondamentali e garantiti.

[Giorgio Agamben](#) ha colto l'essenza di questa nuova, distopica, società. Si veda [qui](#) e [qui](#):

*Bisogna rendersi conto che in Italia, approfittando del **terrore sanitario**, è stato attuato un vero e proprio **colpo di Stato**.
La caratteristica distintiva [...] è l'imposizione di] uno «**stato di eccezione**». In altre parole, non un'affermazione di qualcosa, ma **la sospensione delle garanzie costituzionali**.
[...il cittadino] **non ha più diritti inalienabili e indecidibili**, ma **solo obblighi** che devono esser incessantemente decisi e aggiornati.*

Vorrei ringraziare esplicitamente il gruppo editoriale *L'AntiDiplomatico* per i molti articoli pubblicati sul loro [sito web](#) che hanno ispirato questa parte del lavoro.

¹⁴ Non credo che l'istituzione di una «cabina di regia» fosse prevista dal nostro ordinamento costituzionale.

¹⁵ In realtà proprio nuovo non è, si veda ad esempio il «terzo stadio» del positivismo di Auguste Comte o l'ideologia malthusiana... ma anche la *Fabian Society*, il movimento [eugenetico](#) (sviluppatosi [negli USA](#) ancor prima che nella Germania nazista) o la visione [transumanista](#) promossa dal *World Economic Forum*. Un [saggio](#) e una [recensione](#).

Un punto di vista personale

Come ricercatore mi conforta – *in un certo senso* – il fatto che questa pandemia [non sia](#) (più) un problema sanitario: la ricerca scientifica ha già fornito numerose ed efficaci soluzioni per uscirne. No, gli attuali vaccini e la vaccinazione di massa non sono tra queste... [anzi](#).

Il problema e la soluzione appartengono entrambe al **dominio dell'informazione e dell'ingegneria sociale**: comprendere la manipolazione vuol dire rompere l'incantesimo degli «*stregoni della notizia*».

Finché lo *spin doctor* siederà di fianco al Ministro, il giornalista resterà comodamente all'interno del *frame* imposto dalle Istituzioni (politiche, economiche, finanziarie) e la *mente del popolo* non riuscirà a farsi gli anticorpi di fonte a questa *virale* propaganda, non ne usciremo.

Oggi l'informazione *mainstream* produce disinformazione di massa. Le *virostar* [parlano di tutto](#) meno che di scienza (spesso a sproposito) e vengono invitate a salmodiare in ogni "dibattito" TV (senza contraddittorio). Un'armata Brancaleone di soubrette, cantanti e sportivi è [reclutata](#) dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per promuovere la campagna vaccinale. Un «*vile affarista*», uno dei massimi esponenti della [finanza speculativa internazionale](#), guida il popolo in una Santa Crociata [contro i non vaccinati](#). Nel Paese con la Costituzione "[più bella del mondo](#)", quella [fondata sul lavoro](#), ti serve un *lasciapassare* per lavorare.

«*Grigia è ogni teoria e verde l'albero della vita*», così Goethe nel *Faust*. Verde è anche un *lasciapassare* [incostituzionale](#), che viola le [direttive europee](#) e limita molti aspetti della vita. Verde è la *green economy*, [un altro nome](#) per il solito capitalismo finanziario di [Bretton-Woods](#) (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale). Verde è anche la *green transition* che [punta sul nucleare](#) e annuncia [rincari del 55%](#) sulle bollette (per salvare il pianeta... attraverso una tassa sulla CO₂).

Oggi che la [dissonanza cognitiva](#) ha sostituito la dialettica e annullato ogni pensiero razionale, l'ovvio è diventato indicibile. Il dubbio diventa eversione perché [favorisce il nemico](#), ogni dissenso viene [criminalizzato](#). Questa è la «*nuova normalità*» dell'Occidente democratico, ipnotizzato dalla propaganda *covidiana* (attraverso l'uso manipolatorio della [neolingua](#)), diffusa ipnoticamente 24/7.

Basti un esempio: in un Paese dove la Polizia di Stato [è stata condannata](#) dalla *Corte Europea per i Diritti dell'Uomo* per il reato di tortura e i mandanti di quella «*macelleria messicana*» sono tutt'ora al loro posto o [sono stati promossi](#)... se un Vicequestore di quella stessa Polizia di Stato [parla di difesa dei diritti e Costituzione](#) (citando i primi cristiani, Ghandi e la non violenza), il *Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno* avvia [un'azione disciplinare](#) nei suoi confronti e la [sospende dall'incarico](#).

Altro che [bi-pensiero](#): questo va oltre ogni distopia, immaginata o conosciuta. Citando [Gandolfo Dominici](#):

*Il grado di **paradosso** cui è giunta la nostra società è tale, che il romanzo di fantascienza di Orwell «1984» possa oggi ritenersi un manuale di Scienze Politiche.*

Albert Einstein ammoniva:

*Il mondo è quel disastro che vedete, non tanto per i guai combinati dai malfattori, ma per **l'inerzia dei giusti** che se ne accorgono e stanno lì a guardare.*

Mai come oggi, l'inerzia e il conformismo diventano complicità.

Mai come oggi, la Resistenza [è un dovere civile](#). La Resistenza e non [il commemorare](#) la Resistenza.

I diritti vanno conquistati e difesi: per questo, ancora una volta, [noi moltitudini](#) ci solleviamo.

Uscire dalla pandemia: capire il virus

Esiste un virus, a mio avviso, ben più pericoloso del SARS-CoV-2: si chiama **paura**.

Questo è un patogeno ancestrale ed ha vissuto in simbiosi con noi per millenni. In opportune condizioni, quando si trova in equilibrio con il nostro corpo, svolge una funzione fondamentale: ha permesso alla nostra specie di sopravvivere ed evolvere, arrivando fino ad oggi.

Ma è anche un virus opportunisto: tende facilmente a prendere il controllo dell'organismo ed è in grado di annientare ogni nostra linea di difesa, sia essa biologica, culturale, religiosa o sociale. Un essere umano impaurito non può essere *razionale*, è proprio la biologia del nostro corpo ad impedirlo. Gli esperti della comunicazione lo sanno bene e fanno di tutto per terrorizzarci: **questa è la chiave del consenso**.

La «*guerra al virus*» si è trasformata ben presto in una guerra contro di noi... o forse lo è *sempre* stata.

Un esperimento di ingegneria sociale, condotto su scala globale, che sfrutta il più grande *tabù* dell'Occidente razionalista (inteso in accezione culturale, non geografica): **la paura della morte**. Non credo sia un caso che le persone più predisposte verso l'accettazione acritica della narrazione dominante – e apertamente ostili a *prescindere* verso un altro punto di vista (non solo sull'attuale pandemia) – siano proprio coloro che ripongono maggior *fiducia* nella *Verità*... scientifica, rivelata o istituzionale, poco importa. *Primus in orbe deos fecit timor*.

Ma la scienza non è un credo e neppure una verità. Cercare un confortevole riparo nel dogma autoreferenziale del «*lo-dice-la-scienza*» (senza *verificare* alcunché) è un atteggiamento consolatorio che di Scienza non ha proprio nulla, è una *grossolana (auto)manipolazione* fondata sul **conformismo** e sul [pregiudizio di conferma](#), un retaggio evolutivo dell'epoca in cui il consenso e la protezione del branco significavano trovare riparo dalla morte.

Nella narrazione *mainstream*, il nuovo untore è colui che mette in discussione i postulati dell'*ideologia* (neoliberista) dominante: vengono definiti complottisti, negazionisti, no-vax. Queste facili etichette vengono create *ad hoc* da abili esperti di comunicazione per separare «noi» da «loro», per screditare il nemico, dividere le persone ed **impedire il confronto**.

Tutta la forza della *propaganda* (vaccinale) fa leva sulla polarizzazione e sulla paura: questo ha impedito un reale dibattito pubblico, basato su evidenze *scientifiche*. Per uscire dalla pandemia dobbiamo avere il coraggio di mettere in discussione il *linguaggio* del pensiero unico, rifiutare ogni manipolazione che vorrebbe metterci gli uni contro gli altri, **disertare ogni conflitto** orizzontale.

Ecco perché «*pro vax*» contro «*no vax*» non ha alcun senso.

Dobbiamo percepirci come **parte di un unico organismo** simbiotico che trascende le (apparenti) divisioni sociali, politiche, economiche e religiose. Dobbiamo farci gli **anticorpi contro la paura** e (ri)scoprire *l'altro*: inoculare un siero contro l'individualismo neoliberista che ci permetta di evolvere verso un nuovo Umanesimo fondato sull'*empatia*.

Un fraterno abbraccio.



Conclusioni

Vorrei limitarmi ad un paio di considerazioni.

Si vorrebbe far passare il messaggio che i virologi da prima serata rappresentino «*La Scienza*». Nulla di più sbagliato.

C'è una notevole *dissonanza*, fra "la verità" raccontata delle *star* della TV - ed amplificata ad arte dai *mass media* - e le evidenze riscontrabili in molti e autorevoli studi scientifici.

Non si tratta di evidenze aneddotiche: parliamo di **migliaia di articoli di letteratura**, revisioni sistematiche, metanalisi, evidenze epidemiologiche, studi di coorte, osservazionali e trial clinici randomizzati, in doppio-cieco e placebo-controllati.

Come mai questi riscontri oggettivi non hanno **mai trovato alcuno spazio** all'interno dei palinsesti dell'informazione generalista, completamente appiattita sulle *opinioni* di certi «esperti»?

L'industria dell'informazione e le Istituzioni si sono distinte per una costante campagna di *disinformazione* (si potrebbe definire *propaganda*) che ha dato voce a notizie parziali, manipolate, non di rado palesemente false.

L'attuale emergenza non è (solo) quella medico-sanitaria: per capirlo dobbiamo prima farci gli anticorpi di fronte a questa virale «*pandemia di falsità*» mediatica.



In a time of universal deceit
telling the truth is a revolutionary act

George Orwell

How easy it is to make people believe a lie,
and how hard it is to undo that work again!

Mark Twain

La vista di una pietra preziosa
può rendere accessibile una montagna

Ernst Jünger

*A Julian Assange e a tutti coloro che lottano
per il diritto ad un'informazione libera*

Appendice

Appendice 1: la riduzione del rischio relativo e assoluto

L'efficacia vaccinale, intesa come riduzione del rischio relativo (RRR):

$$RRR = \left(1 - \frac{\text{numero casi vaccino}}{\text{numero casi placebo}}\right) \times 100$$

L'efficacia vaccinale, intesa come riduzione del rischio assoluto (ARR):

$$ARR = \left(\frac{\text{numero casi placebo} - \text{numero casi vaccino}}{\text{totale popolazione}}\right) \times 100$$

Se ancora non fosse chiaro, facciamo un esempio utilizzando i dati del trial clinico Pfizer.

Consideriamo due popolazioni omogenee, costituite da circa 18.000 persone ciascuno. Vacciniamo a tappeto la prima popolazione e osserviamo che alla fine del periodo di studio (circa 3 mesi) si sono ammalate solo 8 persone, nel gruppo placebo 162.

Fantastico! Il vaccino funziona! No, non così in fretta.

Il numero che ci hanno comunicato è la RRR, ovvero:

$$RRR = \left(1 - \frac{8}{162}\right) \times 100 = 95\%$$

Tuttavia questo numero non dipende dalla popolazione (al denominatore ci sono i casi del gruppo placebo) e non ha alcun valore epidemiologico: non può cioè essere utile al fine di definire strategie di prevenzione della salute pubblica. La ARR (la differenza fra il rischio delle persone non vaccinate e di quelle vaccinate) è:

$$ARR = \left(\frac{162}{18325} - \frac{8}{18198}\right) \times 100 = (0.88\% - 0.044\%) \cong 0.84\%$$

Vorrei ricordare anche che l'*endpoint* su cui è stata calcolata la riduzione del rischio è una valutazione della sintomatologia lieve e moderata (i casi gravi non sono stati presi in considerazione). Vuol dire che se noi vaccinassimo a tappeto una popolazione, ridurremmo la sintomatologia (lieve o moderata, ma non quella grave!) del COVID-19 nello 0.84% della popolazione, rispetto al caso in cui non si vaccinasse nessuno (placebo).¹

Insomma, "l'efficacia reale" dei vaccini - così come traspare dai trial clinici - non è un granché.²

Ecco perché le case farmaceutiche, le Istituzioni, i giornali hanno sempre parlato di efficacia in termini di RRR - una grandezza, lo ribadisco, che non ha alcun significato epidemiologico - ma mai in termini di ARR.

¹ Nel periodo di riferimento dello studio.

² Da notare che ARR non è indipendente dalla morbilità e dal tempo di esposizione. Questo significa che, affinché il valore di ARR - calcolato in un trial clinico - possa fornire indicazioni rappresentative per l'intera popolazione, occorre che il campione statistico sia studiato nelle stesse condizioni osservate nella popolazione generale (in "momenti epidemici" analoghi) e che la durata del trial sia sufficiente a valutare la dimensione temporale degli *endpoint* che si vorrebbero studiare. Entrambe queste condizioni non sono state soddisfatte nei trial clinici condotti al fine di autorizzare gli attuali vaccini contro il SARS-CoV-2.

Appendice 2: il meccanismo *Antibody-Dependent Enhancement* (ADE)

Questa parte è di *cruciale* importanza, e vorrei essere assolutamente chiaro, anche a costo di parlare in termini **poco rigorosi**. Per farlo userò una metafora.

La democrazia in un ipotetico Paese (l'organismo umano) è minacciata da un piccolo gruppo paramilitare, una milizia armata fino ai denti (il virus), che vuole attuare un colpo di stato (il COVID-19). A guardia delle istituzioni democratiche c'è l'Esercito (il sistema immunitario e le cure disponibili).

Come in ogni Stato, ci sono i Servizi Segreti (il vaccino) ed il loro ruolo – come la storia dell'ipotetico Paese ci insegna – non è sempre trasparente ed in linea con i principi democratici.

In ogni caso la milizia non ha nessuna reale possibilità di attuare da sola il colpo di stato: ogni volta che prova ad attaccare, viene schiacciata dai reparti speciali dell'Esercito (la risposta immunitaria innata e le cure precoci).

Ma anche i Servizi Segreti vogliono il colpo di stato.

Grazie all'aiuto di oscure forze esterne, i Servizi riescono ad infiltrare gli apparati di sicurezza con i loro uomini migliori: gli agenti scelti (anticorpi indotti dalla vaccinazione, specifici per la proteina *spike*). Gli agenti speciali fingono di arrestare i miliziani golpisti e li portano – armati fino ai denti – nel cuore dello Stato (la cellula): a questo punto la milizia ha gioco facile.

In combutta con le unità speciali, impediscono ai reparti speciali dell'Esercito (risposta innata) di intervenire, e attuano il colpo di stato. Il COVID-19, a questo punto, **diventa una patologia grave**.

Usciamo dalla metafora: gli attuali vaccini causano risposte “anomale” (e dannose) del sistema immunitario (ad esempio Antibody Dependent Enhancement – ADE).

La variante *delta* (e tanto meno la *omicron*) non viene neutralizzata dagli anticorpi sviluppati con gli attuali vaccini: il bersaglio molecolare è troppo ristretto ed in continua mutazione (alcune “parti” della proteina *spike*, come ad esempio la regione di dominio di legame del recettore – la regione [RBD](#)).

Tuttavia questi anticorpi non sono solo inutili, ma **dannosi**: avendo una maggior affinità per queste “parti” di virus, rispetto agli anticorpi del sistema immunitario innato, si legano in modo più efficiente e impediscono a questi ultimi di occuparsi (efficacemente) del virus.

Il virus, scortato dagli anticorpi indotti dalla vaccinazione, che fungono da “cavallo di Troia”, viene portato dentro le cellule, dove può replicarsi, causando (anche) la risposta iper-infiammatoria nota come “*tempesta citochinica*”.

Ecco perché l'ADE può essere un problema molto serio.

Appendice 3: L'Associazione Europea di Salute Pubblica

La [European Public Health Association](#) (EUPHA) è un'associazione nata in seno all'Unione Europea, e co-fondata dal *Health Programme of the European Union* nel 1992. EUPHA conta 80 membri di 47 paesi.

La EUPHA raccoglie gli specialisti di salute pubblica a livello europeo. Si tratta di personaggi di primissimo piano nelle politiche sanitarie degli Stati membri, [per l'Italia](#) c'è la "Società Italiana di Igiene" - la SITI³ - e l'ex-presidente della EUPHA è Walter Ricciardi.

Formalmente è una ONG, accreditata fra le lobby europee, [co-finanziata dalla Commissione Europea](#) e registrata anche presso l'OMS.

Il ruolo dell'Associazione [secondo l'Unione Europea](#):

*La missione di EUPHA è quella di **costruire capacità e conoscenze** nel campo della salute pubblica, di sostenere la pratica e le decisioni politiche **attraverso le evidenze scientifiche**, la produzione e la condivisione delle conoscenze **con i nostri partner** in Europa.*

Per comprendere in che modo EUPHA «promuova la conoscenza in campo medico», basta guardare il [programma del loro congresso](#): la European Publichealth Conference.

Round Table: Strengthening vaccination strategies: the role of Europe

Thursday 15 October, 13:50 – 15:20, Auditorium

With: Hon. Beatrice Lorenzin, Minister of Health, Italy (invited), Isabel de la Mata, European Commission, Luc Debruyne, GSK Vaccines, Reda Guiha, Pfizer Vaccines, David Khougazian, Sanofi Pasteur MSD, Roberta Siliquini, Italy and Aura Timen, EUPHA Section Infectious diseases. Moderated by Carlo Signorelli and Walter Ricciardi, Italy. Organised by EUPHA and SItI, financially supported by Vaccines Europe/EFPIA.

L'evento è organizzato dalla EUPHA - e dalla SITI - con il supporto finanziario di EFPIA e Vaccines Europe. EFPIA è la principale [lobby farmaceutica europea](#), nonché (ex) datore di lavoro di Emer Cooke - l'attuale Presidente di EMA - l'Agenzia Europea del Farmaco. [Vaccines Europe](#) è la divisione di EFPIA che riunisce i principali produttori di vaccini: Pfizer, Moderna, GSK, Sanofi Pasteur, MSD, Janssen, Novavax, AstraZeneca.

Alla tavola rotonda partecipano: 1) il Ministro della Salute (Beatrice Lorenzin); 2) l'uomo con più conflitti di interessi dichiarati della Sanità Italiana, ex Presidente di EUPHA ([Walter Ricciardi](#)); 3) una figura di primo piano nella definizione delle politiche vaccinali italiane e Presidente della SITI ([Carlo Signorelli](#)); 4) i dirigenti delle case farmaceutiche (allora e oggi) leader nella produzione di vaccini: GSK, Pfizer e Sanofi Pasteur MSD.

Un altro simposio, stesse modalità: questa volta però c'è l'Istituto Superiore di Sanità e GSK. Il simposio è interamente finanziato da GlaxoSmithKline (GSK vende ai paesi EU più di 25 vaccini).

Lunch Symposium: Immunization as key public health intervention: challenges and opportunities in Europe

Friday 16 October, 12:35 – 13:45, Amber 4

What are the objectives of the European Vaccines Action Plan for 2015-2020? With: Pietro Luigi Lopalco, University of Bari, Italy, Thomas Breuer, GSK Vaccines. Chair: Giovanni Rezza, Istituto Superiore di Sanità, Italy. Funded by GSK.

Non deve a questo punto stupire il fatto che l'Italia sia il Paese con più vaccinazioni obbligatorie in EU.

³ Si riveda il paragrafo dedicato ai virologi italiani. E' per un convegno di SITI che il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Silvio Brusaferro, ha raccolto "sponsorizzazioni" da Pfizer, GlaxoSmithKline e MSD.

Appendice 4: La «scienza» di Wellcome Trust

Per comprendere meglio il colossale conflitto di interessi del «*complesso medico-industriale*», ci viene in aiuto *Wellcome Trust*. *Wellcome* è [formalmente](#) una ONG ma [nasce](#) come *spin-off* di *GlaxoSmithKline* e, in quanto a fatturato, assomiglia più ad un'istituzione finanziaria. Notevole il fatto che *Chair* della "ONG" fosse [Elizabeth Manningham-Buller](#), già *Chair* dell'*Imperial College* di Londra ed **ex-Direttore Generale dell'intelligence militare** di Sua Maestà (il celeberrimo [MI5](#)). *Wellcome* attualmente presieduta da Jeremy Farrar e investe – tra le altre cose – nello sviluppo di vaccini.

L'importante rivista [Vaccine](#), edita da *Elsevier*, pubblica il 18 febbraio 2020 un [articolo](#) relativo ad un simposio organizzato a Londra, nella sede di *Wellcome* a maggio 2019. L'articolo verte su come contrastare l'esitazione vaccinale ed il titolo è eloquente: «**La scienza della sicurezza vaccinale: un riassunto dell'incontro presso Wellcome Trust**».

Interessante notare come nessuno dei 16 autori abbia dichiarato alcun conflitto di interesse. Nella lista delle affiliazioni spiccano enti regolatori (OMS, CDC, FDA), blasonate accademie ed i loro *spin-off* (Pennsylvania, Ginevra, Oxford), ospedali prestigiosi, associazioni *no-profit*.

- ^a University of Pennsylvania, [Vaxconsult](#), 4650 Wismer Rd., Doylestown, PA 18902, USA
- ^b [The Vaccine Education Center Division of Infectious Diseases, The Children's Hospital of Philadelphia](#), USA
- ^c Immunization Safety Office, [Centers for Disease Control and Prevention](#), Atlanta, GA, USA
- ^d [The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine](#), United Kingdom
- ^e [Vaccine Hesitancy Cluster, The INCLIN Trust International New Delhi](#), India
- ^f Safety and Vigilance (SAV), Access to Medicines, Vaccines and Pharmaceuticals, [World Health Organization](#), 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Switzerland
- ^g [Oregon Health & Science University](#), Institute on Development & Disability, USA
- ^h Division of High-Consequence Pathogens and Pathology, [National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention](#), USA
- ⁱ Centre of Vaccinology, [University of Geneva](#), Switzerland
- ^j Department of Epidemiology Research, [Statens Serum Institut](#), Copenhagen, Denmark
- ^k [Institute for Vaccine Safety, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health](#), Baltimore, MD 21205, USA
- ^l CEO/CSO, BIOASTER, 40 Avenue Tony Garnier, Lyon, France
- ^m Laboratory of DNA Viruses, Division of Viral Products, [Office of Vaccines Research and Review, Center for Biologics Evaluation and Review, Food and Drug Administration](#), Silver Spring, MD 20993, USA
- ⁿ Department of Paediatrics, Vice Master, St Cross College, [University of Oxford](#), Room 02-46-07, Level 2, [Children's Hospital, Oxford OX3 9DU](#), United Kingdom
- ^o [National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention](#), Atlanta, GA, USA
- ^p [Kaiser Permanente Colorado](#), Institute for Health Research, [Colorado School of Public Health](#), Department of Epidemiology, USA

L'unica istituzione non occidentale è il *Vaccine Hesitancy Cluster* (INCLIN), con sede a Nuova Deli (India). Sul suo [sito web](#) si presenta come un'associazione di ricerca *no profit*:

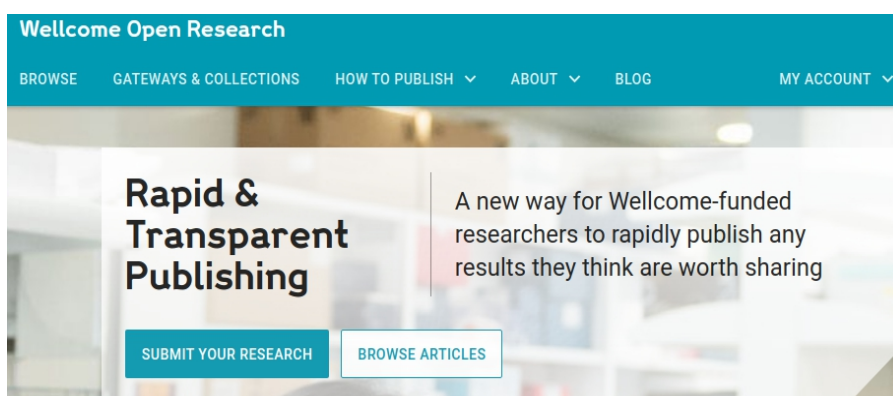
“INCLIN Trust International è un'organizzazione di ricerca 'no profit' che conduce studi collaborativi e multidisciplinari su questioni di salute globale di alta priorità.”

Poi guardando meglio, sul suo stesso [sito web](#), alla pagina “finanziamenti”, si scopre una realtà ben diversa: INCLIN è stata fondata negli USA nel 1988. Tra i finanziatori troviamo:

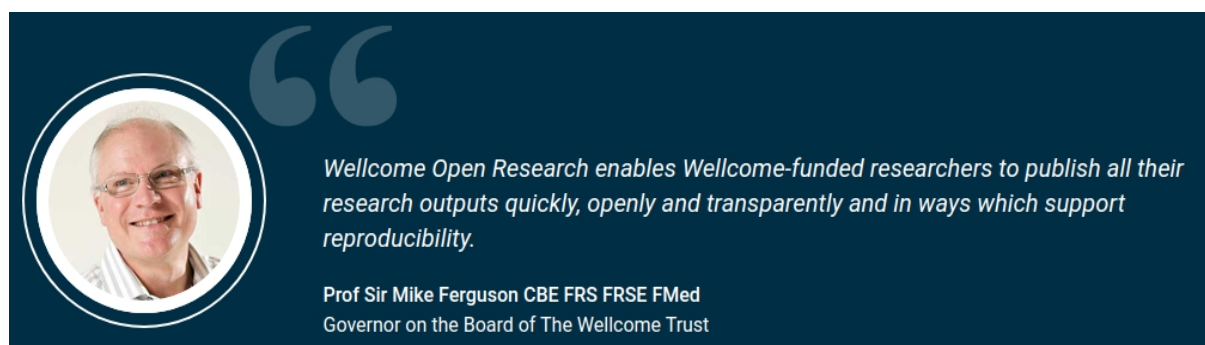
- 1) Center For Disease Control (CDC)
- 2) National Institute of Health (NIH)
- 3) US Agency for International Development (USAID)
- 4) Bill & Melinda Gates Foundation
- 5) Rockefeller Foundation
- 6) Banca Mondiale
- 7) World Health Organization (OMS)

INCLIN è il «cavallo di Troia» della politica estera USA nel mercato indiano delle vaccinazioni.

Ma il ruolo di Wellcome non è solo quello di finanziatore, mentore e protettore delle politiche vaccinali su scala globale. Wellcome finanzia direttamente – e pubblica – le sue ricerche scientifiche anche attraverso *Wellcome Open Research* [[sito ufficiale](#)].



Wellcome finanzia i *suoi* ricercatori, nei *suoi* laboratori (anche all’interno di prestigiose accademie), pubblica i risultati delle *sue* ricerche («*Wellcome-funded research*») sulle *sue* riviste di settore. Wellcome è un ecosistema del tutto auto-referenziale e intriso di conflitti di interessi. **Wellcome è la quintessenza del mondo in cui viviamo: un intreccio indissolubile fra ricerca scientifica, multinazionali del farmaco ed *intelligence* (militare) al servizio del capitale finanziario e dei suoi obiettivi geopolitici.**



Penso che finché noi lavoratori della conoscenza, ricercatori, accademici e persone delle istituzioni, non riusciremo a liberarci di questo **colossale conflitto di interessi**, la *credibilità* delle nostre stesse ricerche sarà seriamente minata alla base.

Se non altro agli occhi di un pubblico attento ed informato.

Appendice 5: debunkers, fact-checkers, gatekeepers

La stampa generalista – di qualunque orientamento – ci offre quotidianamente articoli confezionati ad arte, con un taglio *apparentemente* scientifico, ma che in realtà – **ad una lettura attenta** – si rivelano poi essere solo *grossolana disinformazione*. Questi articoli tuttavia sono molto efficaci dal punto di vista della comunicazione di massa, proprio perché si rivolgono principalmente ad un pubblico poco attento e, spesso, poco informato.

È tipico ritrovare questi articoli – o peggio, estratti – fra quelli «condivisi» sui *social media*, in un contesto di informazione *fast food*, creato appositamente per il lettore occasionale o chi *scrolla* di fretta i *post* non letti. Questo lettore diventa il *consumatore* perfetto di notizie: basta un titolo ad effetto ed un'immagine ben confezionata ([clickbait](#)) per *vendergli* l'illusione di avere una *sua* opinione su ogni aspetto dello scibile umano. Se a questo aggiungiamo il [sistema di rinforzo](#) costruito dai *social* attraverso *share*, *like* e [feedback-loops](#), abbiamo creato un esercito di perfetti analfabeti funzionali (e cognitivi).

Alla luce del marasma di informazioni incoerenti *postate* sui *social network*, molte testate giornalistiche *mainstream* hanno gioco facile nel nell'affermare una loro *certa* autorevolezza. Peccato che questa sia il più delle volte solo ipotetica o autoreferenziale, si veda ad esempio la nascita dell'[Osservatorio Fake News](#): i principali *media mainstream* – e il loro azionariato industriale – si riuniscono per *aiutare il lettore* a distinguere ciò che è vero da ciò che è falso.

Interessante è anche notare come questi stessi *media* usino le medesime tecniche di comunicazione «da *social*» per veicolare le «[veline](#)» istituzionali (o aziendali) presentandole come una «*loro*» linea editoriale. Difficile pensare a qualcosa di più ipocrita e autoreferenziale.

Ma l'autoreferenzialità paga: quanti di noi hanno preso “per buone” alcune notizie basandosi esclusivamente sulla *presunta* autorevolezza della fonte? O forse anche peggio, basandosi cioè su *quanto* una notizia fosse ripresa da alcuni [media generalisti](#) (che noi ci siamo abituati a *percepire* come affidabili)... magari ignorando il fatto che queste stesse notizie fossero state amplificate proprio all'interno dei diversi *media* che appartengono allo **stesso gruppo editoriale**.

Si veda ad esempio il caso di [Urbano Cairo](#), la sua [Cairo Communication](#) ed il [Gruppo RCS](#): non di rado le stesse notizie – ma addirittura gli *stessi* giornalisti e lo *stesso* taglio editoriale – si possono ritrovare ad esempio negli articoli (corsivi ed editoriali) de *Il Corriere della Sera*, così come in molte trasmissioni TV di La7, siano queste di “approfondimento”, *talk show* o notiziari.

Credo sia oggi particolarmente evidente, dopo quasi due anni di pandemia, che **tutti** i *media mainstream* abbiano definito lo stesso [frame](#) (quello delle Istituzioni) riguardo alla letalità del virus, all'origine della pandemia, all'assenza di cure e all'infallibilità vaccinale.⁴

Come se non bastasse, le notizie “di punta” su queste tematiche finiscono anche sulle pagine dei cosiddetti siti di «*fact checking*» o «*debunking*». Si veda ad esempio [Open](#), testata online fondata da Enrico Mentana (già direttore del TG di La7) o [Dataroom](#) di Milena Gabanelli (su *Il Corriere*).

Il ruolo di questi autoproclamati «*Paladini della Verità*» si potrebbe riassumere così: il diavolo fa le pentole... *ma* anche i coperchi.

⁴ Si veda anche la “Parte 7” del documento al paragrafo “*Il frame della comunicazione e del conformismo*”.

Mi spiego meglio: se una certa notizia de *il Corriere* ti convince poco e senti la tentazione di provare a verificare – **in modo indipendente** – l’attendibilità della notizia...

...ecco che spunta il sito che fa per te. Puoi scegliere se **affidarti** ad una giornalista navigata come Milena Gabanelli (e ai suoi articoli su *Dataroom*, *il Corriere* e *Repubblica*),⁵ oppure ad un «[team di fact-checkers](#)» esperti, come quello arruolato da Enrico Mentana, composto da ben due persone: un [videomaker](#) ed un [pubblicista](#).

Mi permetto di consigliare [un articolo](#), a firma di David Puente (il videomaker), che può aiutare a comprendere meglio l’obiettività, il grado di approfondimento e il rigore scientifico di questi *debunkers*.

FACT-CHECKING • ANTISEMITISMO • CORONAVIRUS • DISINFORMAZIONE • RICERCA SCIENTIFICA • SCIENZE • VACCINI

La teoria di complotto del vaccino che modificherà il nostro DNA e il canale tv dell’antisemita svizzero

14 AGOSTO 2020 - 17:30 di David Puente



MA PER FAVORE! 🔍

No-vax e complottisti usano tra le loro fonti il video di un sito di disinformazione, complottismo e antisemitismo che si spaccia per una «tv tedesca»

Il messaggio veicolato dal titolo è chiaro: il vaccino non può **assolutamente** modificare il nostro DNA. Se lo hai anche solo lontanamente pensato, sei un *complottista* (e per giunta antisemita).⁶

La dinamica della manipolazione è sempre la stessa: si parte da un “tema caldo”, che meriterebbe – se fossimo in una democrazia *civile* – un approfondimento senza pregiudizi, un sano e vitale dibattito pubblico (e scientifico); ma il “giornalista” di turno (il virgolettato è d’obbligo) mette subito le cose in chiaro e prova a screditare *ex cathedra* (*quale cattedra?* – verrebbe da chiedersi in questo caso) ogni opinione non allineata.

⁵ Un ottimo esempio di manipolazione travestita da *debunking* in un [articolo](#) a firma Gabanelli-Ravizza su *Dataroom*: basta leggere le prime 7 righe dell’articolo (e saper fare una proporzione) per capire, già dalle premesse, che qualcosa non torna.

⁶ Sul termine “*complottista*” e altre manipolazioni mediatiche si rimanda alla “Parte 7” del documento.

Proviamo ad analizzare l'articolo, dal punto di vista della comunicazione di massa. Vorrei sottolineare alcune peculiarità dell'articolo che si possono ritrovare in larga parte di questo nuovo filone letterario, di derivazione anglosassone, la «*narrativa di debunking*»:

1. L'autoreferenzialità e la presunta superiorità intellettuale dello scrivente.

«*Ma per favore!*» a caratteri cubitali al centro della pagina web. Il messaggio è chiaro: noi siamo una testata giornalistica seria, siamo *fact-checkers*, fidati di noi.

2. L'arte di screditare *ad personam*.

Nel sottotitolo si legge: «*un sito di disinformazione... che si spacchia per una TV*». Questo induce il lettore a pensare che la notizia provenga da una fonte giornalistica poco attendibile, *a prescindere*. Come se quella fonte **non possa mai** riportare una notizia *plausibile*, manco per sbaglio! Una possibile obiezione sarebbe: ma *plausibile* agli occhi di chi? Vabbé, lasciamo stare, andrebbe per le lunghe...

3. *Us and Them*: l'uso di etichette per separare «*noi*» da «*loro*».

Lettori intellettuali, pubblico informato e gente per bene da una parte; no-vax, complottisti, disinformatori seriali e antisemiti dall'altra. A questo punto poco importa *il merito* delle argomentazioni, il lettore ha già scelto da che parte *schierarsi*. Il confronto, l'essenza della democrazia e del dibattito scientifico, viene ricondotto ad uno scontro tra *tifoserie*.

4. *Reductio ad Hitlerum*: la demonizzazione del nemico è la prima regola della *propaganda*.

Puntare sull'antisemitismo è *sempre* un'ottima *captatio benevolentiae* per il pubblico di riferimento della testata: *liberal, green, smart e social*.

Per certa parte della popolazione, un titolo ed un sottotitolo – meglio se conditi con qualche etichetta di comodo come *disinformazione, no-vax, antisemitismo e complottismo* – sono più che sufficienti per darsi la comoda illusione di aver compreso un determinato argomento. Questo è evidentemente un pubblico poco informato e destinato a rimanere tale.

C'è però una minoranza, ostinata ed in via di estinzione, che vorrebbe capire di più e non si sente completamente appagata da quelle facili conclusioni: a loro i *debunkers* offrono una manipolazione più sottile.⁷

Un esempio tratto dal testo dell'articolo:

*Il DNA umano non può essere modificato tramite un vaccino. La narrazione no-vax del «vaccino OGM» e del DNA modificato l'abbiamo trattata già in passato, con [un articolo dettagliato del 17 luglio 2020](#) per due motivi: i vaccini in fase di sperimentazione non trasportano la **forbice molecolare** ([spiegato qui](#)) e per il semplice fatto che in nessun Paese **verrebbe autorizzato l'editing genetico** sugli esseri umani.*

Leggendo il paragrafo sopra riportato, si sarebbe portati a credere che le argomentazioni espresse dall'autore *sembrino* oggettivamente ragionevoli. Inoltre l'articolo è stato pubblicato il 14 agosto 2020 e la possibilità di retrotrascrizione/integrazione dell'mRNA nel genoma umano non era ancora stata osservata.⁸

Dove sarebbe quindi la manipolazione?

A mio avviso ci sono tre punti che meritano un approfondimento, accomunati da un tratto distintivo: l'uso retorico (e manipolatorio) della fallacia logica.

⁷ Credo che i siti di *debunking* e *fact checking* siano nati proprio per intercettare questa quota di pubblico.

⁸ Si veda a proposito la "Parte 3" dedicata ai vaccini al paragrafo "*I vaccini a mRNA e il nostro DNA*".

1. *L'assenza della prova non è la prova dell'assenza.*

Che «il DNA umano possa essere modificato attraverso un vaccino» non è una *fake news* della «narrazione no-vax» come ci suggerisce l'autore: si tratta oggi di un'evidenza scientifica. Anche se alla data di pubblicazione dell'articolo non vi erano prove della *possibilità* di retrotrascrizione, era (e a maggior ragione, è) intellettualmente disonesto affermarne in modo categorico *l'impossibilità*. È (anche) per questo che esiste il [principio di precauzione](#).

2. [Non sequitur](#): proporre confutazioni *ragionevoli* (dal punto di vista scientifico) prive di attinenza *logica* con l'argomento in questione.

Questo è un altro *leit motiv* tipico della manipolazione dei *debunkers*: gli articoli spesso partono da una premessa corretta – e facilmente comprensibile per il lettore – per poi trarre conclusioni logicamente non deducibili dalla premessa, al fine di confermare l'argomentazione iniziale.

Nel caso specifico, la motivazione per la quale l'mRNA del virus (e del vaccino) *potrebbe* essere integrato nel genoma non è quella riportata: la «*forbice molecolare*» non c'entra nulla e dimostrare che non si tratti della «*forbice molecolare*», non significa aver dimostrato che l'mRNA non possa venir incorporato. Lo stesso ragionamento si applica all'affermazione «*per il semplice fatto che in nessun Paese verrebbe autorizzato l'editing genetico sugli esseri umani*». La non autorizzazione non equivale alla non possibilità, mi sembra evidente.

3. *Il rovesciamento*: quando è il bue a dare del cornuto all'asino.

La definizione di «narrazione no-vax» è usata con lo scopo di screditare, ma anche di manipolare. In realtà una «narrazione no-vax» non esiste: dentro questo *contenitore* si vorrebbe racchiudere un universo molto variegato di posizioni – spesso anche in disaccordo fra loro – che non risuonano con il pensiero unico vaccinale, quello che si sottrae al confronto in nome del «*lo-dice-la-scienza*». La vera *narrazione*, quella unica, dominante e pervasiva è proprio quella delle Istituzioni, dei *media mainstream* e dei loro *spin-off*, come ad esempio *Open*. Il «rovesciamento» è parte di una tecnica comunicativa che sfrutta la [dissonanza cognitiva](#) per imporre il messaggio dominante: di fonte ad informazioni che vengono percepite come razionalmente incoerenti, si rafforza il messaggio maggiormente condiviso, quello *mainstream*. Nel dubbio, meglio non esporsi ed adeguarsi.

Anche la dicitura «vaccino OGM» è stata usata al fine di indurre il lettore a prendere le distanze dalla tesi che il *videomaker* vorrebbe smentire. L'argomentazione non è affidata a evidenze razionali o scientifiche, punta piuttosto sulla banalizzazione delle posizioni non-allineate attraverso l'uso *divisivo* di etichette di comodo. Riguardo al «vaccino OGM», vorrei ricordare [le parole](#) della dottoressa [Maria Rita Gismondo](#), ricercatrice e direttrice del *Laboratorio di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica delle Bioemergenze* dell'Ospedale Sacco di Milano:

*Non sono contraria al prodotto in sé, ma dico no a una corsa in avanti su un vaccino come questo, basato su un meccanismo d'azione completamente nuovo.
Vietiamo gli ortaggi OGM e accettiamo di diventare noi stessi OGM?*

Credo non ci sia bisogno di sottolineare quanto la dottoressa Gismondo sia sicuramente [più titolata](#) di [David Puente](#) ad esprimere un parere a riguardo. Lascio a questo punto al lettore ogni valutazione circa la *qualità* dell'informazione del *fact checking* di Enrico Mentana – e del suo «*team di esperti*».⁹



⁹ Mi auguro che anche la «Parte 7» del documento possa aiutare a comprendere meglio le strategie comunicative dei *media mainstream* e come venga imposta una certa narrazione, attraverso la creazione *scientifica* del consenso (l'ingegneria sociale).

Purtroppo però quanto analizzato su *Open* non è un caso isolato.

Personalmente trovo ben più grave che **blasonate agenzie stampa**, come la [Reuters](#), utilizzino analoghe tecniche di manipolazione. Qui [potete trovare](#) un esempio:

EVERYTHINGNEWS AUGUST 5, 2020 / 5:25 PM / UPDATED A YEAR AGO

Fact check: Chloroquine/SARS study does not prove hydroxychloroquine's effectiveness against COVID-19

By Reuters Staff 6 MIN READ  

Posts circulated on social media make the claim that the results of a 2005 chloroquine/SARS study provide evidence of hydroxychloroquine's effectiveness against COVID-19. This is false.

La strategia comunicativa è la stessa, seppur *formalmente* meno triviale.

Vorrei ricordare brevemente il contesto, per inquadrare meglio il lavoro di *fact checking*.

Siamo ad agosto 2020 e molte ricerche scientifiche (articoli, *review*, studi clinici) hanno evidenziato l'efficacia e la sicurezza dell'idrossiclorochina nella lotta contro diverse infezioni virali, fra cui il SARS-CoV-2. L'unico [articolo](#) che sembra smentire 65 anni di evidenze cliniche [si è rivelato](#) essere «**una frode colossale**» e una certa parte dell'opinione pubblica – fra cui illustri medici e ricercatori – torna a chiedere a gran voce che si utilizzino le cure nella lotta contro il COVID-19.¹⁰

Lo *Staff Reuters* si distingue in una dozzinale azione di disinformazione: al fine di dimostrare la propria tesi (l'idrossiclorochina non funziona contro il COVID-19), ignora completamente la letteratura scientifica disponibile (e pertinente) sul SARS-CoV-2, scegliendo *ad arte* un articolo «*circolato sui social media*» e **vecchio di 15 anni**. Credo che dal loro punto di vista non si potesse chiedere di meglio per confermare facilmente la tesi iniziale... ma il [cherry picking](#) è palese *manipolazione*, non giornalismo.

Mi pare ovvio che in quell'articolo – **del 2005** – non ci potesse essere alcuna prova del fatto che l'idrossiclorochina potesse funzionare anche contro il SARS-CoV-2, la cui scoperta risale al 2020!

Così i “giornalisti” della *Reuters* (anche in questo caso le virgolette sono d'obbligo):

*The 2005 study could not have investigated chloroquine's effectiveness against SARS-CoV-2 **because the latter was not identified until January 2020** following the December 2019 outbreak in Wuhan, China, of what we now know as COVID-19.*

Va da sé che la conclusione dell'articolo sia questa:

FALSE. *A 2005 chloroquine/SARS study **does not prove** hydroxychloroquine's effectiveness against COVID-19. Existing evidence on the drug's effectiveness against COVID-19 remains inconclusive.*

¹⁰ Si veda la “Parte 4” del documento al paragrafo “Il caso dell'idrossiclorochina”.

Sebbene la prima frase sia assolutamente corretta (innanzitutto dal punto di vista logico, poi anche da quello scientifico), **questo non implica in alcun modo** che la seconda lo sia (né dal punto di vista logico, né da quello scientifico). Il solito *non sequitur*, al quadrato.

Interessante infine notare come il CEO di Reuters, [James Smith](#), sia anche membro dell'esecutivo (*board of directors*) di Pfizer.

Al di là di questi esempi di palese manipolazione, il ruolo mediatico e sociale – così come le finalità – di *fact checkers*, *debunkers* e *sbufalatori* vari potrebbe non essere sempre così evidente.

Da un lato, si tratta di strumenti di *marketing* per differenziare – in apparenza – il prodotto (la notizia) e riposizionarlo su un diverso *segmento* del mercato dell'informazione, al fine di intercettare una maggior quota di pubblico.

Dall'altro, questa segmentazione non presuppone una reale diversificazione dei contenuti: si tratta piuttosto di uno strumento – socialmente accettabile¹¹ e molto efficace – per controllare, definire e rafforzare i limiti imposti dalla narrazione dominante (si veda alla voce [gatekeepers](#)).

Un po' come accade nei cosiddetti *talk show*:¹² assistere ad un «dibattito» televisivo, dove gli ospiti di turno si infervorano per sostenere talune «loro» posizioni,¹³ serve ad offrirci *l'illusione* che esista un dibattito. Ecco perché questi *format* televisivi riscuotono tanto successo, almeno in certe fasce della popolazione. Ricordando le parole di [Noam Chomsky](#):¹⁴

Il modo più intelligente per mantenere le persone passive e obbedienti è limitare rigorosamente lo spettro delle opinioni accettabili, ma al contempo consentire un dibattito molto vivace all'interno di tale spettro, incoraggiando persino le opinioni più critiche e dissidenti.

*Ciò dà alle persone la sensazione che ci sia libero pensiero, mentre per tutto il tempo **i messaggi del sistema vengono rinforzati** dai limiti posti nel campo del dibattito.*

Forse i concetti di *democrazia* e *libertà* – tanto cari alla tradizione occidentale – sono quantitativamente legati all'estensione dei «limiti posti nel campo del dibattito»...

...ed Henry Ford, imprenditore e filantropo, dopo tutto era stato molto chiaro in merito:

Potete scegliere il colore che preferite, a patto che sia nero.

[There is no alternative](#), it's capitalism, baby!

Siamo proprio sicuri che non ci sia alternativa?

¹¹ Nell'accezione odierna potremmo definirlo addirittura “democratico”.

¹² *Talk show* non è che l'ennesimo termine anglofono per *vendere* meglio un prodotto.

¹³ Credo sarebbe più opportuno attribuire la paternità delle «loro» posizioni agli *spin doctor* (siano essi al servizio Istituzioni o degli azionisti dell'emittente televisiva, poco importa).

¹⁴ Anche su questo aspetto si veda la “Parte 7” del documento dedicata all'ingegneria sociale del consenso.

