

Motivazioni scientifiche per aver tolto le multe ai non vaccinati. Prime lezioni dal Parlamento USA e il primo errore da evitare nel Piano Nazionale di Preparazione Pandemica

Sommario: La cancellazione delle multe a chi non si era sottoposto a vaccinazione, contenuta nel Decreto Milleproroghe, ha suscitato molte polemiche. La CMSi riassume i molti motivi per confermare la misura nella legge di conversione, sia quelli di semplice ragionevolezza, sia quelli fondamentali di merito, di cui è tempo di prendere atto, in base a prove scientifiche ormai consolidate.

Nel gennaio 2024 il [Comunicato 12 CMSi](#) aveva aperto una discussione critica su una bozza di *Piano di Preparazione e Risposta Pandemica*, che rischiava di far assumere impegni impropri per 5 anni, nell'inconsapevolezza del Paese e di gran parte del Parlamento. Dopo varie correzioni il Piano sembra ormai in dirittura d'arrivo: non conosciamo però l'ultima versione, né se abbia recepito la modifica davvero essenziale. Cioè, non continuare a fare mero riferimento a 'Linee Guida' di altre Istituzioni come Unione Europea ed OMS (ignorando i fallimenti di questa nella gestione pandemica, denunciati anche dalla Commissione d'Inchiesta del Congresso USA), senza l'impegno a **verificarle in base alle prove emergenti da un confronto scientifico critico, e in base agli interessi nazionali.**

Indice

- 1) Premessa contro la persistente censura dell'informazione scientifica critica e sulla necessità di confronti scientifici sistematici pag. 1
- 2) I tanti buoni motivi del Governo per togliere le multe ai non vaccinati pag. 1
- 3) Un Piano Nazionale di *Preparazione* Pandemica che condiziona per 5 anni è in via di approvazione senza pubblico dibattito. Contiene un emendamento decisivo?..... pag. 6

1) Premessa

In precedenti [Comunicati CMSi \(dal n. 11\)](#) avevamo segnalato la proliferazione di norme internazionali (già da tempo *praticate*) che prevedono la censura mediatica di voci in dissenso dalla narrazione ufficiale, con il fine dichiarato di "proteggere da informazioni false e *disinformazione*", con pesanti sanzioni per chi non si conforma. La [NeoPresidente della Commissione Europea](#) aveva enunciato la censura preventiva (*prebunking*) della cosiddetta *disinformazione* come **priorità programmatica...** includendovi di fatto anche la censura della controinformazione scientifica.

Anche gli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali (RSI) dell'OMS, frettolosamente approvati 'per consenso' il 1 giugno 2024 dall'Assemblea OMS, mantengono (*Annex 1*) l'obbligo internazionale di **censura** a livello nazionale e locale. La maggior parte dei Paesi, **Italia** inclusa, **avrà nel marzo 2025 l'ultima occasione per sfilarsi da questi Regolamenti capestro.**

Se l'Italia approvasse i RSI nella versione del giugno 2024, sarebbe impegnata a soffocare anche il doveroso **confronto scientifico, supportato da prove.** Consideriamo decisiva la battaglia internazionale per la libertà di parola, ma soprattutto per la **libertà di informazione e controinformazione scientifica**, basata su dati, fatti, prove, e un dibattito aperto sui media.

2) I tanti buoni motivi del Governo per togliere le multe ai non vaccinati

L'art. 21 del Decreto Milleproroghe abroga le norme relative alle sanzioni pecuniarie in materia di **obbligo vaccinale "per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2"** (ex DL 44 dell'aprile 2021): in

pratica abroga le norme sulla multa da 100 Euro per over50, sanitari, forze dell'ordine e tutte le altre categorie professionali che per legge avrebbero dovuto vaccinarsi.

La misura ha sollevato proteste veementi di Società professionali mediche, delle forze politiche di opposizione, ma anche di esponenti della maggioranza... Gli argomenti hanno spaziato da "inaccettabile sanatoria, che strizza l'occhio ai i NoVax", "per chi si è sottratto a leggi dello Stato", "insulto" "a chi ha fatto il proprio dovere civico", fino "a offendere le vittime COVID", "che premia i furbi, legalizza l'evasione", "con un messaggio diseducativo sulla possibilità di violare impunemente la legge", "genera sfiducia nelle istituzioni, con altre possibili epidemie alle porte", "privando oltretutto l'erario di oltre 100 milioni di Euro"...

Gli argomenti delle Forze a favore del provvedimento sono stati soprattutto difensivi e con appelli al 'buon senso':

- il Governo si sarebbe limitato ad applicare una misura prevista dal proprio Programma
- una misura razionale, che evita allo Stato di impelagarsi in contenziosi onerosi in termini di risorse impegnate, con esiti incerti e in potenza persino negativi dal punto di vista delle entrate nette
- una misura distensiva, "un armistizio", un "voltare una pagina drammatica"; o persino "di pacificazione", su un tema che ha fortemente diviso la società.

Si tratta di argomenti con una loro logica, non foss'altro perché le multe sono già state bocciate da decine di sentenze giudiziarie... Gli argomenti tuttavia **non fanno i conti con il merito degli obblighi** e delle relative sanzioni. Pensiamo invece che sia tempo di farlo.

In realtà hanno provato a entrar nel merito ad es. la capogruppo PD "si congelano le multe ai No Vax, che mettevano in pericolo la propria vita e quella degli altri, anziani, malati, fragili". O un famoso virologo "i vaccini fino a Omicron erano efficaci nel prevenire l'infezione,... quindi chi ha scelto di rifiutare un vaccino sicuro ed efficace ha messo in pericolo la salute sua e degli altri. Questi i fatti inconfutabili". Purtroppo per loro, **le prove scientifiche dicono ben altro.**

Esaminiamo le prove, partendo in questo Comunicato dal fondamento costituzionale della Legge sull'obbligo (e del dovere etico spesso invocato): **la protezione *anche* degli altri.**

Questa è stata data per certa nei primi mesi di vaccinazioni, pur senza prove, come ammesso dall'EMA ([risposta all'Europarlamentare de Graaf](#)) e dai foglietti illustrativi: i 'vaccini' "*contro il COVID-19 non sono stati autorizzati per prevenire la trasmissione da una persona all'altra. Le indicazioni riguardano esclusivamente la tutela dei soggetti vaccinati*" (e con l'ammissione all'Europarlamento di Janine Small, presidente Sezione Pfizer sviluppo dei mercati internazionali, alla domanda se si fosse testato il vaccino per fermare la trasmissione del virus: "*No. Dovevamo muoverci alla velocità della scienza*"). Tuttavia, nonostante le crescenti segnalazioni di fallimenti vaccinali nel prevenire l'infezione, l'opinione diffusa era che i rischi d'infezione, pur non del tutto evitati, risultassero comunque ridotti. E il ragionamento comune poteva essere "la protezione dei vaccini non è totale, ma almeno riducono il rischio d'infezione".

La 1ª vera svolta: 30 luglio 2021. Il vaccino non riduce per nulla la trasmissione

Tutti ricordano la dichiarazione pubblica dell'allora Premier Draghi (conferenza stampa 22 luglio 2021): "*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 e al chiuso, con la **garanzia** di trovarsi tra persone che **non sono contagiose***". Ma solo 8 giorni dopo i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) USA riportavano sul [Bollettino ufficiale settimanale la grande epidemia nel Massachusetts](#), associata con eventi di massa con quasi 500 casi di COVID-19, in cui i vaccinati sono risultati infettarsi e trasmettere al pari dei non vaccinati. L'allora Direttrice CDC Walensky dichiarò anche in televisione sui vaccini: "*quello che non possono più fare è prevenire la trasmissione*".

Pensiamo che il CTS italiano avrebbe dovuto subito rilevarlo (comunicandolo ai decisori politici), come ha fatto la [CMSi, già il 21 agosto 2021 \(slide 23\)](#), citando i dati di riferimento, come nella slide riportata, e chiedendo da quell'anno di essere ascoltata a livello istituzionale, senza esito.

Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021

Catherine M. Brown, DVM¹; Johanna Vostok, MPH¹; Hillary Johnson, MHS¹; Megan Burns, MPH¹; Radhika Gharpure, DVM¹; Samira Sami, DPH¹; Rebecca T. Sabo, MPH²; Noemi Hall, PhD²; Anne Foreman, PhD²; Petra L. Schubert, MPH²; Glen R. Gallagher PhD¹; Timella Fink¹; Lawrence C. Madoff, MD³; Stacey B. Cahoy, PhD³; Bronwyn MacInnis, PhD³; Daniel J. Pak, PhD³; Katherine J. Siddle, PhD³; Vaira Harik, MS⁴; Deirdre Arvidson, MSN⁴; Taylor Brock-Fisher, MS⁵; Molly Dunn, DVM⁶; Amanda Kearns⁶; A. Scott Laney, PhD⁶

On July 30, 2021, this report was posted as an MMWR Early Release on the MMWR website (<https://www.cdc.gov/mmwr/>).



Massachusetts, that attracted thousands of tourists from across the United States. Beginning July 10, the Massachusetts

CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not 'Prevent Transmission'
[VIDEO] - NewsRescue.com

"...what they can't do anymore is prevent transmission"

US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / August 6, 2021 / Vol. 70 / No. 31

Questa è la slide sul tema, commentata negli incontri di InfoVax il 21-8-2021...

Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021

Catherine M. Brown, DVM¹; Johanna Vostok, MPH¹; Hillary Johnson, MHS¹; Megan Burns, MPH¹; Radhika Gharpure, DVM¹; Samira Sami, DPH¹

products received by persons experiencing breakthrough infections were Pfizer-BioNTech (159; 46%), Moderna (131; 38%), and Janssen (56; 16%); among fully vaccinated persons in the

Ct values in specimens from 127 fully vaccinated patients (median = 22.77) were similar to those among 84 patients who were unvaccinated, not fully vaccinated, or whose vaccination status was unknown (median = 21.54) (Figure 2).

among Massachusetts residents; vaccination coverage among eligible Massachusetts residents was 69%. Approximately three quarters (346; 74%) of cases occurred in fully vaccinated persons (those who had completed a 2-dose course

July 27, no deaths were reported. One hospitalized patient (age range = 50–59 years) was not vaccinated and had multiple underlying medical conditions.^{††} Four additional, fully vaccinated patients^{§§} aged 20–70 years were also hospitalized, two

Sono implicati tutti i vaccini

Carica alta e paragonabile tra vacc. e non

% casi tra vaccinati persino maggiore di % copertura residenti!

1 non vacc. ricoverato!

e anche 4 vaccinati!!

essenzialmente al chiuso!

I dati contano più delle *autorevoli* dichiarazioni, e la svolta era chiara: la protezione dall'infezione non solo "non era provata a sufficienza" (come la narrazione ha lasciato intendere), ma **non c'era affatto**. Ne conseguiva l'assoluta irrazionalità delle misure imposte da quel momento agli italiani, come "dovere civico, a tutela della comunità". Comunque, altre dichiarazioni pubbliche *autorevoli* non sono mancate fuori dall'Italia. Si ricorda quella di **Antony Fauci nell'Agosto 2021**, registrata da 'LaVerità'. O quella del Premier UK Boris Johnson.



<https://www.youtube.com/watch?v=P-DR4ipz9LE> 22 ottobre 2021



COVID WINTER PLAN Office for National Statistics says an estimated one in 55 people had COVID in the latest week compared to one in 60 last week
sly news.com E/E ¥ 0.16% ler police constable Wayne Couzens **BREAKING NEWS** The O

...With Delta, Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines still offer good protection against new infections, but **effectiveness is reduced compared with Alpha**. However, **Delta infections after two vaccine doses had similar peak levels of virus to those in unvaccinated people**.

Da Min. 3:05 al 3:17

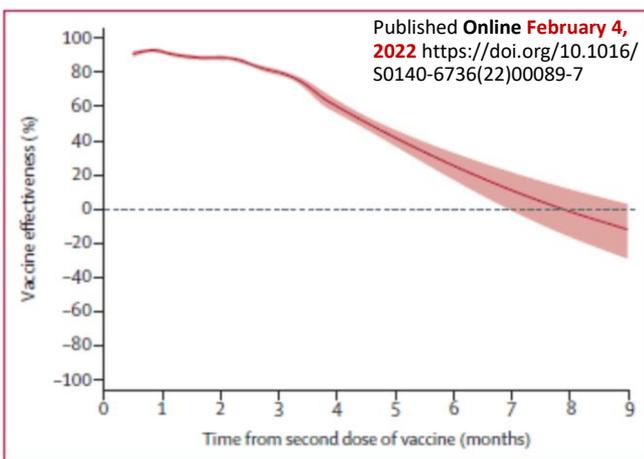
"The double vaccination (...) doesn't protect you against catching the disease and it doesn't protect you against passing it on, so now is the time to get your booster"

La soluzione indicata dagli epidemiologi del **Gruppo di Oxford, Tom Jefferson e Carl Heneghan**, è di leggere le indicazioni per l'uso nei foglietti illustrativi, tenendo conto del fatto che **i produttori "non hanno mai affermato che il vaccino avrebbe potuto evitare che la nonna prendesse [la COVID-19] dal suo giovane [nipote]... Quella è stata una costruzione dei politici e di chi gli stava attorno"**.

In effetti i documenti delle **Agenzie Regolatorie MHRA del Regno Unito, EMA Europea e Health Canada** hanno sempre dichiarato che le **indicazioni d'uso** per il vaccino Pfizer sono "immunizzazione attiva per prevenire la COVID-19 (cioè la malattia)"; le **indicazioni terapeutiche della FDA USA** nel sommario delle caratteristiche del prodotto dichiarano ad oggi: "il vaccino previene la COVID-19 causata dal SARS-CoV-2...". **Nessuna Agenzia Regolatoria ha mai affermato che la vaccinazione prevenga la trasmissione** ad altri. Purtroppo una narrazione senza supporto scientifico è stata fondamento di obblighi vaccinali, Green Pass e multe, ma è ora che ne prendano atto anche i politici e le istituzioni italiane.

La 2ª svolta: febbraio 2022. L'efficacia vaccinale verso l'infezione diventa negativa

Le successive conoscenze scientifiche non hanno solo confermato che questi vaccini non impediscono affatto infezione e trasmissione, ma hanno chiarito che essi nel tempo per paradosso aumentano nei vaccinati la suscettibilità a entrambe. Ecco due dei primi esempi. Una **ricerca di coorte** pubblicata **su The Lancet il 4 febbraio 2022**, basata sui registri dell'intera popolazione svedese, che ha confrontato coppie appaiate di quasi 843 mila svedesi vaccinati con 2 dosi con altrettanti svedesi non vaccinati, rilevando i casi d'infezione sintomatica



Published Online February 4, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00089-7)

Figure 2: Vaccine effectiveness (any vaccine) against SARS-CoV-2 infection of any severity in 842 974 vaccinated individuals matched to an equal number of unvaccinated individuals for up to 9 months of follow-up

The association is shown using proportional hazards models with 95% CIs (shaded areas) and restricted cubic splines. The model was adjusted for age, baseline date, sex, homemaker service, place of birth, education, and comorbidities at baseline.

OPEN ACCESS Effectiveness of mRNA vaccines and waning of protection against SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 during predominant circulation of the delta variant in Italy: retrospective cohort study

BMJ 2022;376:e069052

Massimo Fabiani,¹ Maria Puopolo,¹ Cristina Marciano,¹ Matteo Squiri,¹ Stefania Spila Alegiani,¹ Antonietta Fila,¹ Fortunato D'Ancona,¹ Martina Del Manso,¹ Flavia Riccardo,¹ Marco Tallon,¹ Valeria Proietti,¹ Chiara Sacco,¹ Marco Massari,¹ Roberto Da Cas,¹ Alberto Mateo-Urdiales,¹ Andrea Siddu,¹ Serena Battilomo,¹ Antonino Bella,¹ Anna Teresa Palamara,¹ Patrizia Popoli,¹ Silvio Brusapiero,¹ Giovanni Berza,¹ Francesca Memmi Ippolito,¹ Patrizio Pezzetti¹ on behalf of

con Delta

L'ISS usa presentare medie di periodo (da noi calcolate nel caso riportato), non tiene conto delle tendenze...

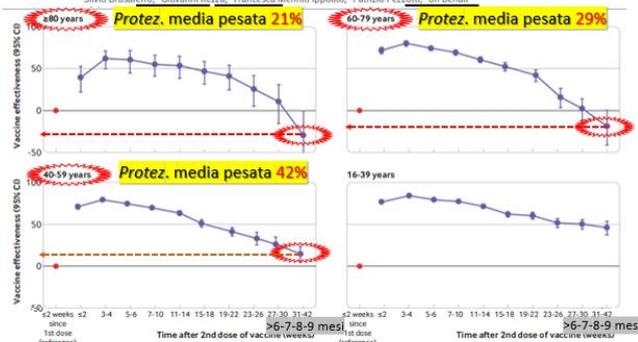


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as $(1-IRR) \times 100$, where IRR=incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long term care facilities

Includi persone con comorbidità, residenti in case riposo e lungodegenti, immunocompromessi...

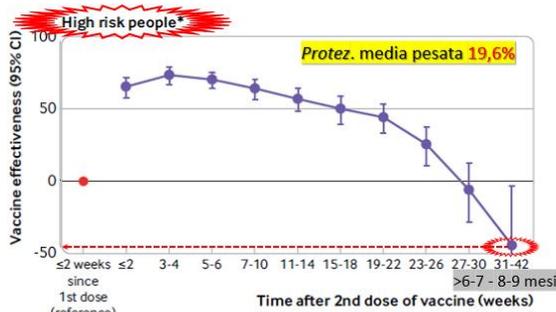


Fig 3 | Effectiveness of mRNA vaccines against SARS-CoV-2 infection during the delta phase by age group and priority risk category, Italy, 19 July to 7 November 2021. Vaccine effectiveness calculated as $(1-IRR) \times 100$, where IRR=incidence rate ratio. *Including people with comorbidities, immunocompromised people, and residents of long term care facilities

maggiori e più 'rassicuranti' dei punti d'arrivo a 8-9 mesi...

La rapida perdita di protezione fino all'inversione, che appariva già evidente anche nella popolazione italiana, avrebbe potuto consigliare l'apertura di un confronto scientifico e la massima prudenza con 3^e e 4^e dosi, che invece la popolazione è stata spinta ad attuare con una comunicazione a senso unico, senza tener conto del declino sempre più rapido della protezione apparente...

Comunicato CMSi n. 15 (gennaio '25)

e di ricoveri/morte dal 12-1 al 4-10-2021, con follow-up totale fino a 9 mesi. L'efficacia pratica del vaccino Pfizer contro l'infezione sintomatica è svanita nel tempo, passando dal 92% nei giorni da 15 a 30 dopo la 2^a dose fino alla perdita di efficacia significativa a partire dai 7 mesi. E ciò benché gli autori avessero espressamente escluso tra i non vaccinati tutti i soggetti con una precedente infezione. La perdita di protezione è stata importante anche con il vaccino Moderna, cui però era residua una protezione ancora significativa (invertitasi anch'essa con la variante Omicron, comparsa a dicembre 2021). La perdita d'efficacia è stata in generale maggiore nei maschi, e più rapida in vecchi, fragili e persone con patologie. Il grafico a lato riportato mostra l'effetto generale a 9 mesi, con una tendenza alla negativizzazione (cioè: a più rischi nei vaccinati rispetto ai non vaccinati).

Lo stesso fenomeno, che comprende il periodo di dominanza della variante Delta, emerge da una pubblicazione italiana dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), sul *British Medical Journal* (BMJ) nel febbraio 2022, con risultati di rilievo riportati nelle slide che seguono. Come si vede, nell'arco di 8-9 mesi anche nella media della popolazione italiana di età 40-59 anni la protezione dei vaccinati con 2 dosi scendeva appena sopra al livello dei non vaccinati, e dai 60 anni in poi addirittura sotto a quel livello.

La pendenza della curva di discesa dovrebbe far pensare a osservatori ragionevoli che il declino della risposta immunitaria sia destinato ad accentuarsi in seguito. Un declino anche maggiore si è avuto nella popolazione ad alto rischio, con una discesa di un significativo -44% sotto al livello dei non vaccinati, a 8-9 mesi dalla 2^a dose. La comune pratica ISS di presentare l'efficacia vaccinale come 'media di periodo' maschera di fatto il declino nei mesi più distanti dall'ultima dose. Per farlo capire meglio ciò, si sono calcolati e apposti evidenziati in giallo i valori delle 'protezioni medie pesate' per le varie classi d'età e nel periodo considerato, che risultano ben

La quarta dose risolverebbe?

RESEARCH

OPEN ACCESS Short term, relative effectiveness of four doses versus three doses of BNT162b2 vaccine in people aged 60 years and older in Israel: retrospective, test negative, case-control study

FAST TRACK

Sivan Gazit,^{1,2} Yaki Saciuc,¹ Galit Perez,² Asaf Peretz,¹ Virginia E Pitzer,³ Tal Patalon^{1,2}

the bmj | BMJ 2022;377:e071113 | doi: 10.1136/bmj-2022-071113

Su quasi 100.000 israeliani, «... a confronto con lo **svanire dimostrato in precedenza dell'efficacia relativa di 3 dosi a confronto di 2 dosi** nel mondo reale, che inizia circa tre mesi dopo l'inoculazione, **l'efficacia pratica della 4^a dose contro l'infezione svanisce più presto**, in 10 settimane, in modo **simile** al fatto che **la 3^a dose svanisce prima della 2^a dose** ^{23,11}»

²³ Chemaitelly H, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.07.22270568v1>

¹¹ Patalon T, et al. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271494v1>

Le prove della negativizzazione della protezione dall'infezione si sono da allora moltiplicate, e chi insiste a negarle non ha che da accettare un pacato confronto scientifico sul tema. Come esempio, si riporta il decisivo studio sui ~50.000 operatori della [Cleveland Clinic, in Ohio \(USA\)](#), all'offerta di **vaccino bivalente**, in cui il **numero di inoculazioni ricevute si è associato con maggior incidenza di reinfezione** (differenze altamente significative), espresse in questo grafico come infezioni in eccesso rispetto alla linea di base. Rispetto ai non vaccinati le infezioni nei vaccinati con 1 dose sono state doppie, con **due dosi 2 volte e ½**, con **3 dosi oltre 3 volte...**

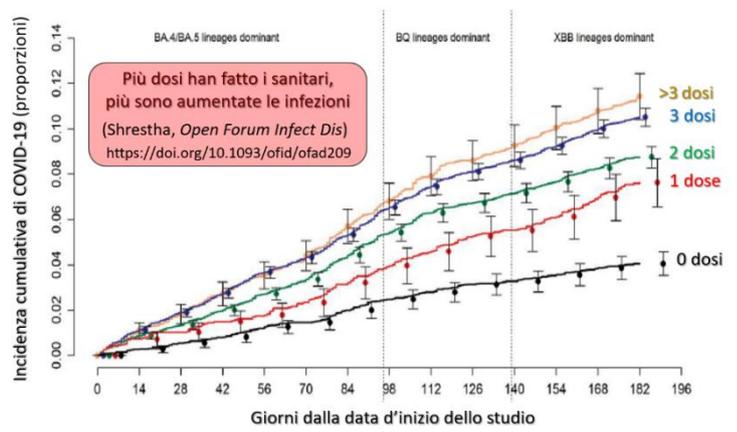


Figure 2. Cumulative incidence of COVID-19 for subjects stratified by the number of COVID-19 vaccine doses previously received. Day zero was 12 September 2022, the day the bivalent vaccine began to be offered to employees. Point estimates and 95% confidence intervals are jittered along the x-axis to

La 3ª svolta: marzo 2022. Nel vaccinato che s'infetta, aumenta la trasmissione

RESEARCH 11 March 2022 Prunas et al., Science 375, 1151–1154 (2022)

REPORT Non si commetta l'errore di leggere solo i titoli! O di fermarsi solo all'abstract (e alle conclusioni...!)

CORONAVIRUS

Vaccination with BNT162b2 reduces transmission of SARS-CoV-2 to household contacts in Israel

Ottavia Prunas^{1,2*}, Joshua L. Warren^{2,3,†}, Forrest W. Crawford^{2,3,4,5,6,†}, Sivan Gazit⁷, Tal Patalon⁷, Daniel M. Weinberger^{1,2,†}, Virginia E. Pitzer^{1,2,†} La maggioranza ha Conflitti d'Interessi

The effectiveness of vaccines against COVID-19 on the individual level is well established. However, few studies have examined vaccine effectiveness against transmission. We used a chain binomial model to estimate the effectiveness of vaccination with BNT162b2 [Pfizer-BioNTech messenger RNA (mRNA)-based vaccine] against household transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Israel before and after emergence of the B.1.617.2 (Delta) variant. Vaccination reduced susceptibility to infection by 89.4% [95% confidence interval (CI): 88.7 to 90.0%], whereas vaccine effectiveness against infectiousness given infection was 23.6% (95% CI: -11.3 to 46.7%) during days 10 to 90 after the second dose, before 1 June 2021. Total vaccine effectiveness was 91.8% (95% CI: 88.1 to 94.3%). However, vaccine effectiveness is reduced over time as a result of the combined effect of waning of immunity and emergence of the Delta variant.

Dopo 3 mesi, in chi si infetta i vaccini aumentano la trasmissione!

Prunas et al., Science 375, 1151–1154 (2022)

Table 1. Vaccine effectiveness against susceptibility to infection (VE_s); vaccine effectiveness against infectiousness given infection (VE_i); total vaccine effectiveness (VE_t) at different time ranges since vaccination, both before and after the emergence of the Delta variant (1 June, 2021).

Vaccine effectiveness measure	Time since vaccination	Estimate pre Delta [95% confidence interval]	Estimate post Delta [95% confidence interval]
VE _s	>10 days after dose 1 and <10 days after dose 2	-15.9% [-27.9% to -5.0%]	38.3% [-24.2% to 69.3%]
VE _i	>10 days after dose 2 and <90 days after dose 2	23.0% [-11.3% to 46.7%]	-27.9% [-248.9% to 53.1%]
VE _t	>90 days after dose 2	6.9% [-124.8% to 61.4%]	-27.9% [-53.7% to -6.5%]

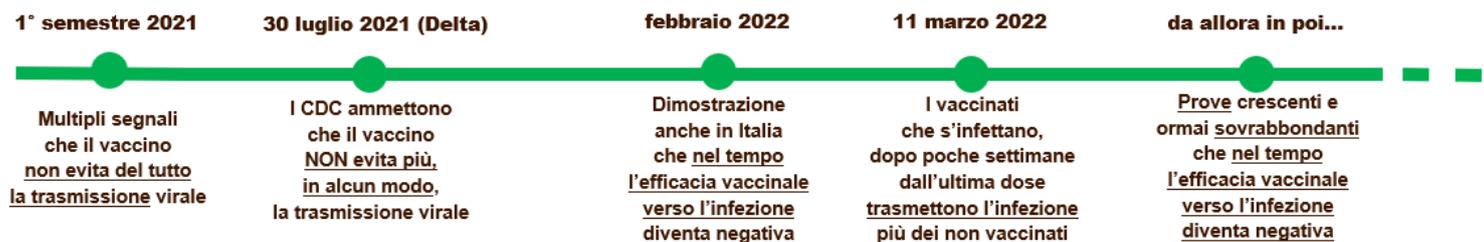
cioè: effetto sulla trasmissione in chi si infetta

Questa importante ricerca non ha solo evidenziato – come molte altre – già nell'era di Delta il rapido declino della protezione vaccinale dall'infezione, scesa dopo 3 mesi dall'ultimo inoculo a livelli modesti (oltretutto gonfiati dall'illusione statistica descritta da Fenton e Neil già a fine 2021). Ma documenta la **negativizzazione dell'effetto vaccinale sulla trasmissione**, prima in tenenza (-27,9% n.s. tra 10 e <90 giorni), poi **statisticamente significativa oltre i 90 giorni**.

Questa ricerca conferma che è fuorviante scorrere solo abstract e conclusioni (talora condizionati dal tentativo di aggirare censure mediatiche), mentre è importante **basarsi sui dati** esposti. Ma soprattutto conferma che i vaccinati che s'infettano tendono già nei primi mesi ad aumentare la trasmissione, e dopo 3 mesi lo fanno già in modo statisticamente significativo. La protezione vaccinale da infezione pare impiegare più mesi a declinare, ma può essere solo effetto dell'**illusione statistica** o '**cheap trick**', per retrodatazione o esclusione degli effetti rilevati nelle prime 2 settimane post-inoculo, come illustrato nei Comunicati [CMSi n. 8](#) (pag. 4-5) e [n. 9](#) (pag. 1-2), e dagli scienziati [Neil e Fenton](#).

Politici e responsabili della salute pubblica che dubitassero degli argomenti esposti, dimostrino la buona fede accettando un confronto scientifico, assistiti dagli esperti che vorranno.

L'infografica che segue riassume la cronologia fondamentale.



Si potrebbe ancora obiettare che a fine 2022 la Consulta abbia in realtà considerato l'obbligo vaccinale legittimo in base alla Costituzione, che pure impone anche il requisito della protezione degli altri (generando immunità di gregge o di comunità). È vero, ma solo ricorrendo al principio dell'ora per allora', come ammesso per ben 12 volte nella celebre sentenza n. 14 (estensore Patroni Griffi):



6.- l'adeguata **considerazione delle risultanze scientifiche disponibili** in merito a efficacia e sicurezza dei vaccini...

8.- A ciò va aggiunto – come anticipato – che tale discrezionalità deve essere esercitata dal legislatore **alla luce delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica (...)**

8.1.- (...) la **coerenza** della disciplina **con il dato scientifico posto a disposizione**

8.2. (...) scientifica, **alla luce delle migliori conoscenze raggiunte in quel momento storico**

(...) coerente, o meno, **rispetto alle conoscenze medico-scientifiche del momento...**

(...) fatta, **necessariamente, allo stato delle conoscenze scientifiche del momento e nella consapevolezza della loro fisiologica provvisorietà.**

(...) ogni legge elaborata sulla base di conoscenze medico-scientifiche è per sua natura transitoria, perché adottata allo stato delle conoscenze del momento e destinata ad essere superata a seguito dell'evoluzione medico-scientifica

(...) proprio perché **il legislatore deve esercitare la propria discrezionalità sulla base delle conoscenze medico-scientifiche fornite dalle autorità di settore al momento dell'assunzione della decisione, ... piena valorizzazione della dinamica evolutiva delle conoscenze medico-scientifiche**

(...) un intervento non irragionevole alla luce delle condizioni epidemiologiche e delle conoscenze scientifiche in atto non esclude, e anzi impone, che, **mutate le condizioni, la scelta possa (e debba) essere rivalutata e riconsiderata...**

La disciplina, dunque, **può e deve mutare in base all'evoluzione della situazione sanitaria che si fronteggia e delle conoscenze scientifiche acquisite**

(...) **flessibilizzazione e monitoraggi che consentano l'adeguamento delle misure alla evoluzione della situazione di fatto che è destinata a fronteggiare, sono elementi che incidono sulla verifica della legittimità costituzionale...**

(...) E anzi è l'intera disciplina relativa alla gestione della pandemia ad aver subito **continue modifiche in risposta all'evoluzione della situazione sanitaria, nonché delle conoscenze mediche...** e dell'evoluzione degli strumenti offerti dalla scienza medica per fronteggiarla.

9.- Tanto premesso, dunque, sul **costante adeguamento della disciplina in esame all'andamento della situazione epidemiologico-sanitaria e all'evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche...**

In sostanza, la Consulta ha ritenuto che il comportamento del legislatore sia stato coerente con le conoscenze scientifiche 'poste a disposizione' in quel momento storico. Anche se si è sopra documentato che questo non era già più vero a livello scientifico, la Consulta ha ritenuto di affidarsi solo alle informazioni ricevute dall'Istituto Superiore di Sanità, dunque al *principio di autorità*, in contraddizione con *evidence based Medicine* ed *evidence based Public Health*, cioè con **le prove scientifiche**, che richiedono pubblici confronti in contraddittorio, tra i portatori di posizioni scientifiche differenti.

3) Un Piano Nazionale di **Preparazione** Pandemica che può condizionare per cinque anni la vita degli italiani è in via di approvazione senza pubblico dibattito. Contiene un emendamento decisivo?

Premessa: nel prossimo Comunicato commenteremo l'importantissimo [report finale della SottoCommissione USA d'Inchiesta sulla pandemia](#) COVID-19: oltre 500 pagine, pubblicate il 2-12-2024 dopo due anni di lavoro. Ci soffermiamo ora solo su importanti conclusioni relative all'OMS:

- La pandemia è stata probabilmente originata dal biolaboratorio di Wuhan, che svolgeva esperimenti di 'guadagni di funzione'. Ora l'OMS chiede alla Cina di condividere tutti i dati sull'origine del virus.
- L'OMS è stata gravemente carente nella gestione COVID. Il nuovo Trattato Pandemico oggi proposto non solo non risolve i problemi per un'eventuale nuova pandemia, ma viola la sovranità degli Stati
- L'OMS ha contribuito ad avallare pratiche e restrizioni senza basi scientifiche (compresa la tesi infondata che i vaccini impedissero la trasmissione, a giustificarne gli obblighi), che hanno causato danni alle persone e all'economia
- ... e a censurare come informazioni false e disinformazione le opinioni scientifiche dissenzienti.

Il [Comunicato 12 CMSi](#) aveva evidenziato gravissime criticità nella bozza di "*Piano ... di preparazione e risposta a una pandemia ... a trasmissione respiratoria ... 2024-2028*" (d'ora in poi 'Piano') circolata nella Conferenza Stato-Regioni. Parte delle critiche sollevate sembrano recepite, ma non altre (v. [Comunicato 14 CMSi](#)). La versione attuale del Piano da approvare andrebbe considerata un documento dinamico, suscettibile di integrazioni in relazione ai punti e per i motivi di seguito indicati.

➤ Un Piano di oltre 200 pagine non fa cenno ai pilastri della **prevenzione primaria** (sani stili di vita, alimentazione, attività fisica, contrasto a fumo, droghe, abusi di farmaci...), che dovrebbe invece sostanziare la **Preparazione** pandemica, riducendo in chi vi aderisce le malattie croniche che aggravano le infezioni, rafforzando il sistema immunitario e contrastando l'immunosenescenza. **Proposta**: costituire sotto l'egida del Ministero della Salute un gruppo tecnico di professionisti con adeguata qualificazione scientifica e documentata esperienza operativa e formativa, per redigere un apposito ampio capitolo, con indicazioni supportate da valide e forti prove scientifiche. **Obiettivo**: arrivare a un documento integrativo del Piano per questo fondamentale aspetto.

➤ Invece il Piano fa ampio riferimento a (costose) **scorte di dispositivi e farmaci**, già messi in forte discussione da revisioni di celebri ricercatori Cochrane (v. [Trust The Evidence](#)). **Proposta**: limitare le scorte e aprire un dibattito in contraddittorio con esperti indipendenti privi di conflitti di interessi, prima di accumularne per 5 anni.

➤ Soprattutto, dal Piano non traspare l'atteggiamento corretto di far **referimento alle prove** («[Trust the Evidence](#), not 'The Science'»), ma al contrario l'ossequio a riferimenti *autorevoli*, con appello al 'Principio di Autorità', distante dal riferimento all'*Evidence Based Medicine, Evidence Based Health Care, Evidence Based Public Health*. Il *Principio di Autorità* (della serie "lo dicono le Linee Guida dell'OMS, dell'Europa, dell'EMA, dell'ECDC, o della FDA e dei CDC USA; o delle Società Professionali...") serve spesso a coprire posizioni discutibili, e che si dovrebbero comunque poter verificare in base alle prove addotte a supporto. **Proposta:** procedere con riferimento alle prove. Tener conto di linee guida istituzionali e di quanto di solidamente provato esse contengono non significa rinunciare a **valutazioni critiche dinamiche** della validità e forza delle prove a supporto di Linee Guida, anche internazionali; né rinunciare a identificare e salvaguardare al tempo stesso gli interessi nazionali del nostro paese. Dunque **integrare nel Piano un Tavolo tecnico**, incaricato di condurre in itinere, con criteri di priorità, una revisione delle prove a sostegno delle diverse azioni prospettate. Delle misure previste il Tavolo rivaluterà le prove di efficacia pratica nell'ottenere i risultati attesi e di sicurezza (considerandone possibili effetti negativi diretti e indiretti sulla salute fisica, mentale e sociale), i costi stimati finanziari e sociali, per un'ampia valutazione costi-benefici, che adotti il punto di vista della Società (e in subordine quello del SSN, anche in termini di sostenibilità e costo-opportunità delle misure proposte).

Si tratterà, per le misure indicate, di rispondere in modo organico a quesiti del tipo: perché adottare questa misura? Su quale livello si basa di validità e forza di prove scientifiche d'efficacia? A fronte di quali vantaggi attesi? E di quali effetti negativi ragionevolmente prevedibili? Come si pone rispetto a possibili alternative? È ragionevole prevedere che implementarla sia meglio che non far nulla?

Dove le prove siano considerate insufficienti, il Tavolo proporrà opportune ricerche, anche considerando l'attuazione (a partire da situazioni non emergenziali) di studi randomizzati controllati pragmatici e indipendenti da interessi commerciali, per acquisire prove mancanti o consolidare quelle insufficienti. I risultati degli interventi di sanità pubblica via via adottati si dovranno monitorare in progress, per poterli potenziare, modificare o eliminare.

La composizione dei suddetti Tavoli Tecnici, oltre a esperti di nomina del Ministro della Salute, potrebbe vedere la partecipazione di esperti di idonea, specifica qualificazione, indicati dai Partiti concretamente impegnati nei lavori della Commissione d'inchiesta parlamentare COVID, in misura proporzionale alla propria rappresentanza.

Per la **Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi)**, che rinnova la richiesta di confronto scientifico istituzionale sulle materie di competenza:

Dott. Alberto Donzelli, Prof. Marco Cosentino, Dott. Maurizio Federico, Dott.ssa Patrizia Gentilini, Prof. Eduardo Missoni, Dott. Panagis Polykretis, Dott. Sandro Sanvenero, Dott. Eugenio Serravalle

e adesioni di:

Dott. Paolo Bellavite, specialista in Ematologia Clinica e di Laboratorio e ricercatore indipendente

Prof. Mariano Bizzarri, Dip. Medicina Sperimentale, Direttore Systems Biology Laboratory, Univ. La Sapienza

Prof. Giovanni Frajese, Università di Roma "Foro Italico"

Dr. Dario Giacomini, medico radiologo, Presidente associazione ContiamoCi! e sindacato [Di.Co.Si.](#) ContiamoCi!

Prof. Stefano Petti, PhD. Top 2% scienziati mondiali (classifica Univ. Stanford) Dip. Sanità Pubblica e Malattie Infettive Univ. La Sapienza – Roma