

**Nuovi dati ISS e sentenza della Consulta:  
sempre meno giustificato l'obbligo. Gli adulti (40-59 anni)  
con booster si infettano il 60% in più dei non vaccinati**

La Corte Costituzionale ha legittimato l'obbligo vaccinale considerando la salvaguardia della salute di tutti i cittadini prevalente sull'interesse di singoli e accogliendo gli argomenti dell'Avvocatura dello Stato, anche in merito a un'efficacia (parziale) dei vaccini nel prevenire l'infezione da SARS-CoV-2, in base ai **dati dell'Istituto Superiore di Sanità/ISS**, che proverebbero tale protezione.

Secondo il Dr. Antonio Panti, della Commissione Deontologica Nazionale della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici) "la FNOMCeO dovrebbe... chiedere al Parlamento e al Governo un intervento normativo che imponga l'obbligo vaccinale a tutto il personale sanitario, quale onere di servizio per garantire la sicurezza del paziente" (QS 2-12-2022).

L'aspetto paradossale, già evidenziato nel precedente Comunicato della CMSi, è che nessuno sembra verificare tale argomento con l'esame dei "**dati** dell'ISS", che invece continuano oggi a mostrare una realtà ben diversa.

Li illustriamo di nuovo nel documento allegato, con riferimento questa volta al [Bollettino ISS del 30 novembre](#) (Tab. 5A pag. 24 e Tab. 6, pag. 28), appena pubblicato, e riprendendo nei grafici allegati i dati delle Tabelle corrispondenti (prima erano indicate nei Bollettini con i n. 4A e 5), nella serie dei Bollettini ISS settimanali a partire da gennaio 2022.

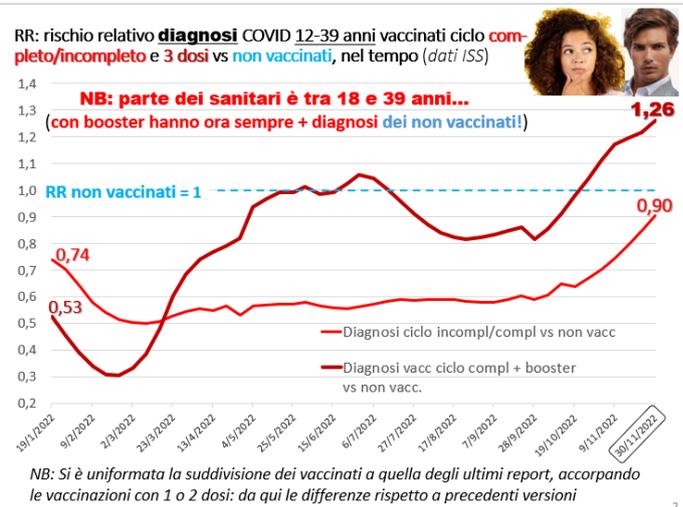
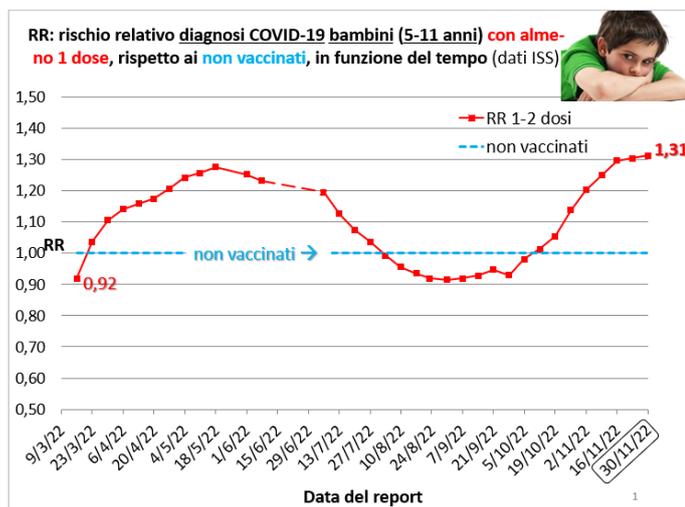
Esprimiamo comunque vivo apprezzamento per l'[intervista del Ministro della Salute Schillaci](#) (QS 5-12-2022)

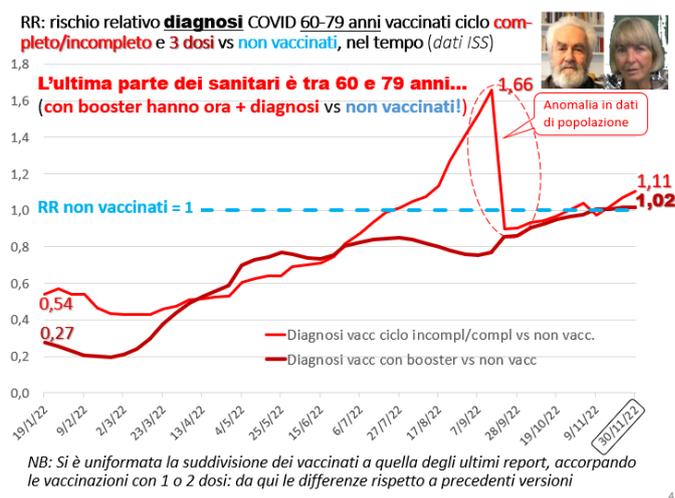
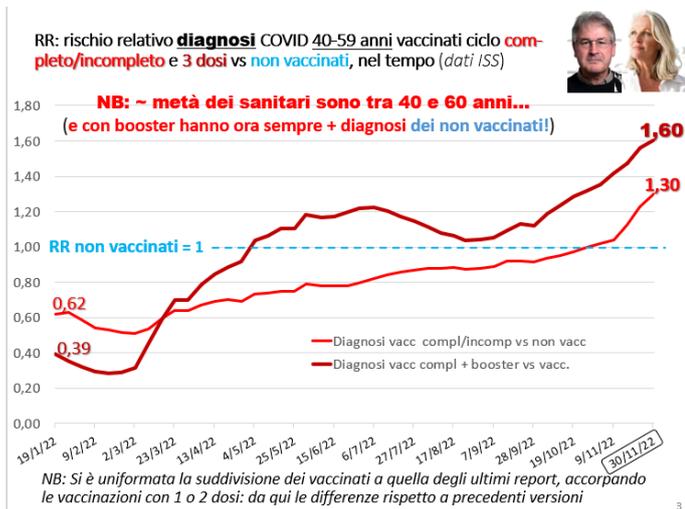
**Osservazioni della Commissione Medico Scientifica indipendente**

Il messaggio, che con un semplice calcolo chiunque può subito verificare alle fonti indicate (\*), è sintetizzato nelle righe seguenti e nelle slide allegate. Queste sono riferite ai bambini da 5 a 11 anni e alle tre fasce d'età successive considerate dall'ISS, in cui operano anche tutti i lavoratori della Sanità, che a quanto pare anche esponenti della FNOMCeO vorrebbero ancora soggetti a vaccinazioni obbligatorie.

La realtà documentata dai dati ISS è che oggi, in media, **rispetto ai non vaccinati** di pari fascia d'età:

- i bambini di 5-11 anni con due dosi di vaccino si infettano il 31% in più;
- i giovani 12-39 anni con booster si infettano il 26% in più;
- gli adulti 40-59 anni con booster si infettano il 60% in più;
- gli anziani 60-79 anni con un booster si infettano il 2% in più dei non vaccinati, e se fermi a 2 dosi (dunque probabilmente a maggior distanza dall'ultimo inoculo) si infettano l'11% in più.





Solo nella fascia d'età di 80 e più anni i dati ISS mostrano nei vaccinati con un booster un 45% di infezioni in meno dei non vaccinati.

I dati italiani sono coerenti con un gran numero di studi internazionali (\*\*) presentati in occasione del Congresso POLI-COVID-22 (<https://www.libera-scelta.it/policovid22/>) da poco svoltosi a Torino, che chiunque può visionare nelle slide (v. [quelle sull'efficacia verso le infezioni sul sito della CMSi](#)) o in videoregistrazione, richiedendo gli studi integrali da cui sono tratte, se avesse difficoltà a reperirli.

In particolare, si ricorda la presentazione del Prof. John Ioannidis (<https://www.youtube.com/watch?v=6g7J9VTxqZc&t=10111s>), epidemiologo dell'Università di Stanford, che ha mostrato come i vaccini in pratica non abbiano avuto effetto nel contenimento dell'ondata epidemica e ha richiamato la necessità, nella corrente fase endemica, di attuare rigorosi studi randomizzati prima di procedere a ulteriori booster sulla generalità della popolazione.

Il messaggio di fondo si può così ribadire: **il tempo trascorso dall'ultima dose di vaccino è la variabile fondamentale**. Infatti la protezione vaccinale dall'infezione, buona all'inizio con le precedenti varianti ma solo mediocre con Omicron, declina poi rapidamente, si azzerava in pochi mesi, e quindi si inverte, cioè i vaccinati diventano in media più soggetti a infettarsi dei non vaccinati. I booster ripristinano in modo transitorio la protezione iniziale, ma anche dopo tali richiami si torna a perdere velocemente la protezione dall'infezione, con un percorso che **sembra accelerato al ripetersi dei successivi inoculi** ([Gazit, BMJ 2022;377:e071113](#)).

È verosimile che il rischio di *infezione* si traduca anche in un rischio di *trasmissione*, come mostra – tra l'altro – un grande studio israeliano ([Woodbridge et al. Nat Commun 2022;13:6706](#)), in cui, in caso di reinfezione, le cariche virali (considerate proporzionali al rischio di trasmissione) a 70 giorni di distanza dalla 3<sup>a</sup> dose erano in tendenza già aumentate rispetto alle cariche virali medie dei non vaccinati.

Al contrario nei guariti – in caso di reinfezione – le cariche virali si mantenevano in modo prolungato a un livello inferiore.

Alla luce dei dati ufficiali esposti, salvo prova contraria che emergesse in un dibattito scientifico senza censure, che invitiamo ad aprire, sono gli Avvocati dello Stato ad aver portato fuori strada la Consulta con affermazioni contrarie a quanto emerge dai dati. Purtroppo le Istituzioni scientifiche di riferimento continuano a non offrire interpretazioni più corrette dei dati da loro prodotti.

Quanto su esposto dovrebbe rendere chiaro che non è affatto rispettata la condizione **a)** prevista dalla nostra Costituzione per legittimare un trattamento sanitario obbligatorio per legge, cioè:

La sentenza n. 258/94 (Corte Costituzionale 1994) della Corte Costituzionale spiega che le **leggi che prevedono l'obbligatorietà delle vaccinazioni sono compatibili con l'art. 32 della Costituzione alle tre condizioni indicate:**

a) **“se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**

(...). Anzi, nel medio periodo può valere persino l'opposto. Dunque l'invocato “principio di solidarietà” non avrebbe motivo oggettivo di essere utilizzato per giustificare l'obbligo di queste vaccinazioni.

Quanto alla condizione **b)** per l'ammissibilità di un obbligo di legge, cioè

b) **se vi sia “previsione che il trattamento non incida negativamente sullo stato di salute di chi vi è assoggettato”,** salvo che per conseguenze temporanee e di scarsa entità,

saremmo in grado di provare che neppure questa condizione è **rispettata**, in un confronto scientifico istituzionale che la CMSi chiede da oltre un anno, sinora negato. Si anticipano in sintesi i motivi.

Anzitutto per l'**enorme sottostima delle sospette reazioni avverse** rilevate nei sistemi di vaccinosorveglianza passiva o segnalazione spontanea (adottati in gran parte del mondo, e comunque dal VAERS negli USA, da EudraVigilance dell'EMA nell'Unione Europea, dall'[AIFA in Italia](#)) rispetto alla sorveglianza attiva attuata negli studi clinici randomizzati controllati registrativi negli adulti per i vaccini [Pfizer](#) e [Moderna](#), e dal programma [v-safe dei CDC](#) (Centers for Disease Control and Prevention) negli USA. Le reazioni avverse ai vaccini a mRNA segnalate nei suddetti esempi di sorveglianza attiva superano di tre ordini di grandezza quelle dei sistemi di sorveglianza passiva e, per quanto possa sembrare incredibile, ciò vale anche per le reazioni avverse gravi (*severe*), come dimostra in modo incontestabile il confronto tra le fonti sopra citate.

Inoltre la condizione **b)** risulta non rispettata se si contestualizza l'argomento della “protezione da malattia severa” (che comporti ospedalizzazioni, accessi in terapia intensiva o decessi). Infatti, è vero che la protezione da malattia severa si mantiene buona per i vaccinati, ma:

1. anche nei confronti della **malattia severa il vantaggio si erode nel tempo** negli adulti e in età pediatrica (esempi: [Tartof S, Lancet 2021;398:1407-16](#) // [Tartof, JAMA NO 2022;5:e2225162](#) // [Lin D-Y, NEJM 2022;387:1141-43](#)), benché più lentamente rispetto a quello verso l'infezione
2. Andrebbe sempre precisato che **Il vantaggio nei confronti della malattia severa** si riferisce alla COVID-19, **non** riguarda tutte le malattie che portano a ricoveri ecc. **Anzi**, Peter Doshi ([Doshi P, Vaccine 2022;40:5798-805](#)), basandosi sui trial randomizzati registrativi, che rappresentano la fonte più valida per fare confronti tra vaccinati e non vaccinati, ha dimostrato che l'eccesso di eventi avversi gravi di speciale interesse nei gruppi vaccinati supera di oltre 2 volte (con il vaccino Moderna) e di oltre 4 volte (con Pfizer) l'eccesso di ospedalizzazioni da COVID-19 che si è documentato nei gruppi di controllo. Dunque **le malattie gravi totali nette sono risultate maggiori nei vaccinati rispetto ai non vaccinati nei trial randomizzati** (NB: ciò si è confermato anche in trial randomizzati registrativi su adolescenti ([Ali K, N Engl J Med 2021;385:2241-51](#)), se si ha la costanza di esaminare anche le tabelle nell'Appendice elettronica)...
3. ... e ciò ha riguardato in tendenza anche i confronti tra decessi, fino a quando i produttori hanno reso disponibili al pubblico i dati relativi (nel [trial su adulti di Moderna](#): 16 decessi nel gruppo vaccinato verso 16 nel gruppo di controllo, con risparmio di qualche morto per COVID-19 tra i vaccinati bilanciato da morti in più per altre cause, soprattutto cardiovascolari // nel [trial su adulti di Pfizer](#): **21 morti nel gruppo vaccinato** verso 17 morti nel gruppo di controllo, con riduzione di qualche morto per COVID-19 tra i vaccinati sovracompensata da **morti in più per altre cause, soprattutto cardiovascolari**).

4. Ormai con la variante Omicron (che si è **dimostrata meno letale di un'influenza stagionale** [Xue L, Int J Infect Dis 2022;121:195-202](#)) i rischi più gravi da COVID-19 sono ridotti al minimo, mentre i **dati inglesi** (dell'Ufficio Nazionale per le statistiche UK) **relativi al 2022**, purtroppo pubblicati per stato vaccinale solo da gennaio a maggio, mostrano un'allarmante **tendenza all'aumento della mortalità in tutte le fasce di età nei vaccinati** rispetto ai non vaccinati, con grandi differenze rispetto al 2021, quando la mortalità totale tra i vaccinati era nettamente inferiore rispetto a quella dei non vaccinati.

Tutto ciò rafforza la richiesta, emersa con forza anche nel Congresso POLI-COVID-22, di aprire un urgente confronto scientifico anche con voci scientifiche critiche, come quelle presenti al Congresso, cui è stato di nuovo negato un confronto istituzionale.

I firmatari membri della Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi):

Prof. Marco Cosentino, Dott. Alberto Donzelli, Prof. Vanni Frajese, Dott.sa Patrizia Gentilini,  
Prof. Eduardo Missoni, Dott. Sandro Sanvenero, Dott. Eugenio Serravalle

**(\*)** Il tasso di infezione per un dato gruppo (non vaccinati, vaccinati con 1-2 dosi, con booster, ecc.) è calcolato come il rapporto tra numero di diagnosi e popolazione di quel dato gruppo (Tabella 5A del Bollettino settimanale ISS). Il rapporto <sup>®</sup> tra il tasso di un gruppo vaccinato rispetto al tasso del gruppo non vaccinato indica quale gruppo ha avuto più casi di infezione COVID-19 diagnosticati.

Nelle nostre rappresentazioni grafiche, R maggiore di 1, indica che il gruppo vaccinato ha ricevuto più diagnosi di infezione COVID-19 rispetto al gruppo non vaccinato. Per esempio, nella fascia 5-11 anni, R=1,31 vuol dire che nel gruppo vaccinato di quella fascia d'età si sono osservati il 31% in più di casi rispetto ai non vaccinati.

Se R è minore di 1, il gruppo vaccinato ha ricevuto meno diagnosi di infezione COVID-19 rispetto al gruppo non vaccinato. Per esempio, nella fascia d'età 12-39 anni, R=0,90 vuol dire che nel gruppo vaccinato in modo completo/incompleto (ma senza booster) di quella fascia d'età si sono osservati il 10% in meno dei casi rilevati nel gruppo non vaccinato.

**NB:** il modo di rappresentare i dati da parte dell'ISS è all'opposto (cioè sono invertiti gli elementi del rapporto): è quindi indicato il tasso di un gruppo non vaccinato (al numeratore del rapporto) rispetto a quello di un gruppo vaccinato (al denominatore), di conseguenza R sarà minore di 1 quando è il gruppo non vaccinato ad avere meno diagnosi.

Si riproduce ora, solo per la voce "Diagnosi", la Tabella 6 dell'ultimo Bollettino ISS (con tassi già calcolati dall'ISS):

TABELLA 6 - TASSO DI INCIDENZA DI DIAGNOSI DI INFEZIONE DA SARS-CoV-2, DI OSPEDALIZZAZIONE, DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA E DI DECESSO PER 100.000 E RISCHIO RELATIVO PER STATO VACCINALE E FASCIA DI ETÀ

Gruppo	Fascia di età	Tasso (per 100.000)					Rischio relativo			
		Non vaccinati	Ciclo incompleto / completo	Dose addizionale / booster	Dose booster Immuno/2° dose booster ≤ 120 giorni	Dose booster Immuno/2° dose booster > 120 giorni	Non vaccinati rispetto a vaccinati con ciclo incompleto/c completo	Non vaccinati rispetto a vaccinati con dose addizionale/booster	Non vaccinati rispetto a vaccinati con dose booster Immuno/2° dose booster ≤ 120 giorni	Non vaccinati rispetto a vaccinati con dose booster Immuno/2° dose booster >120 giorni
Diagnosi tra 21/10/2022-20/11/2022	12-39	966,5	873,4	1220,3	-	-	1,1	0,8	-	-
	40-59	1094,5	1420,4	1751,8	-	-	0,8	0,6	-	-
	60-79	1681,8	1859,1	1711,4	1642,5	-	0,9	1,0	1,0	-
	80+	2918,1	986,8	1595,4	1216,6	2546,4	3,0	1,8	2,4	1,1
	Totale	1.357,4	1.318,9	1.556,6	522,0	215,7	1,0	0,9	2,6	6,3

Come si vede, i Rischi relativi per le classi di età riquadrate (che includono anche tutti i lavoratori della Sanità, obbligati di norma al booster) sono inferiori a 1; ciò significa che in queste classi di età i **non vaccinati si infettano meno dei vaccinati** corrispondenti ai diversi stati vaccinali indicati nelle colonne. Ad esempio, nella classe 12-39 i non vaccinati hanno un tasso di diagnosi di 0,8 rispetto ai vaccinati con booster, dunque i non

vaccinati si infettano circa il 20% meno. Se i calcoli si fanno sulla **Tabella 5A** del Bollettino ISS (anziché sulla Tab. 6), si evidenziano meglio anche i decimali, e si è riportato il tutto nei grafici delle slide, in modo probabilmente più facile da capire.

Si segnala anche che conta **considerare le tendenze**: si parte a gennaio 2022 con un diffuso riscontro di protezione dall'infezione nei vaccinati, ma a distanza di un certo numero di mesi, e comunque **oggi**, nelle fasce dai 5 fino ai 79 anni, si è trasformata nel suo contrario. Questi dati – se correttamente riportati alla Consulta - avrebbero già potuto chiudere il discorso sulla legittimità di un obbligo “per ragioni di solidarietà”. Infatti, se a distanza di mesi dall'ultima dose la protezione dall'infezione si riduce fino a zero, e poi diventa negativa (cioè inferiore al livello dei non vaccinati), a meno di non ipotizzare richiami continui e ravvicinati per ripristinare una certa protezione, si dovrebbe concludere che a medio termine per la comunità il vantaggio iniziale si traduce in svantaggio.

**(\*\*)** studi con conclusioni diverse spesso citati a sostegno di una protezione vaccinale dall'infezione sono afflitti in varia misura da problemi che ne inficiano la validità (follow-up breve limitato al periodo di “luna di miele con il vaccino”; presentazione dei dati come media di periodo, anziché mostrare la tendenza discendente della protezione nel tempo; esclusione degli asintomatici verso cui la protezione vaccinale è ancor minore; sponsor commerciali e/o conflitti di interessi degli autori...). Anche in questo caso si chiede di aprire un confronto scientifico senza censure, che ci consenta di dimostrare le nostre affermazioni.