Riflessioni critiche sulle politiche vaccinali contro la COVID-19 e l'utilizzo del dispositivo denominato "Certificato verde" o *Green Pass*

Siamo un gruppo di ricercatori, tecnologi e addetti alla ricerca. Sentiamo la necessità di esprimerci come lavoratori qualificati nell'analisi scientifica perché pensiamo che la nostra voce e la nostra esperienza possano dare un contributo importante al grave momento che stiamo attraversando.

La Scienza da sempre si fonda su tre principi: il dubbio, la ricerca ed il confronto. Crediamo anche che la Scienza sia un bene pubblico, che non dovrebbe essere politicizzata tantomeno seguita ciecamente, ma essere considerata in modo equo. Su queste basi riteniamo sia possibile rivitalizzare, anche nel nostro Paese, un dibattito scientifico in materia di gestione della COVID-19, che ci risulta essere schiacciato da una Comunicazione che veicola univocamente messaggi improntati al mantenimento di uno stato di emergenza e paura permanenti.

A due anni dall'esordio della pandemia gli aspetti controversi sono molti e tali da meritare un approfondimento pubblico, imprescindibile per comprendere come far fronte a questa e alle potenziali altre minacce che possono presentarsi in futuro. Il presente documento vuole pertanto segnalare l'urgenza di un'analisi approfondita, condotta con approccio olistico e scientificamente fondata dello stato epidemico in atto, offrendo spunti di riflessione e confronto senza pretesa di essere completo, esaustivo e definitivo.

La nostra posizione si fonda su elementi cardine, sulla base dei quali ci auguriamo di riuscire ad aprire un confronto sereno ed oggettivo sulle questioni complesse che condizionano sostanzialmente il nostro vivere quotidiano.

1. Punti fermi

- *Siamo contro i vaccini?* No, non lo siamo. Siamo perplessi dalla diffusa percezione dei vaccini quale strumento salvifico e siamo critici verso l'attuale politica vaccinale usata per contrastare la malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2.
- *Neghiamo l'esistenza della malattia COVID-19?* No, riconosciamo che siamo in presenza di una pandemia, al di là della sua origine e delle sue caratteristiche, e siamo ragionevolmente consapevoli del pericolo che essa comporta per gli individui.
- *Siamo indifferenti ai vincoli che la vita sociale comporta?* No, ci riteniamo persone con un elevato senso di responsabilità sociale e riteniamo che uno Stato possa e debba adottare tutte le misure utili a preservare la salute di ogni singolo cittadino nel pieno rispetto delle regole democratiche, del dettato Costituzionale e dello Stato di Diritto.

2. Dati statistici

- L'aspettativa media di vita in Italia per il 2019, pari a 83,4 anni, si è essenzialmente confermata per il 2021 a 82,4[1] anni, similmente alla Norvegia, Spagna, Svezia e Svizzera.
- L'età media dei pazienti in Italia deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (età mediana 82 anni, più alta di oltre 35 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione: 45 anni). Di 130.468 pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 in Italia dall'inizio della sorveglianza al 5 ottobre 2021, 1601 (1,2%) avevano meno di 50 anni. Analizzando le cartelle cliniche dei deceduti, risulta che il 67,7 % aveva 3 o più patologie e solo il 2,9% non presentava alcuna patologia preesistente[2].
- La mortalità complessiva in Italia (per tutte le cause, non solo per COVID-19) evidenzia un eccesso netto nel 2021 rispetto al 2020 (+39%) per la fascia di età 15-64 anni, verso un eccesso invariato nella fascia over 65 anni[3].

---

[1] https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20210407-1

[2] ISS, ottobre 2021: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#6

[3] https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps

3. Motivazioni del dissenso

Nelle sezioni e paragrafi che seguono esprimiamo perplessità in merito all'attuale campagna vaccinale, alla gestione della pandemia e all'adozione del certificato COVID digitale dell'UE, che motivano questo manifesto di dissenso. Come premessa riteniamo che vaccinazione e certificazione verde siano due azioni ben distinte e separate.

A) Vaccini e campagna vaccinale

1. Protezione individuale da vaccino – Se i vaccini proteggono dall'insorgere di sintomi gravi della COVID-19, sono sempre di più gli studi che rivelano una decadenza progressiva ed importante della protezione nei mesi successivi alla inoculazione[4,5,6]. Simultaneamente, aumentano analisi e dichiarazioni sulle differenze tra immunità naturale e acquisita dal vaccino, con la prima che risulta essere più duratura e robusta[7] della seconda – eliminando pertanto la necessità di vaccinarsi ulteriormente – peraltro acquisita anche dagli asintomatici e dai paucisintomatici[8].

2. Protezione sociale da vaccino - I vaccini attualmente in uso sembrano assolvere solo parzialmente al contenimento della diffusione del virus. E' ormai ampiamente riconosciuto che il contagio si diffonde anche attraverso le persone vaccinate, la cui immunità non è in grado di bloccare la circolazione del virus e la generazione di varianti[9,10,11]. Gli attuali vaccini anti-COVID-19, se proteggono il vaccinato dallo sviluppo di forme gravi della malattia, non bloccano la circolazione del virus o la generazione di varianti e, pertanto, non sembra siano in grado di proteggere nella stessa misura la comunità. L'immunizzazione parziale fornita da vaccini che limitano solo in parte la trasmissione, infatti, rende possibile lo sviluppo di ceppi iperpatogeni e crea condizioni che promuovono l'emergere di malattie più gravi nella popolazione[12].

3. Reazioni avverse dei vaccini - Esistono effetti collaterali dei vaccini, sicuramente sul breve periodo[13], mentre sul lungo periodo non sono ancora adeguatamente valutabili perché:
    a. I vaccini sono tuttora oggetto di sperimentazione[14]. L'autorizzazione dell'EMA ai vaccini è 'condizionata' proprio per mancanza di informazioni di lungo periodo e i trials delle principali cause farmaceutiche non sono ancora conclusi (Pfizer ad esempio

---

[4] Tartof et al. (2021) Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA: a retrospective cohort study. The Lancet, VOL. 398 (10309), pp. 1407-1416

[5] https://www.science.org/content/article/grim-warning-israel-vaccination-blunts-does-not-defeat-delta

[6] Andrews et al. (2021) Vaccine effectiveness and duration of protection of Comirnaty, Vaxzevria and Spikevax against mild and severe COVID-19 in the UK. Pre-print https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.15.21263583v2

[7] 140 Research Studies Affirm Naturally Acquired Immunity to Covid-19: Documented, Linked, and Quotedhttps://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/

[8] Gazit et al. (2021) Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. Pre-print: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1

[9] Eyre et al. (2021). The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission. Pre-print - https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264260v2

[10] Singanayagam et al. (2021) Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. Lancet Infectious Diseases, DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4

[11] Van Vin Chau et al. (2021). Transmission of SARS-CoV-2 Delta variant among vaccinated healthcare workers, Vietnam. Ottobre 2021. Pre-print https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733

[12] Read AF, Baigent SJ, Powers C, Kgosana LB, Blackwell L, Smith LP, et al. (2015). Imperfect vaccination can enhance the transmission of highly virulent pathogens. PLoS Biol 13(7): e1002198. doi:10.1371/journal.pbio.1002198

[13] https://openvaers.com/covid-data/

[14] https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728

prevede di chiuderli nel 2023) e ci sono denunce sulla loro integrità etica riportate nell'autorevole BMJ[15];

b. L'ampliamento della dimensione del campione di vaccinati, sebbene aumenti le probabilità di conoscere rischi rari, non consente di identificare le implicazioni di medio-lungo termine sull'organismo, che potrebbero manifestarsi attraverso diversi indicatori biologici[16];
c. Ad oggi non esistono studi relativi al potenziale di cancerogenicità e genotossicità associati alla somministrazione di vaccini ad mRNA, nonostante esiste almeno uno studio che dimostra come la genotossicità dell'mRNA non sia nulla[17]. Il dubbio riguardo al fatto che tali studi siano inopportunamente ed illegittimamente omessi è stato espresso da una rivista che si occupa di mutagenesi prima ancora che cominciasse la campagna vaccinale[18];
d. Secondo test clinici randomizzati confrontando 2 popolazioni equivalenti di persone inoculate e sottoposte a placebo[19], non vi è differenza nella mortalità complessiva (per tutte le cause) fra le due popolazioni a distanza di 6 mesi di monitoraggio[20].

4. Principio di precauzione, bambini e gravidanza - Aspetto fondamentale da considerare in ogni trattamento sanitario è il rapporto rischi/benefici, a maggior ragione se parliamo di un trattamento sperimentale[21]. Questo rapporto si sposta a favore dei rischi man mano che scende la fascia di età considerata. In particolare, il tasso di mortalità da COVID-19 nei bambini-adolescenti (senza alcuna morbilità pregressa) rasenta lo zero[22], mentre è significativo l'aumento del rischio di effetti avversi, anche gravi, ai vaccini[23]. Già questo dato dovrebbe far riflettere sull'opportunità di vaccinare i più giovani[24]. E' proprio in questa fascia di età che danni a lungo termine devono necessariamente essere presi in considerazione[25]. Similmente essendo i bambini e gli adolescenti rappresentati per una piccolissima percentuale nei trial sperimentali dei vaccini, il campione ad oggi non appare ancora adeguatamente rappresentativo[26]. Nel caso particolare della fascia di età 5-11 anni, è la stessa Pfizer ad affermare che "il numero di partecipanti all'attuale programma di sviluppo clinico è troppo piccolo per rilevare potenziali rischi di miocardite associati alla vaccinazione" e che la sicurezza a lungo termine verrà indagata con studi post-autorizzazione incluso uno

---

[15] Thacker, P. D. (2021). Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial. BMJ, 375, n2635. https://doi.org/10.1136/bmj.n2635

[16] Gundry (2021) Mrna COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: a Warning. Circulation 2021;144:A10712

[17] Schlaeger et al. (2015) A comparison of non-integrating reprogramming methods. Nat. Biotechnol., 33(1): 58–63. https://doi.org/10.1038/nbt.3070

[18] Cimolai N. (2020). Do RNA vaccines obviate the need for genotoxicity studies? *Mutagenesis*, 35:509-510, https://doi.org/10.1093/mutage/geaa028

[19] Sahly et al. (2021) E fficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase. N Engl J Med 2021; 385:1774-1785 DOI: 10.1056/NEJMoa2113017 – Appendix: https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2113017/suppl_file/nejmoa2113017_appendix.pdf

[20] https://brownstone.org/articles/vaccine-mandates-unscientific-divisive-and-enormously-costly/

[21] Hernándezet al. (2021). Safety of COVID-19 vaccines administered in the EU: Should we be concerned? Toxicology Reports, 8, 871–879. https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2021.04.003

[22] A. Goenka et al., "Young infants exhibit robust functional antibody responses and restrained IFN-gamma production to SARS-CoV-2," Cell Rep Med, vol. 2, no. 7, p. 100327

[23] D. Mevorach et al. (2021) "Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel," New England Journal of Medicine, 2021

[24] http://www.assis.it/vaccinazioni-pediatriche-anticovid-19-16-motivi-per-dire-no-non-avere-fretta-di-vaccinare-tuo-figlio/

[25] https://www.huffingtonpost.it/entry/dubbi-sui-vaccini-ai-bimbi-ci-scrive-lassociazione-coscienze-critiche_it_61965989e4b0ae9a429cd17c?utm_hp_ref=it-homepage

[26] Kostoff et al. (2021), Why are we vaccinating children against COVID-19?, Toxicology Reports

studio di follow-up di cinque anni[27]. Una sperimentazione così condotta manca quindi del basilare principio di massima precauzione e non permette di evidenziare quegli effetti che verrebbero fuori da una vaccinazione di massa.

Allo stesso modo, le informazioni mancanti a cui si riferiscono EMA e OMS riguardano anche l'uso del vaccino in gravidanza e durante l'allattamento a causa della stessa mancata inclusione di queste categorie di popolazione nei trial clinici, come riporta il modulo del consenso informato dei vaccini Pfizer e Moderna. Alla luce di queste considerazioni si ritiene non suffragata dalla scienza e non in linea con il principio di precauzione la scelta politica di mettere in atto una campagna vaccinale sull'intera popolazione sopra i 12 anni incluse le donne in gravidanza e allattamento.

5. Immunità di gregge - A dispetto delle numerose statistiche che intasano il dibattito pubblico, rimane complessa e non univocamente interpretabile la correlazione tra vaccinazioni e casi positivi[28,29,30]. L'immunità raggiunta risulta inoltre influenzata da fattori quali l'età, stato metabolico e morbilità presenti[31,32], che rendono improbabile il raggiungimento del 100% di copertura vaccinale. Oltretutto, i vaccini attualmente in uso sono stati formulati sulle varianti sviluppate in fase iniziale della pandemia e, conseguentemente, gli anticorpi prodotti dalla vaccinazione potrebbero non riconoscere le varianti più recenti del SARS-CoV-2. Questo renderebbe inefficiente o scarsamente efficiente il vaccino e favorirebbe la selezione preferenziale di mutanti più virulenti. La progressiva riduzione di efficacia dei vaccini sia nel tempo sia, soprattutto, verso varianti emergenti sembra confermare questo possibile effetto. La nuova variante sudafricana (la *omicron*), recentemente riconosciuta, presenta addirittura 32 mutazioni della proteina *spike*, verso le quali i vaccini esistenti potrebbero non essere efficaci. Data l'estrema variabilità virale (peraltro ben nota per tutti i virus a singolo filamento di RNA) l'immunità di gregge non può rappresentare un obiettivo verosimilmente raggiungibile.
6. Universalità dell'approccio - Dopo decenni di ricerca biomedica si è arrivati alla medicina di precisione che supporta la produzione di trattamenti farmacologici in base alle caratteristiche degli individui. Questa evoluzione è stata soppiantata da una gestione della ricerca scientifica e campagna vaccinale che mirano ad ottenere ed applicare un trattamento il più possibile universale. Quanto al futuro, l'atteggiamento di ricorrere al vaccino come unica strategia possibile sembra non dover subire un cambiamento di rotta, vista la pronta approvazione da parte dell'EMA della terza dose per tutti gli over 18 e per i bambini in età pediatrica. Si fa strada intanto l'idea che l'inoculazione diventi un appuntamento sistematico, annuale o addirittura semestrale/trimestrale, data la sua limitata efficacia nel tempo.

B) Green Pass

1. Copertura vaccinale e green pass (GP) - Non esiste alcun documento scientifico che attesti l'assoluta efficacia della vaccinazione anti SARS-CoV-2 nel prevenire la diffusione del contagio (vedi anche punti A1 e A2). Viceversa, i documenti ad oggi disponibili, diffusi dalle

---

[27] Pfizer (2021). BNT162B2 COMIRNATY (COVID-19 VACCINE, MRNA). Vaccines and related biological products - Advisory committee briefing document. 26 October 2021

[28] https://public.flourish.studio/story/722265/?fbclid=IwAR2dVggNfJgihlhig7o62uoH-GQ1WsRHdYwnmNNl47GQ-GYTzufLufk97a0

[29] Subramanian & Kumar (2021). Increases in COVID- 19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. European Journal of Epidemiology. https://doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7

[30] https://probabilityandlaw.blogspot.com/2021/11/is-vaccine-efficacy-statistical-illusion.html

[31] M. Krutikov et al. (2020) "Study Protocol: Understanding SARS-Cov-2 infection, immunity and its duration in care home residents and staff in England (VIVALDI)," Wellcome Open Res, vol. 5, p. 232

[32] W. N. Chia et al. (2021) "Dynamics of SARS-CoV-2 neutralising antibody responses and duration of immunity: a longitudinal study," The Lancet Microbe, vol. 2, no. 6, pp. e240-e249

stesse aziende farmaceutiche, nonché dai principali enti sanitari nazionali ed internazionali, sanciscono il rischio (sia pure in misura ridotta) di trasmissione del virus da parte dei soggetti vaccinati. Fatto attestato anche dal mantenimento praticamente inalterato delle misure di prevenzione del contagio già previste prima della vaccinazione (come il distanziamento fisico e l'uso delle mascherine). Se ne induce il conseguente potenziale rischio di contagio sui luoghi di lavoro e in luoghi pubblici dove il lasciapassare verde 'da vaccino' sarebbe considerato garanzia di immunità da contagio.

2. Green pass come ricatto - Nella forma in cui è stato concepito, ovvero quello di 'obbligo surrettizio', il GP assume la veste di un vero e proprio ricatto di matrice unicamente politica, configurando un obbligo 'de facto' (per chi non può permettersi di pagare tre tamponi a settimana per vedersi riconosciuto il proprio diritto al lavoro, allo studio o a praticare l'attività sportiva nel caso ad esempio di giovani) e discriminando chi non offre il proprio consenso ad un trattamento sanitario.

3. Green pass come strumento di controllo - La tecnologia *blockchain* sulla quale il Green Pass si basa permette di collegare determinate informazioni e condizioni personali all'individuo alle quali si riferiscono, attuando di fatto una schedatura di massa, relegando alla scadenza di un codice digitale il diritto al lavoro e allo studio. Questa caratteristica rende il Green Pass estendibile alle forme di abilitazione più diverse: in base a condotte di comportamento o ad altri status (civile, fiscale, ecc.), oltre che a quello sanitario. Con la stessa preoccupazione osserviamo che con il decreto legge n. 139 dell'8 ottobre 2021, il governo ha messo mano alla legge 196/2003 sulla privacy, consentendo in maniera insindacabile "il trattamento dei dati personali da parte di un'amministrazione pubblica […] nonché da parte di una società a controllo pubblico statale […] per il pubblico interesse o per l'esercizio di pubblici poteri a essa attribuiti", dove "la finalità del trattamento è indicata dall'amministrazione stessa"; per di più eludendo il controllo preventivo del Garante della Privacy[33].

C) Gestione della pandemia (locale e globale)

1. Trattamenti terapeutici e preventivi - Alla luce del fatto che l'unico approccio sanitario globalmente applicato e su cui si stia veramente puntando è il vaccino, è essenziale ricordare, non solo che questo non risolve il problema per chi, per motivi di salute, non può vaccinarsi, ma che gli studi e l'esperienza sul campo hanno permesso di delineare trattamenti preventivi e concomitanti la malattia molto efficaci[34]. D'altra parte, a questo sviluppo di conoscenza ed esperienza non è stata affiancata un'adeguata attenzione e solerzia da parte degli organi commissariali e ministeriali competenti nel verificare e, laddove opportuno, valorizzare tali esperienze[35]. Allo stesso modo, non è stata sviluppata nessuna campagna informativa sulla prevenzione attraverso il rafforzamento naturale del sistema immunitario, così come scarso supporto è stato dato al sistema di medicina territoriale impegnato nel campo delle terapie domiciliari e precoci. Protocolli testati sul campo sono stati oggetto di interrogazioni parlamentari ma non sono stati accolti in diverse istanze da AIFA e dal Ministero della Salute[29]. Al contrario il protocollo ministeriale indica la procedura della 'vigile attesa' e la somministrazione di paracetamolo, sebbene già da ottobre 2020 fosse stato

[33] Il Garante della Privacy è attualmente impegnato in un'indagine relativa alla diffusione on line illecita di migliaia di certificati verdi attraverso una piattaforma di file sharing.

[34] https://www.terapiadomiciliarecovid19.org/ e https://ippocrateorg.org/

[35] Atto di Sindacato Ispettivo n° 3-02869 al Ministro della Salute: https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/showText?tipodoc=Sindisp&leg=18&id=1315569

evidenziato il suo effetto aggravante sulla malattia[36,37]. Difficilmente comprensibile appare anche la gestione delle terapie a base di anticorpi monoclonali: sebbene si siano dimostrati un trattamento ad elevata efficacia e sicurezza[38] nelle primissime fasi di insorgenza e in grado di fornire un effetto scudo prolungato nel tempo ed esteso alle diverse varianti, pur presenti nel portfolio di trattamenti COVID-19 della EU[39], sono stati palesemente sottoutilizzati e la loro disponibilità ed efficacia non adeguatamente promossa tra i medici di famiglia.

2. Sistema di farmacovigilanza - A fronte di una massiccia campagna di somministrazione di un farmaco vaccinale basato su una nuova tecnologia, la scelta di praticare una mera sorveglianza passiva è da considerarsi assolutamente inadeguata per almeno due motivi[40]:
    a. uno strumento di profilassi come il vaccino, somministrato a persone sane con una bassa probabilità di contrarre il virus in forma grave o disabilitante, deve superare una soglia di tollerabilità più severa di quella che si adotta per, ad esempio, un chemioterapico[41], secondo il principio di precauzione;
    b. è essenziale identificare qualsiasi segnale (anche apparentemente non grave) che possa essere indicativo di fenomeni pato-fisiologici (a breve/medio/lungo termine) attivati dal farmaco – tali segnali normalmente non emergono nella farmacovigilanza passiva, proprio perché generalmente trascurati dai soggetti coinvolti[42].

3. Iniquità a scala globale - Considerando l'egemonia globale della politica di vaccinazione in merito alla gestione della COVID-19, notiamo un'incongruenza tra la somministrazione del vaccino a scala mondiale e i principi di solidarietà internazionale[43], tra le misure di coercizione o liberalismo adottate in alcuni Stati ed il rispettivo andamento dell'epidemia[44], e tra le restrizioni in generale e le effettive dinamiche di circolazione e diffusione del virus, nelle sue diverse varianti, a scala globale. Inoltre, per assicurare che il vaccino sia un 'bene comune' come auspicano i poteri esecutivi e i portatori di interesse, è necessario che venga accompagnato da una potente campagna contro i privilegi legati a brevetti e diritti di proprietà intellettuale.

4. Etica nella ricerca scientifica in tempi di pandemia - L'obiettivo urgente di contenimento del virus ha generato una pressione verso un'accelerazione della ricerca e delle sperimentazioni per il vaccino. Questo, d'altro canto, solleva implicazioni scientifiche ed etiche importanti, che devono tener conto de "il valore e la validità scientifica, il bilanciamento tra rischi e benefici,

---

[36] Sestili and Fimognari (2020) Paracetamol-Induced Glutathione Consumption: Is There a Link With Severe COVID-19 Illness? Frontiers in Pharmacology. https://doi.org/10.3389/fphar.2020.579944

[37] Pandolfi et al. (2021) Paracetamol in the home treatment of early COVID-19 symptoms: A possible foe rather than a friend for elderly patients? J. Medical Virology DOI: 10.1002/jmv.27158

[38] Gupta et al. (2021) Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab, N. Engl. J. Med. Oct 2021, https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107934

[39] European Health Union: Commission establishes portfolio of 10 most promising treatments for COVID-19 (https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_21_5366)

[40] Shrestha et al. (2021) Adverse events related to COVID-19 vaccines: the need to strengthen pharmacovigilance monitoring systems. Drugs Ther Perspect. 2021 Aug 2:1-7. doi: 10.1007/s40267-021-00852-z. Epub ahead of print. PMID: 34366660; PMCID: PMC8327058.

[41] Shimabukuro et al. (2015). Safety monitoring in the vaccine adverse event reporting system (VAERS). Vaccine, 33(36), 4398-4405

[42] Chen et al. (2005) Special methodological issues in pharmacoepidemiology studies of vaccine safety. In: Strom BL (ed.) Pharmacoepidemiology. 4th John Wiley & Sons, Sussex

[43] Alla data del 13/10/2021 il 47,6% della popolazione mondiale ha ricevuto almeno una dose di vaccino anti-COVID-19. Del totale delle dosi somministrate, meno di un quarto (1,7Md/6,54Md) sono state destinate ai paesi a basso/medio reddito, mentre solo il 2,5% della popolazione dei paesi a basso reddito ha ricevuto almeno una dose (www.ourworldindata.org/covid-vaccinations).

[44] Germania ed Austria verso Svezia e Spagna ad esempio, o la Florida e il Texas verso gli Stati Uniti tutti

il rispetto delle persone, il primato del bene della persona rispetto agli interessi di avanzamento delle conoscenze, il rispetto del consenso, l'equa selezione dei partecipanti, la revisione indipendente"[45] (si veda anche la Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association e la Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa).

Da un'indagine del BMJ[46] è emersa l'esistenza di vari conflitti di interesse di esperti che autorizzano i vaccini contro la COVID-19 o di coloro che danno pareri su di essi. L'indagine sui comitati consultivi di esperti per i vaccini anti-COVID-19 ha sottolineato l'esistenza di significativi legami con l'industria non sempre rivelati con trasparenza dalle agenzie governative. Il NEJM, un'importante rivista medica, è apparsa in stretto legame con il processo di autorizzazione vaccini (Pfizer, Moderna, e Johnson & Johnson) da parte della Food and Drugs Administration. La concentrazione di potere e la mancanza di controllo indipendente dovuti al grosso coinvolgimento degli editori nelle comunità mediche e di ricerca andrebbero messi in discussione e meglio dibattuti.

La stessa OMS, dopo quattro decenni di ristrutturazione e finanziamenti privati è stata portata ad agire precisamente come progettato: come un mediatore non più indipendente, imparziale né trasparente nei confronti di interessi forti[47]. Ai conflitti di interesse si somma il problema di gestire opportunamente la ricerca scientifica in condizioni di urgenza. Sebbene infatti si debba fare tesoro di tutta l'evidenza fornita da piccoli studi e procedure messe in atto in maniera imperfetta[48], si dovrà riconoscere che la stessa condizione di urgenza ha limitato notevolmente la possibilità di procedere a validi trials randomizzati o procedure in grado di fornire una schiacciante evidenza empirica. Similmente, in condizioni di emergenza è necessaria maggiore attenzione ad accesso dell'informazione e consenso rispetto alla sperimentazione[49].

5. Ripercussioni ed effetti collaterali delle politiche antipandemiche - *Lockdown*, DAD, chiusura di palestre, teatri, musei e spazi pubblici, obbligo della mascherina e distanziamento sociale e individuale: quali sono gli effetti sulla popolazione sana e sulle nuove generazioni? Vengono fatte adeguate analisi per valutare la risultante delle politiche adottate in termini di benessere ed economia? Calcoli effettuati in *quality adjusted life years* (qaly) per tutta la popolazione nei Paesi Bassi[50] da funzionari del Ministero dell'Economia – mai presi in considerazione – hanno evidenziato una netta penalizzazione confrontando gli anni di vita complessivi guadagnati grazie al *lockdown* del 2020 e quelli sacrificati (per mancata capacità e irrigidimento dei protocolli sanitari, per contrazione economica e per ripercussioni sulla salute fisica e psichica). Prospettando un inasprimento di misure – finanche del tipo *lockdown* selettivo come in Germania ed Austria – su una minoranza legittima di cittadini legittimi, si tiene conto del danno complessivo alla vita sociale e degli effetti psicologici sulle persone coinvolte[51]?

---

[45] GdL ISS Bioetica Covid-19. Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19. Rapporto ISS n. 3/2021

[46] Thacker (2021) Covid-19: How independent were the US and British vaccine advisory committees? https://doi.org/10.1136/bmj.n1283

[47] Birn et Nervi (2020), (Re-)Making a People's WHO. Am. Journ. Pubic Health 110, 9 1352-1353. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305806

[48] Pundi K, Perino AC, Harrington RA, Krumholz HM, Turakhia MP. Characteristics and Strength of Evidence of COVID-19 Studies Registered on ClinicalTrials.gov. JAMA Intern Med 2020;180(10):1398-400.

[49] Milano (2021) La ricerca scientifica in tempi di pandemia. Recenti Prog Med 2021;112(3):173-181 doi 10.1701/3565.35454

[50] https://www.parool.nl/nederland/ministerie-van-economische-zaken-verzette-zich-tegen-intelligente-lockdown~b8f9bffb/

[51] Schippers (2020) For the Greater Good? The Devastating Ripple Effects of the Covid-19 Crisis. Frontiers in Psychology 29 Sep. 2020 https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577740

Riflessione sul consenso scientifico, sull'opinione pubblica, sulle interazioni con la politica

Il contrasto di opinioni fa parte integrante del dibattito scientifico e costituisce la linfa vitale del confronto che è alla base dell'evoluzione delle idee. La Politica, nel compito di tradurre in pratica le conoscenze offerte dalla Comunità Scientifica, deve inevitabilmente e legittimamente effettuare delle scelte tra interpretazioni scientifiche contrastanti.

In una Democrazia, affinché la sovranità del Popolo si esprima a pieno, anche nelle sue forme indirette e mediate dalle rappresentanze, è indispensabile un'ampia circolazione delle informazioni e un dibattito pubblico aperto, volto allo sviluppo di un pensiero critico individuale e alla partecipazione dei cittadini nella fase di valutazione delle politiche, in questo caso sanitarie, che andrebbero quanto più possibile spiegate affinché siano comprese e non imposte.

Il dibattito politico sulla gestione dei Beni Comuni (tra cui anche la Salute Pubblica) è sempre necessario e può eventualmente essere procrastinato solo in una fase emergenziale di evidente estremità e ragionevolmente circoscritta nel tempo.

Nella situazione contingente legata alla COVID-19, il pluralismo di vedute in ambito scientifico è stato fortemente penalizzato a favore di posizioni monologiche non disponibili a riconoscere dignità ad ipotesi alternative, per quanto scientificamente documentate. Conseguentemente, nella dinamica di interazione tra politica e scienza di questi ultimi due anni, mediata in maniera discutibile[52] attraverso la comunicazione di massa[53], è stato impedito un dibattito sereno e costruttivo sul tema pandemico, creando una spaccatura netta nel tessuto sociale.

Stigmatizzare prese di posizione alternative o di chi alimenta dubbi fondati, cercando di farsi un'opinione propria su un tema di interesse collettivo, fotografa una deriva autoritaria del governo nonché una transizione verso una Tecnocrazia a tutti gli effetti.

Questo ha portato ad identificare come assertrice di posizioni "antiscientifiche" una parte di cittadinanza dubbiosa e quella fazione di medici e scienziati non allineati alle concezioni *mainstream*, nonostante si sia appellata a studi scientifici pubblicati *peer-reviewed* per sostenere l'importanza di una maggiore cautela o di un maggiore approfondimento di specifici aspetti. Riteniamo che a tali medici ed esperti, che hanno spesso messo a repentaglio la propria carriera ed immagine pubblica semplicemente per sostenere un'idea differente, debba essere riconosciuto l'aver tentato di garantire un valido dibattito politico, fatto cioè anche di posizioni contrastanti piuttosto che di dogmi. La scelta politica di cavalcare questa avversione generale verso tutte le posizioni dissenzienti, anche quando supportate da evidenze scientifiche, ha messo a tacere un necessario dibattito politico e portato poco alla volta l'opinione pubblica a giustificare anche la repressione di chi ha scelto di manifestare pacificamente in piazza il proprio dissenso, con un'ulteriore infrazione alle libertà di sciopero e manifestazione previste dalla legge.

Proposte

Alla luce degli approfondimenti condotti in questi mesi sulle caratteristiche della pandemia e sulle misure messe in atto dal Governo, ci sentiamo di poter descrivere quale dovrebbe essere lo spettro di interventi che il Governo dovrebbe mettere in campo. Sono misure ragionevoli, i cui costi possono essere sostenuti dalle risorse disponibili e che, tutte insieme, possono contribuire allo sviluppo di un sistema Paese davvero resiliente e in grado di affrontare questa in corso come eventuali minacce future.

---

[52] K. Abbasi (2020), Covid-19: politicisation, "corruption," and suppression of science. BMJ 371, m4425 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4425

[53] Ioannidis (2020) Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. Eur. J. Clinical Investigation Vol. 50 (4) https://doi.org/10.1111/eci.13222

- Potenziamento del SSN e del relativo sistema di medicina territoriale, delle terapie intensive e della distribuzione dei trattamenti approvati, con particolare attenzione alla cura domiciliare degli individui fragili. Individuazione dei problemi strutturali degli ospedali, quali ad es. l'alto numero di morti per sepsi (le infezioni prese in ospedale sono triplicate in quasi 20 anni)[54] e delle strategie più idonee per la loro mitigazione;
- Promozione di una campagna vaccinale libera ed informata per le categorie vulnerabili, con valutazione preliminare dei rischi specifici individuali (compresi lo sviluppo di patologie auto-immuni) e parallelo irrobustimento del sistema di monitoraggio e instaurazione di una farmacovigilanza attiva;
- Incremento del coinvolgimento del Pubblico nel sistema industriale dedicato alla produzione di farmaci, con relativo riconoscimento di oneri e onori, massima trasparenza in merito ai contratti di fornitura, alla natura ed origine dei finanziamenti e ai conflitti di interesse, ed esplicito divieto di accordi secretati tra governi e case produttrici;
- Campagne di sensibilizzazione e promozione di stili di vita maggiormente sani di rafforzamento immunitario, nonché contro il fumo, l'obesità, la sedentarietà, l'abuso di alcool e di farmaci (antibiotici, cortisonici, antidepressivi), e per la riduzione dell'esposizione ad agenti tossici (chimici, fisici, biologici, e fattori di stress psicosociale)[55], ecc.;
- Potenziamento delle strutture ed infrastrutture dei trasporti e dell'istruzione, affinché possano garantire le necessarie condizioni di igiene, salute e benessere quotidiano;
- Apertura di un vero dibattito scientifico che rappresenti tutta la comunità di esperti, e non solo una preselezione di questi, al fine di garantire un vero consenso informato;
- Investimento della ricerca in trattamenti di precisione e personalizzabili piuttosto che universali, perché non tutti i SARS-CoV-2 sono uguali, né tutti gli individui sono uguali;
- Apertura di un dibattito verso altre forme e politiche di vaccinazione e di trattamento, che utilizzino anche altri settori specialistici, rispetto a quelle attualmente riconosciute in Italia.

Conclusioni[56]

A fronte dei tanti problemi della nostra società (disoccupazione, povertà, inquinamento) è una questione marginale la pretesa di una politica sanitaria sostenibile e differente da quella attuale? No, non lo è, per i suoi risvolti di contrapposizione ad un modello di sviluppo neo-liberista che trae beneficio dalla precarizzazione del lavoro, dall'accentramento della conoscenza, dal controllo sociale, dalla privatizzazione dei beni comuni compresa la sanità e dal mantenimento di iniquità sociali a livello nazionale e globale. Ma non lo è soprattutto perché i 21 mesi che abbiamo passato hanno fortemente segnato la nostra società, il rapporto tra forze governative ed il popolo, il ruolo e il condizionamento dell'informazione, il tessuto economico. Il futuro che ci attende è potenzialmente foriero di nuove dinamiche analoghe (per sovrappopolazione? per insana interazione uomo/ambiente? per potenziali guerre biologiche?), già ipotizzabili e finanche paventate dalla Presidente della Commissione Europea[57]. È pertanto cruciale ragionare ora sulle misure adottate per il contenimento della pandemia COVID-19 per definire come vorremo reagire alle crisi che ci prospettano in futuro. Siamo consapevoli che le scelte effettuate da ogni Governo possano non essere aderenti a tutte le interpretazioni della realtà offerte dalla comunità scientifica e concilianti con tutte le sensibilità espresse dalla popolazione e rappresentate nel Paese.

---

[54] https://www.themilaner.it/2021/09/16/italia-134-morti-al-giorno-per-infezioni-prese-in-ospedale-49-000-morti-allanno/

[55] Kostoff et al., (2020) The under-reported role of toxic substance exposures in the COVID-19 pandemic. Food and Chemical Toxicology 145, 111687 https://doi.org/10.1016/j.fct.2020.111687

[56] Rimandiamo al documento in prossima uscita dall'Associazione *CoScienze Critiche* per un approfondimento scientifico dettagliato delle questioni biomediche legate alla campagna vaccinale e alle politiche contro la COVID-19.

[57] Dichiarazioni della Presidente UE von der Leyen relativamente alla Costituzione dell'HERA Incubator (https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ac_21_666)

Siamo consapevoli, inoltre, che effettuare delle scelte e applicarle richiede necessariamente una certa dose di cinismo. Cinismo che, tuttavia, caratterizza inevitabilmente anche chi trae beneficio consapevolmente da queste scelte.

Riteniamo che la vaccinazione contro il virus Sars-Cov-2 abbia strette relazioni con valutazioni personali, basate sui propri sentimenti, paure e vulnerabilità soggettive, percezioni del rischio individuale e approcci personali alla cura della salute, per cui ciascuno dovrebbe poter rispondere con le proprie insindacabili preferenze. Manifestiamo una profonda preoccupazione verso lo strumento del *Green Pass* (divenuto formalmente obbligatorio) e la sua tecnologia *blockchain*, che instaurano un sistematico ed inesorabile meccanismo di controllo della condizione (sanitaria o altra) della persona, utilizzato come requisito per la fruizione stessa della vita civile.

Il rifiuto del *Green Pass* è diffusamente indicato come una scelta 'no-vax', irresponsabile in relazione alla Salute Pubblica e incoerente con i principi di Solidarietà umana. Riteniamo che questa sia una lettura distorta delle istanze portate avanti dall'eterogeneo movimento di dissenso al *Green Pass* e che, anzi, il rifiuto del *Green Pass*, che può avanzare sia chi si è vaccinato che chi ha scelto di non farlo, ha alla base il rispetto dei principi di solidarietà umana promossi dalla Costituzione e dallo Stato di Diritto. Lo scarso fondamento scientifico e sanitario del *Green Pass* rappresenta un attacco al fondamento della Democrazia e dunque della più civile forma di convivenza umana che le società più evolute si sono date. Oltre che scientifico, riteniamo che combatterlo sia un dovere morale e civile di tutti – favorevoli o meno alla vaccinazione – per la progressiva attuazione della Costituzione e il rafforzamento della Democrazia.

La nostra posizione nasce quindi dalla necessità di riportare al centro della vita quotidiana il rispetto per ogni essere umano e il diritto alla conoscenza quale strumento per poter scegliere consapevolmente il meglio per la propria salute e quella della comunità. E' bene riflettere tutti sul fatto che in gioco non è più solo il vaccino ma, piuttosto, la negoziabilità di diritti che credevamo inviolabili. L'esasperazione della contrapposizione, oltre a favorire tensioni sociali, rischia di mettere a repentaglio le conquiste di quasi un secolo di lotta comunitaria per la dignità umana. Al contrario, qui e adesso, è necessario ricostruire un Paese fondato sui principi più nobili della convivenza, promuovendo la piena attuazione della Costituzione come riferimento e obiettivo imprescindibile della nostra società, tutelando i giovani che lo stanno vivendo ora e promuovendo uno sviluppo sano per le generazioni future.

6 dicembre 2021

Mail: CompartoRicercaCritica@protonmail.com