

La vaccinazione COVID-19 può proteggere gli altri? No, perché non previene l'infezione da SARS-CoV-2; anzi, inoculi ripetuti hanno prove di aumentare la trasmissione

Sommario. La vaccinazione COVID-19 può proteggere gli altri? No, per assenza da subito di prove di prevenire l'infezione da SARS-CoV-2, e per dimostrazione (almeno da marzo 2022 in poi) di **aumentare** la trasmissione con inoculi ripetuti, rispetto ai non vaccinati.

Tali conoscenze tolgono legittimità a obblighi vaccinali, Green Pass e restrizioni conseguenti, e validità alla narrazione, che persiste tuttora. È tempo che istituzioni e decisori prendano formalmente atto delle prove scientifiche e delle loro implicazioni.

Indice:

1. Era legittimo l'obbligo di vaccinare i sanitari e il personale scolastico, alla luce delle conoscenze già disponibili da agosto 2021? (ma non riportate per intero alla Consulta neppure nel 2022) **No, perché:...** pag. 1
 - 1a) l'obbligo di legge era per un vaccino (inesistente) che prevenisse l'infezione da SARS-CoV-2,..... pag. 1
 - 1b) **No**, perché da agosto 2021 le prove scientifiche avevano riconosciuto pubblicamente che la vaccinazione non poteva più prevenire la trasmissione del virus pag. 3
2. C'era razionalità scientifica nell'obbligo di vaccinare sanitari e personale scolastico per tutelare pazienti e frequentanti i luoghi d'istruzione? **No**, perché nel tempo l'effetto netto è persino oppostopag. 3
3. Alcuni degli errori metodologici e statistici che spiegano le diverse interpretazioni dei dati pag. 3
4. Proposte affinché il SSN prenda atto di quanto sopra e agisca di conseguenza pag. 6

1) Era legittimo l'obbligo di vaccinare i sanitari e il personale scolastico, alla luce delle conoscenze già disponibili da agosto 2021 (purtroppo non riportate alla Consulta, che anche a novembre 2022 si è basata solo su quanto riportavano le istituzioni sanitarie)?

1a) No, perché l'obbligo di legge era per un vaccino che prevenisse l'infezione da SARS-CoV-2. Non è mai stata legalmente riconosciuta tale funzione, ma solo quella di ridurre i sintomi della malattia COVID-19.

Il Parlamento aveva emanato una norma quadro sui contenuti della delega al Ministro della Salute per affrontare l'emergenza sanitaria con un vaccino. È l'art. 1, c. 457 della L. 178/30 dicembre 2020: *"Per garantire il più efficace contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV-2, il Ministro della Salute adotta con proprio decreto non regolamentare il piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2,..."*

La delega del Parlamento al Ministro è stata quindi circoscritta: un piano nazionale vaccinale, per (comma 460) "assicurare un servizio rapido e capillare per la somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 (...)."

Un vaccino si può utilizzare solo dopo un'autorizzazione al commercio, che è concessa per una specifica funzione prima sperimentata dall'EMA, che rilascia un parere sul rapporto favorevole rischi-benefici, poi approvata in via provvisoria e definitiva dalla Commissione Europea (CE).

L'ex Ministro della Salute si è presentato una sola volta davanti al Parlamento, il 2-12-2020, non per illustrare il piano strategico vaccinale, che non era ancora stato delegato ad attuare, ma solo per rilasciare un'"informativa". A quella data la CE non aveva autorizzato alcun vaccino, per nessuna funzione. Dunque, il Ministro non conosceva la funzione che la CE avrebbe autorizzato. Si era, però, nella fase finale della sperimentazione dei vaccini, per cui le case farmaceutiche avevano già divulgato gli esiti della sperimentazione, sintetizzati nella tabella riassuntiva pubblicata sul British Medical Journal (Doshi P. *Will COVID-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us.* BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4037>), che si riproduce:

Table 1 | Characteristics of ongoing phase III covid-19 vaccine trials

	Moderna	Pfizer	AstraZeneca (US)	AstraZeneca (UK)	Janssen	Sinopharm*	Sinovac
Vaccine name	mRNA-1273	BNT162	AZD1222	AZD1222	Ad26.COV2.S	Sinopharm vaccine	Sinovac CoronaVac
Registration No	NCT04470427	NCT04368728	NCT04516746	NCT04400838 (UK), NCT04536051 (Brazil), NCT04444674 (South Africa)	NCT04505722	NCT04510207	NCT04456595
Target enrolment	30 000	43 998	30 000	19 330	60 000	45 000	8870
Ages eligible	18+	12+	18+	5-12, 18+	18+	18+	18+
Protocol publicly available	Y	Y	Y	N†	Y	N	N
Notable excluded populations:							
Children and adolescents	Excluded	Many excluded	Excluded	13-17 excluded	Excluded	Excluded	Excluded
Immunocompromised patients	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded
Pregnant or breastfeeding women	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded	Excluded
Endpoints undergoing formal study‡:							
Prevention of symptomatic disease in vaccine recipient	Y	Y	Y	Y	Y	Presumably§	Y
Reduction in severe covid-19 (hospital admission, ICU, or death)	N	N	N	N¶	N	N	N
Interruption of transmission (person to person spread)	N	N	N	N	N	N	N

* This trial is separately randomising an inactivated SARS-CoV-2 vaccine (Vero cell) manufactured by Wuhan Institute of Biological Products Co and Beijing Institute of Biological Products Co.

† AstraZeneca has released the protocol for its stalled US trial but not its trial in UK, Brazil, and South Africa.

‡ Endpoints "undergoing formal study" include those listed as primary outcomes in ClinicalTrials.gov, publicly available study protocols, or those not listed as primary outcomes, but the company has confirmed that the study is powered sufficiently to find an effect (if one exists).

§ Sinopharm lists "incidence of COVID-19 cases" as a primary efficacy endpoint in its ClinicalTrials.gov entry.

¶ Trial registration (NCT04444674) lists the following primary endpoint: "Determine if there is a reduction of severe and non-severe COVID-19 disease in HIV-negative adults." This suggests a composite outcome that includes non-severe disease.

Sì

No

No

Il Ministro, dunque, doveva sapere che la funzione di *prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2* non era sperimentata, per cui i vaccini in via d'autorizzazione non si sarebbero mai potuti usare per tale finalità. EMA non avrebbe potuto rilasciare alla CE il parere preventivo sul rapporto favorevole rischi/benefici indispensabile per autorizzare i vaccini Pfizer, Moderna, AstraZeneca a **prevenire le infezioni da SARS-CoV-2**, funzione invece prevista e autorizzata dal Parlamento italiano.

Come da loro dichiarato, **EMA e CE non hanno mai autorizzato vaccini per prevenire le infezioni da SARS-CoV-2**.

Malgrado l'assenza dei presupposti per finalizzare l'acquisto di vaccini per prevenire l'infezione, il Ministro ha 'informato' il Parlamento in data 2-12-2020 di aver opzionato dosi ingenti delle suddette marche di vaccini. Ha dunque disposto l'acquisto di farmaci prima di verificare che avessero la funzione stabilita dal Legislatore.

La realtà normativo-scientifica prospettata era erronea, e su tale errore il Parlamento ha votato l'Informativa. Il 2-1-2021 il Ministro ha emanato un decreto non regolamentare – in presunta attuazione della Legge 178/2020 (art. 1, c. 457)– definendolo in modo formale 'Piano strategico nazionale dei **vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2**'. All'art. 1, comma 2, del decreto, ha ribadito che il piano era finalizzato a contenere l'epidemia da SARS-CoV-2, confermando di aver ben compreso l'obbligo di adottare vaccini con questa funzione. Ma all'art. 2 dello stesso decreto il Ministro ha introdotto scivolosamente un'aggiunta lessicale ben diversa, aggiungendo una 'barra': "vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19". E il decreto elenca solo marche e produttori di vaccini anti-COVID-19.

In allegato a tale decreto, l'ex Ministro ha presentato, inoltre, il documento: 'Vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 - Piano strategico: elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale'. Sebbene il documento riportasse la data del 2 gennaio 2021 – risultava aggiornato al 12 dicembre 2020. Nel documento il Ministero ha ribadito la nuova manipolatoria formulazione del Piano vaccinale, discostandosi dal dettato della Legge 178/2020 sia per gli obiettivi (vaccinazione anti-SARS-CoV-2), sia per i vaccini adottati (solo anti-COVID-19).

L'ex Ministro ha emesso, in seguito, il Decreto 12 marzo 2021: 'Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini **per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2**', costituito dal documento «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021, nonché dal documento con «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021.

Anche nel Decreto del marzo 2021 il Ministero ha di nuovo abbinato, sovrapponendole, le nozioni di SARS-CoV-2 e COVID-19. Con tale espediente ha modificato di nuovo il contenuto dell'originaria dicitura unica "SARS-CoV-2", di cui alla legge di delega 178/2020. Ciò in violazione del pilastro scientifico della netta differenziazione tra agente virale e malattia, come esplicitata dall'OMS e dalla comunità scientifica. Tale artificio ha consentito in modo ingannevole di inserire nei piani vaccinali, per adempiere all'**obbligo vaccinale previsto per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2** (interrompere la trasmissione dei contagi), **vaccini autorizzati per altra diversa funzione, di prevenzione della malattia COVID-19**, che possono proteggere dalla malattia, in modo più o meno efficace, ma **non impedire di contagiare altri**.

Non attua, dunque, **l'unica funzione che avrebbe soddisfatto anche il primo requisito costituzionale per poter imporre un obbligo di trattamento**. Se alla Consulta si fosse ben spiegato ciò, non avrebbe potuto avallare gli obblighi.

I vaccini, come tutti i farmaci, si possono usare *off-label*, cioè per indicazioni diverse da quelle per cui sono stati approvati. Ma tale uso richiede, comunque, un riconoscimento dell'AIFA. AIFA ha dichiarato ufficialmente che non esistono in

commercio vaccini anti-SARS-CoV-2, e che non ha mai autorizzato i vaccini anti-COVID-19 per l'uso *off-label* anti-SARS-CoV-2. Nell'elenco dei farmaci adottati in Italia non risultano vaccini autorizzati contro l'infezione da SARS-CoV-2.

Il piano vaccinale che ha obbligato all'uso *off-label* dei vaccini anti-COVID-19 per la **prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2** è stato un provvedimento amministrativo illegittimo dell'ex Ministro della Salute, che ha violato la Legge 648/1996, la Legge 94/1998 sull'uso speciale dei farmaci (nota come 'Legge Di Bella'), il DM 18-5-2001, il DM 8-5-2003.

Il 16/7/2026 la Commissione d'Inchiesta COVID ha audito la dr.ssa Popoli, già direttrice nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e presidente della Commissione tecnico-scientifica AIFA. Richiesta se AIFA avesse **autorizzato off-label vaccini** per prevenire l'infezione da SARS-CoV-2, ha risposto che AIFA non può certo aggiungere quanto non autorizza EMA, che non risulta avesse approvato la prevenzione del contagio.

NB: la fonte nazionale che ha divulgato dati d'asserita efficacia dei vaccini anti-COVID-19 nel prevenire il contagio virale è l'ISS, nei Bollettini Epicentro. In risposta a un FOIA, l'ISS ha precisato il 12/8/2026 di non aver acquisito i dati direttamente, ma dai test dei 651 laboratori periferici (soprattutto privati), di cui a una lista del Ministero della Salute. Ma quei laboratori usavano dispositivi in vitro illegali, perché non validati dall'INMI Spallanzani, a ciò obbligato da vari DPCM succedutisi da novembre 2020 (v. dichiarazione dr.ssa Capobianchi al Tribunale Penale di Rimini, verbali disponibili a richiesta, confermata dal prof. Ippolito, già Direttore scientifico INMI, nell'audizione del 4 giugno 2026).

Inoltre, nessuno dei 62 dispositivi utilizzabili dai laboratori in Italia, tra le centinaia in commercio, rispetta i requisiti tecnico-scientifici previsti per una corretta diagnostica da OMS ed ECDC. Nessuna autorità sanitaria pubblica ha mai controllato la veridicità degli esiti dei test dei laboratori privati, né in itinere né dopo. I cicli d'amplificazione usati di regola eccedevano le linee guida tecniche OMS, ECDC e ministeriali. L'ISS non conosce neppure le marche dei dispositivi usati dai laboratori. I dati d'asserita efficacia dei vaccini anti-COVID-19 nel prevenire l'infezione divulgati dall'ISS sul Bollettino Epicentro sono dunque inutilizzabili, derivando da dispositivi illegali e inattendibili, fatti salvi possibili reati conseguenti alla loro divulgazione.

L'inefficacia sostanziale dei vaccini anti-COVID-19 nel contrastare *l'infezione da SARS-CoV-2* era stata segnalata alle autorità politiche dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) sin dai primi mesi. Nel verbale n. 4 del 29-3-2021, cioè il giorno precedente l'introduzione dell'obbligo vaccinale (art. 4 DL n. 44/2021), il CTS aveva rilasciato il seguente parere medico-scientifico: **"le conoscenze scientifiche attuali non consentono di escludere la capacità di contagio nei soggetti vaccinati, pur asintomatici"**. Ciò, però, non ha impedito al Ministro della Salute di procedere violando i mandati.

1b) No, perché le prove scientifiche avevano già riconosciuto pubblicamente da agosto 2021 che, almeno a partire dalla variante Delta, la vaccinazione non poteva più in alcun modo evitare la trasmissione del virus.

L'assenza di dati sulla trasmissibilità era stata formalmente ammessa da EMA in risposta alla richiesta di 14 Europarlamentari; tuttavia, più di due anni prima l'ammissione esplicita era stata fatta in TV dalla stessa Direttrice dei CDC USA, dopo la pubblicazione il **30 luglio 2021** sul Bollettino ufficiale dei CDC degli esiti della macroepidemia nel Massachusetts, in cui i vaccinati si erano infettati non meno dei non vaccinati, persino con qualche ricovero in più... A quanto pare questa informazione essenziale, accessibile a chiunque avesse monitorato con capacità critiche la produzione scientifica in progress, non è tuttora generalizzata in Italia.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Marcel de Graaff MEP
European Parliament
ASP 06E240
60, rue Wiertz / Wiertzstraat 60
B-1047 Brussels
Belgium

Email: marcel.degraaff@europarl.europa.eu

18 October 2023
EMA/451828/2023
European Medicines Agency

In realtà questi dati erano
chiari dall'agosto 2021...
(parola di Direttrice CDC)

Assenza di dati sulla trasmissibilità

Dear Honourable Members of Parliament Marcel de Graaff, Gilbert Collard, Francesca Donato,....
Thank you for your letter of 4 October 2023 in which you call for the suspension of the marketing authorisation of the mRNA COVID-19 vaccines Comirnaty and Spikevax.

....

You are indeed correct to point out that COVID-19 vaccines have not been authorised for preventing transmission from one person to another. The indications are for protecting the vaccinated individuals only.

The product information for COVID-19 vaccines clearly states that the vaccines are for active immunisation to prevent COVID-19. In addition, EMA's assessment reports on the authorisation of the vaccines note the lack of data on transmissibility.

Morbidity and Mortality Weekly Report

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, DrPH²; Rebecca T. Sabo, MPH²; Noemi Hall, PhD²; Anne Foreman, PhD²; Petra L. Schubert, MPH¹; Glen R. Gallagher PhD¹; Timelia Fink¹; Lawrence C. Madoff, MD¹; Stacey B. Gabriel, PhD²; Bronwyn MacInnis, PhD²; Daniel J. Park, PhD²; Katherine J. Siddle, PhD²; Vaira Harik, MS¹; Deirdre Arvidson, MSN¹; Taylor Brock-Fisher, MSc¹; Molly Dunn, DVM¹; Amanda Kearns¹; A. Scott Laney, PhD²

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"

NEW TONIGHT
WOLF ONE-ON-ONE WITH CDC DIRECTOR WALENSKY
Dr. Rochelle Walensky | CDC Director

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

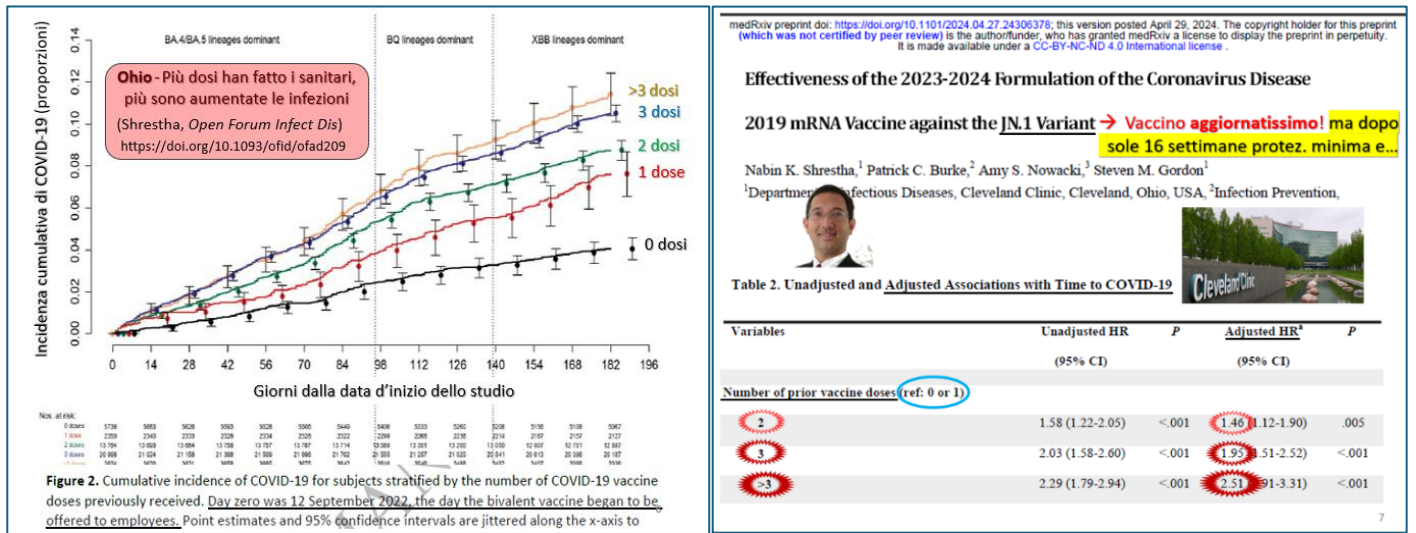
2) Vi era razionalità nell'obbligo di vaccinare sanitari e personale scolastico per tutelare pazienti e studenti, in base alle conoscenze scientifiche? (a maggior ragione da marzo 2022: v. Prunas O et al, doi: 10.1126/science.abl4292. Table 1)

No, perché le prove che da allora si sono accumulate, ormai forti e coerenti, mostrano che **i soggetti con più inoculazioni sono più suscettibili a infettarsi** (e di conseguenza a trasmettere il virus) **rispetto ai non vaccinati**.

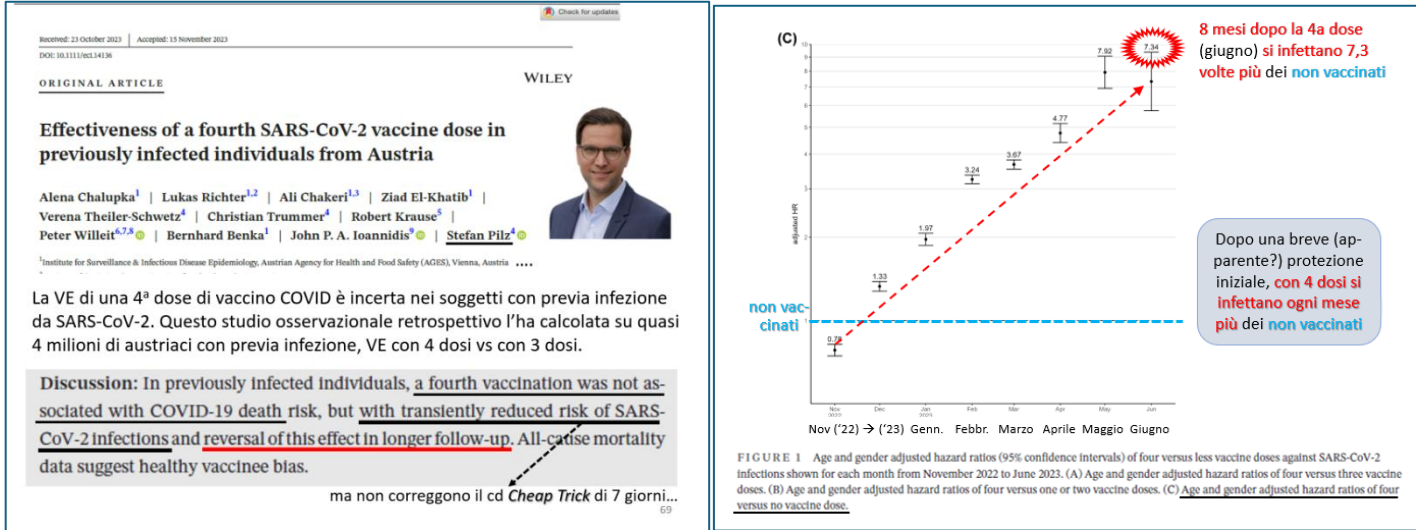
Non vale obiettare che la Consulta abbia considerato costituzionale l'obbligo vaccinale. Ciò è vero, ma era stato solo possibile ricorrendo al principio dell'"ora per allora", e come chiaramente stabilito dal **Tribunale di Velletri, Sentenza n. 1493/2024 del 24/10/2024**: "26. La sentenza n. 15/2023 ha efficacia erga omnes, ma ha valore dichiarativo e non costitutivo, essendo di rigetto e non di accoglimento delle questioni di legittimità costituzionale

sollevate e per effetto della mutevolezza nel tempo dei dati tecnico-scientifici, la pronuncia ha valore erga omnes ed è vincolante, ma rebus sic stantibus, ossia fermi restando i presupposti tecnico-scientifici noti [n.d.r.: o per meglio dire “resi noti” alla Consulta dalle uniche fonti istituzionali che essa ha ritenuto di considerare, in ossequio al ‘principio di autorità/titolarità’, e scotomizzando i riferimenti all’evidence based medicine, cioè alla ‘medicina basata sulle prove’] nel momento storico della pronuncia medesima; non potendosi escludere un superamento di quei dati per effetto di nuove e ulteriori conoscenze scientifiche.” (n.d.r.: che oggi si stanno affermando in modo definitivo; si esaminino in proposito le prossime immagini allegate, a solo titolo d’esempio, perché le prove sono ormai sovrabbondanti).

Quando si è offerto il vaccino bivalente ai 51 mila operatori della clinica Cleveland dell’Ohio (le vaccinazioni ammettevano esenzioni per motivi di salute o religiosi), si sono monitorate le reinfezioni per 200 giorni. **Rispetto ai non vaccinati, i vaccinati con 1 dose si sono reinfettati il doppio, con 3 dosi il triplo, con >3 dosi ancor di più.** Ciò si è ripetuto anche con un vaccino dichiarato ancor ‘più aggiornato’...

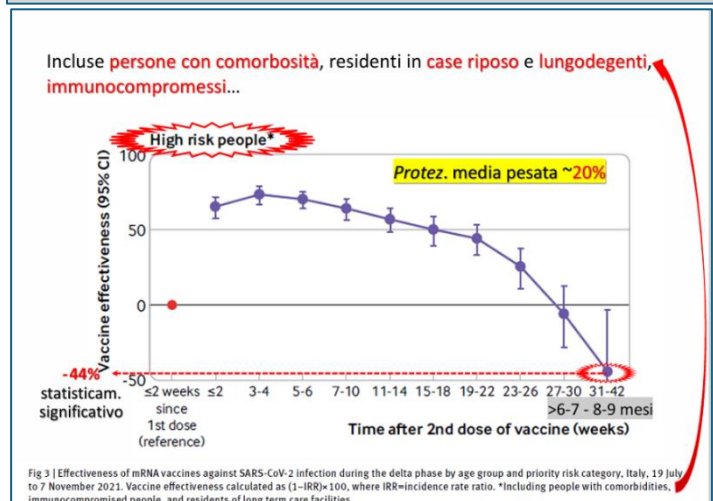
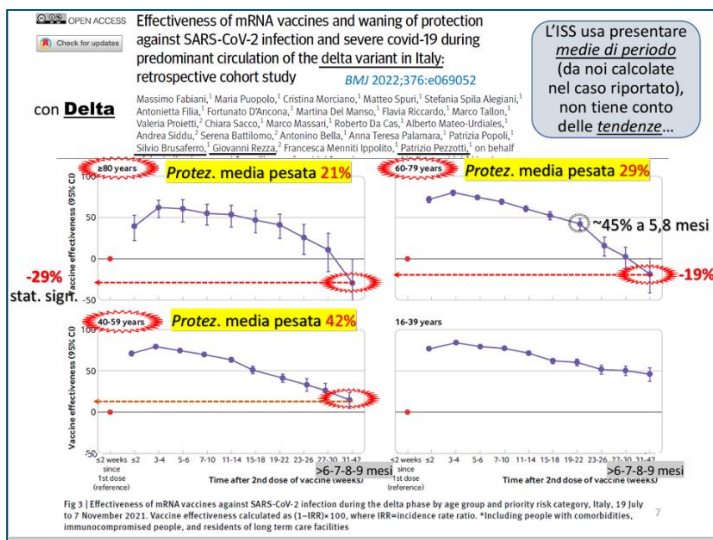


In uno studio in Austria su 4 milioni di persone che avevano già contratto una COVID-19, i soggetti con 4 dosi hanno mostrato una modesta protezione iniziale dall’infezione, che però di mese in mese si è invertita sempre più, tanto che a 8 mesi dalla 4^a dose i quadridosati si sono infettati 7,3 volte più dei non vaccinati.



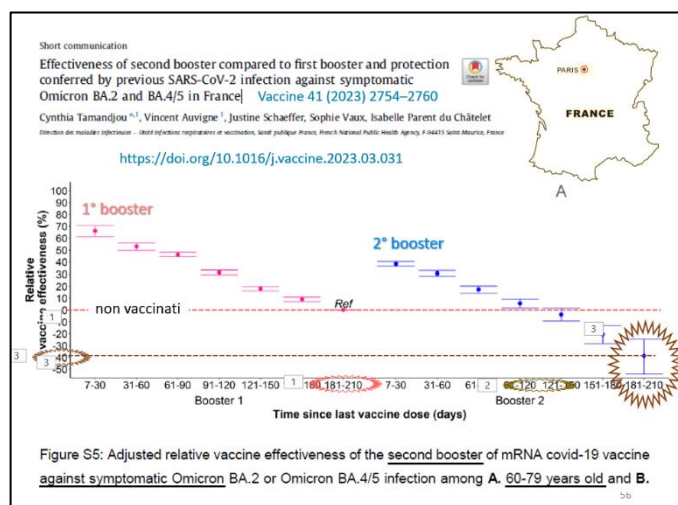
3) Alcuni degli errori metodologici e statistici che spiegano le diverse interpretazioni dei dati disponibili

Molti saranno increduli di fronte a informazioni così dissonanti da una narrazione reiterata per anni. Com’è possibile che tanti esperti in buona fede si siano ingannati per anni? Iniziamo a spiegare alcuni primi importanti meccanismi/trappole cognitive, che hanno portato oggettivamente fuori strada nell’interpretare i dati.

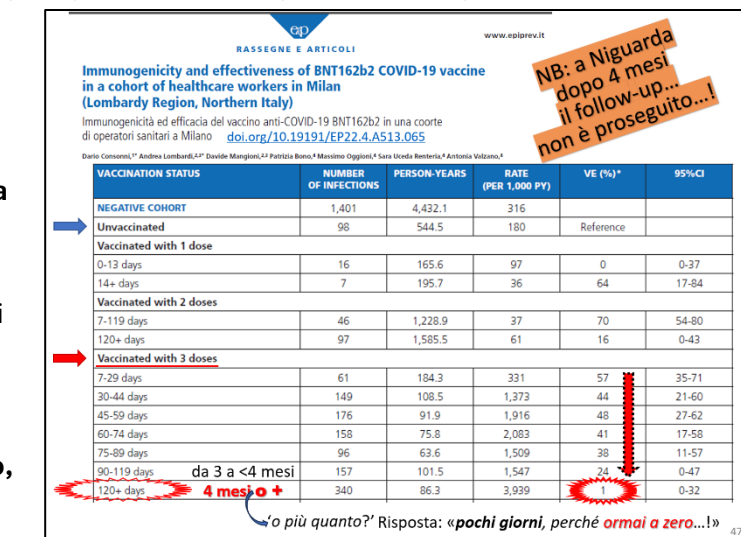


Assumere che la protezione dall'infezione che appare nei primi mesi sia costante, o che declini lentamente.

Ciò è smentito già dal primo grande studio dell'ISS su tutti gli italiani, pubblicato sul *BMJ* nel febbraio 2022. Come si vede, negli anziani dopo 8 mesi la **protezione** era già **negativa** rispetto ai non vaccinati, e le cose andavano anche peggio in fragili, cronici o immunodepressi, dove già dai 6 mesi si vedeva l'inversione. Lo stesso accadeva in Francia:



nei tridosati la protezione era già a zero dopo 6 mesi, per precipitare a **-40%** dopo 6 mesi nei quadridosati.

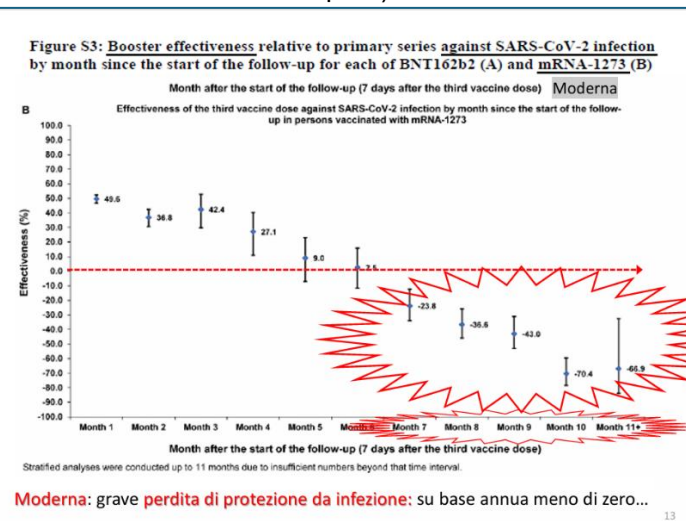
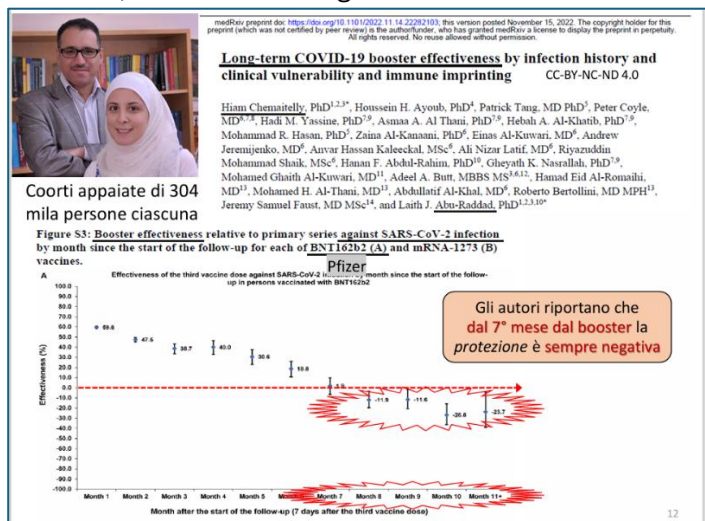


a) Rifiutare l'idea che il declino di protezione dia una efficacia negativa, minore che nei non vaccinati

In questo studio all'Ospedale Niguarda, a 4 mesi dalla 3^a dose la protezione è scesa a zero, e gli autori hanno chiuso il follow-up, pensando che non potesse scendere ancora!

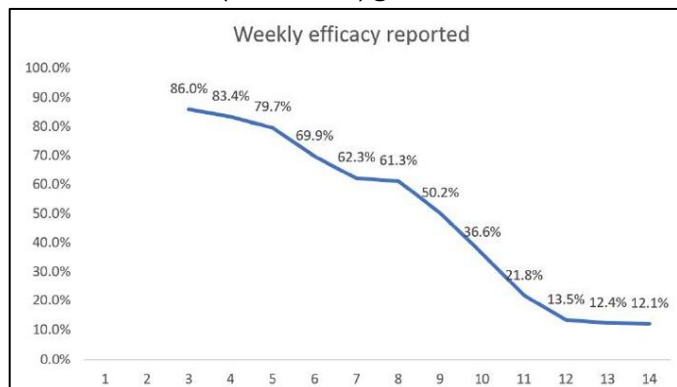
b) Non considerare che, in un sufficiente lasso di tempo, l'effetto netto totale possa risultare negativo.

Le due slide sotto riprodotte da uno studio nazionale in Qatar mostrano che, nell'arco di 11 mesi (in adulti abbastanza sani), dal 7^o mese la protezione diventa negativa (cioè i vaccinati si infettano più dei non vaccinati, con cenni di recupero agli 11 mesi, per possibile effetto di reinfezioni naturali, che sommano agli effetti dei vaccini un transitorio ulteriore stimolo anticorpale).



Queste tendenze, nel tempo e ripetendo le dosi, possono dare forti eccessi di infezioni nei vaccinati (v. gli austriaci con 4 dosi, al punto **2**) di pag. 4).

c) Considerare normale classificare come non vaccinati soggetti nei primi 14 giorni successivi a ogni inoculo. Purtroppo, in gran parte del mondo gli studi adottano uno spostamento sistematico dei risultati delle iniezioni vaccinali nei 14 giorni successivi a ciascuna iniezione, trasferendoli allo stato vaccinale precedente. Cioè, quanto accade nei 14 (o 7, o 21...) giorni successivi alla 1ª iniezione si imputa al gruppo dei non vaccinati, e quanto accade



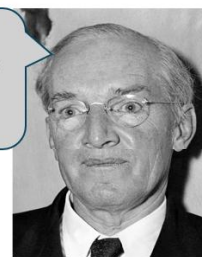
nei primi 14 giorni dopo rispettivamente la 2ª, 3ª, 4ª iniezione si (retro)attribuisce ai soggetti che erano a dose singola, doppia o tripla...). Tale spostamento provoca un'illusione statistica, che mostra un'efficacia vaccinale fittizia anche con un vaccino inerte (v. immagine a lato), o che può persino mostrare un'efficacia positiva (almeno nei primi mesi) con un vaccino con efficacia negativa, come hanno dimostrato i prof. Norman Fenton e Martin Neil (già Matematico e Statistico bayesiano alla Queen Mary University di Londra).

Compresa tale scioccante illusione statistica, illustrata nei Comunicati CMSi [n. 8](#) e [n. 9](#), avevamo richiesto di presentare i

dati *anche* senza lo *shift* dei 14 giorni, riportando fedelmente tutto quanto accade, nel bene e nel male, dall'istante di ciascuna inoculazione, a differenza di quanto si fa oggi. L'ISS non ha aderito alla richiesta, e neppure risposto. Per paradosso, produttori e istituzioni hanno anzi usato la documentata perdita d'efficacia dopo i primi mesi come argomento per spingere i *booster* vaccinali, presentati come modo per ristabilire una protezione che svaniva. Per finire, la suddetta **illusione statistica** gonfia efficacia e sicurezza vaccinali non solo verso le infezioni, ma verso tutti gli esiti, compresa la mortalità, come proveremo nel prossimo Comunicato, con i dati di una regione italiana.

d) Sottovalutare l'effetto della pressione sociale a favore della narrazione dominante, e di molteplici e spesso inconsapevoli conflitti di interessi.

È difficile far capire qualcosa a qualcuno quando il suo stipendio (carriera, reputazione...) dipende dal fatto che non capisca...



Upton Sinclair

4) Proposte perché il SSN prenda atto di quanto sopra e agisca di conseguenza

- Attendiamo un riscontro da parte del Ministero della Salute, a differenza di quanto accaduto con i precedenti 23 Comunicati della CMSi
- Chiediamo che si attivi un tavolo di lavoro presso il Ministero stesso, che verifichi con esperti istituzionali e rappresentanti della CMSi la documentazione scientifica disponibile sugli effetti delle vaccinazioni COVID-19 sull'infezione e trasmissione del virus SARS-CoV-2...
- ... e di concordare un tempo ragionevole entro il quale arrivare a posizioni condivise, che includano una possibile revisione delle raccomandazioni vaccinali e delle informazioni da comunicare alla popolazione, anche ai fini dell'espressione di consensi informati realmente validi.
- In alternativa, di concordare e attivare equi confronti pubblici in contraddittorio.
- Con chi dissenta dai contenuti di questo Comunicato, auspichiamo comunque l'attivazione di equi confronti scientifici in contraddittorio, anche a porte chiuse se richiesto. La CMSi dà fin d'ora la propria disponibilità.

Per la Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi):

Dott. Alberto Donzelli, Dott. Marco Alessandria, Prof. Marco Cosentino, Dott. Maurizio Federico, Dott.ssa Loredana Frasca, Dott.ssa Patrizia Gentilini, Prof. Eduardo Missoni, Dott. Panagis Polykretis, Dott. Sandro Sanvenere, 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 - Roma
- Prof. Giovanni Frajese, Università di Roma "Foro Italico"
- Prof. Stefano Petti, PhD. Top 2% scienziati mondiali (classifica Univ. Stanford) Dip. Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Univ. La Sapienza - Roma
- Dott.ssa Laura Teodori, già Dirigente di Ricerca, già Prof. a contratto di Rischio Biologico.