

# Green pass, vaccini e salute

## Genesi del green pass

Con l'istituzione delle zone a differente diffusione del contagio (novembre 2020) poi trasformate in regioni diversamente colorate, furono emanate una serie di regole che limitavano lo svolgimento di numerose attività commerciali, manifestazioni collettive e anche gli spostamenti tra regioni e all'interno della stessa regione. Col mutare della situazione da regione a regione e, soprattutto, con l'inizio della campagna di vaccinazione (27 dicembre 2020) si pose il problema di come alleggerire queste regole considerato che una crescente parte di popolazione si avviava ad essere, presumibilmente, immunizzata dal contagio cosa che, del resto, era comune a molti altri paesi europei. Si è giunti così a delineare una sorta di "lasciapassare" per le persone "immunizzate" dal virus o che ne erano esenti.

In Italia l'atto ufficiale che stabilisce l'introduzione della "certificazione verde" (comunemente definito "green pass") è il **Decreto-Legge 22 aprile 2021, n. 52** (*Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19*). All'Art. 9, comma 2, è previsto che le certificazioni verdi COVID-19 siano rilasciate al fine di attestare una delle seguenti condizioni:

- a) avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- b) avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;

c) effettuazione di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2.

Nel successivo comma 3 vengono fissati i periodi di validità dei rispettivi certificati di cui al comma 2 che risultano essere:

- lettera a): sei mesi a far data dal completamento del ciclo vaccinale;
- lettera b): sei mesi a far data dall'avvenuta guarigione;
- lettera c): quarantotto ore dall'esecuzione del test.

Tuttavia nel comma 9 successivo si precisa che: *“ Le disposizioni di cui al presente articolo sono applicabili in ambito nazionale fino alla data di entrata in vigore degli atti delegati per l'attuazione delle disposizioni di cui al regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificazioni interoperabili relativi alla vaccinazione, ai test e alla guarigione per agevolare la libera circolazione all'interno dell'Unione Europea durante la pandemia di COVID-19 che abiliteranno l'attivazione della Piattaforma nazionale – DGC”*.

Successivamente la **Legge 17 giugno 2021, n. 87** (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, recante misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19*), tra le altre cose, modifica il periodo di validità del certificato verde ottenuto in seguito a vaccinazione portandolo da sei a nove mesi, mentre per quello da guarigione la validità resta di sei mesi, che però vengono conteggiati dall'avvenuta guarigione, ma solo per le certificazioni rilasciate successivamente all'entrata in vigore della legge (Art.9, commi 3 e 4). Questa modifica è di fatto sospesa dal successivo comma 9 che rimanda alle disposizioni del Regolamento europeo in materia di interoperabilità dei certificati verdi. In tale atto infatti (**Regolamento UE 2021/953 del 14 giugno 2021 per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 -certificato COVID digitale dell'UE - per**



*agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19*) si stabilisce che la validità del certificato verde da guarigione non può essere rilasciato prima di 11 giorni dal primo test positivo al contagio e non può avere una durata superiore a 180 giorni (sei mesi) conteggiati a partire dal primo test positivo al contagio. Nessun limite temporale di validità invece, è indicato per il certificato di vaccinazione e per il test di controllo (tampone).

Col **Decreto Legge 23 luglio 2021, n. 105**, il governo italiano rendeva operativi i limiti di validità del certificato di guarigione previsti dal Regolamento europeo, vale a dire sei mesi a partire dal primo test positivo al contagio.

Col **Decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127** (*Misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening*) è stata istituita l'obbligatorietà del certificato verde per tutti i lavoratori/trici del settore privato e pubblico (oltre quelli già soggetti a tale obbligo come scuola e sanità) con conseguente sanzione amministrativa (multe da 600 a 1500 euro) per i trasgressori e la facoltà di usufruire di test antigenici rapidi a prezzi calmierati. All'Art. 5 infine, viene introdotta una modifica nella durata delle certificazioni verdi per i guariti prevedendo un periodo di validità di 12 mesi, ma solo dopo l'effettuazione di un primo vaccino dopo la guarigione. Per coloro che risultano guariti dal Covid, ma non ancora vaccinati, la validità resta di sei mesi. Tutti questi provvedimenti (escluso il regolamento UE 2021/953) restano in vigore fino al 31 dicembre 2021, data in cui -se non rinnovato - decade lo stato di emergenza.

Dall'esame di questi atti legislativi (ed altri di carattere normativo che analizzeremo in seguito) appare evidente che, a differenza della prima fase di gestione della pandemia imperniata sul distanziamento fisico delle persone (cioè una protezione passiva ottenuta con l'uso della mascherina e limitazioni di vario grado fino al lockdown totale), quella attuale è una fase in cui il contrasto alla diffusione del virus è affidato prevalentemente ad una protezione attiva (vaccino) la cui diffusione capillare dovrebbe portare alla cosiddetta "immunità di gregge", rendendo superflue (o quantomeno non indispensabili) altre misure di prevenzione e/o contenimento, dall'uso della mascherina all'aperto agli accessi limitati in vari luoghi e mezzi di trasporto. Questo percorso verso l'immunità è stato contrassegnato da una battente campagna di informazione finalizzata a convincere le persone che: (1) il vaccino era il solo mezzo con cui difendersi dal virus; (2) l'immunità attraverso il vaccino, più che rappresentare la condizione necessaria che avrebbe consentito all'organismo umano di neutralizzare il virus, costituiva il lasciapassare per il ritorno alla "normalità", ovvero per la ripresa delle proprie attività e/o abitudini.

Ora non c'è dubbio che le ricadute sul piano economico, sociale e delle libertà individuali conseguenti alla prima fase della pandemia hanno pesato sull'intera popolazione europea, pur nelle differenze tra stato e stato e tra i diversi settori sociali, ma non si può nascondere che in tutta Europa, e particolarmente in Italia, il ritorno alla normalità si è trasformato in una corsa dove vince chi "chiude" per ultimo e "riapre" per primo e questo messaggio ha marcato l'intera campagna di vaccinazione, anch'essa divenuta una corsa per il passaporto-vaccino. In ciò i provvedimenti normativi presi in sede europea ( regolamento UE 2021/953) e nazionale, hanno avuto un peso determinante, con alcune differenze che vale la pena sottolineare:

1- Il regolamento UE istituisce i certificati verdi al solo fine di consentire la libera circolazione delle persone tra gli stati membri, mentre in Italia il green pass ha una vera e propria funzione abilitante sia per le attività lavorative che per la fruizione di servizi e/o attività del tempo libero.

2- Il regolamento UE, nella raccomandazione n. 5, stabilisce che le limitazioni alla libera circolazione imposte da singoli stati per motivi di sanità pubblica *"siano applicate conformemente ai principi generali del diritto dell'Unione, segnatamente la proporzionalità e la non*



*discriminazione*”, raccomandazione evasa dallo stato italiano proprio per le funzioni abilitanti o disabilitanti attribuite al green pass.

3- Il regolamento UE, nella raccomandazione n. 36, stabilisce che: “È necessario evitare la discriminazione diretta o indiretta di persone che non sono vaccinate [...]” concludendo che “ Il presente regolamento non può essere interpretato nel senso che istituisce un diritto o un obbligo a essere vaccinati.” mentre in Italia l'obbligo ad essere vaccinati è stato introdotto surrettiziamente attraverso l'uso sopra descritto del green pass.

Ulteriore elemento di discriminazione presente nella situazione de facto (in questo caso dovuto principalmente al regolamento UE) riguarda il trattamento riservato ai guariti/e da Covid 19 per i quali il conteggio della durata del certificato verde decorre dal primo test positivo al Covid (non dalla guarigione) e per una durata inferiore (sei mesi) rispetto a quella riconosciuta per i vaccinati (nove mesi) nonostante, tra l'altro, una circolare del Ministero della salute dello scorso luglio suggerisca che i guariti/e si sottopongano ad una dose di vaccino tra sei e dodici mesi dalla guarigione<sup>1</sup>.

Attualmente l'Italia è l'unico paese della UE che abbia introdotto per i lavoratori e le lavoratrici l'obbligatorietà per legge del green pass.

## **Sull'obbligatorietà del vaccino**

Molto si è detto (e soprattutto minacciato) in questo ultimo periodo circa la possibilità che in Italia il vaccino anti covid venisse reso obbligatorio per legge. La campagna mediatica sviluppatasi in tal senso ha raccolto uno schieramento trasversale di personalità del mondo scientifico/accademico, giuristi e intellettuali di varia collocazione che hanno fatto da cassa di risonanza alla mai sopita vocazione per le “maniere forti” che anima la nostra classe politica. Fior di costituzionalisti (Sabino Cassese, Lorenza Carlassare, Cesare Mirabelli, Francesco Saverio Marini, ed altri) hanno dichiarato che l'obbligo vaccinale è costituzionalmente legittimo citando a suffragio di questa loro tesi gli esempi del TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e le vaccinazioni obbligatorie previste per i bambini.

Sconcerta che noti giuristi abbiano fatto ricorso a questi esempi che ad un esame più attento risultano del tutto fuori luogo per i seguenti motivi:

1- Il TSO è regolato dalla Legge 833 del 1978 (Artt. 33, 34 e 35) e riguarda singole persone inferme, in particolare quelle affette da malattie mentali, solo se le condizioni dell'infermo siano tali da giustificare l'urgenza del ricovero ospedaliero e che non sia possibile effettuare altri interventi di natura extraospedaliera. Il provvedimento di TSO non può durare più di 7 giorni (salvo reiterare il provvedimento) e deve essere avallato entro 48 ore dal giudice tutelare, altrimenti decade. Come si vede una fattispecie assai diversa dall'ipotesi di obbligatorietà del vaccino in cui, oltre agli stringenti criteri di applicazione, è dirimente il fatto che il TSO si applica a persone malate, mentre il vaccino obbligatorio sarebbe imposto a persone sane.

2- L'obbligo di vaccinazione per i bambini/e ha carattere interdittivo per la frequenza agli asili nido e alla materna, ma non per le scuola dell'obbligo (dai 6 ai 16 anni) perché violerebbe un principio costituzionale regolato da numerose leggi tutt'ora in vigore. Ai genitori dei bambini/e non vaccinati viene applicata una multa, ma non si può impedire ai loro figli/e di frequentare la scuola dell'obbligo (Decreto-legge 07 giugno 2017 , n. 73 - Art.3, comma3).

3- Con riguardo all'Art.32 della Costituzione, è stata introdotta nella legislazione italiana una legge a tutela dei danni eventuali risultanti da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di

---

<sup>1</sup><https://www.foe.it/centro-servizi/ministero-salute-aggiornamento-indicazioni-sulla-vaccinazione-dei-soggetti-che-hanno-avuto-uninfezione-da-sars-cov-2>



emoderivati (Legge n. 210 del 1992). Tra il 1998 e il 2020 la Corte Costituzionale si è pronunciata per ben sei volte confermando ed ampliando quanto previsto dall'Art.1 di questa legge<sup>2</sup>.

4- Tutti i vaccini anti Covid somministrati attualmente dal SSN non hanno l'approvazione definitiva dell'EMA (European Medical Agency) e dell'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) ma solo quella prevista dalle procedure di emergenza, cosa che costituisce una controindicazione insormontabile per decretarne l'obbligatorietà, prova ne è che i 10 vaccini resi obbligatori per i bambini (Decreto-legge 07 giugno 2017 , n. 73) hanno tutti l'approvazione definitiva.

5- La evidente contrarietà dell'Unione Europea così come espressa dalla raccomandazione n.36 del regolamento UE 2021/953, sopra richiamato.

Alla luce di queste considerazioni la ventilata obbligatorietà del vaccino non ha mai avuto concrete possibilità di essere applicata, ma il suo minaccioso incombere è stato utilizzato per inculcare nella mente delle persone l'indispensabilità di una misura obbligatoria, il green pass, che pur essendo un provvedimento amministrativo, è stato fatto passare come un intervento a tutela della salute pubblica.

### **Vaccini, immunità, anticorpi**

Secondo l'AIFA i vaccini sono *“Medicinali biologici che hanno lo scopo di prevenire una o più malattie infettive attraverso la stimolazione del sistema immunitario (produzione di anticorpi, attivazione di specifiche cellule) e la conseguente acquisizione della cosiddetta “immunità attiva”.*

Da questa definizione (più o meno simile a molte altre) emerge che le funzioni principali di un vaccino, rispetto ad altri medicinali, sono la stimolazione del sistema immunitario con produzione di anticorpi e l'acquisizione di una immunità alla malattia per cui sono stati concepiti. Mentre però la produzione di anticorpi costituisce una funzione imprescindibile di ogni vaccino, il mantenimento dell'immunità nel tempo non è sempre scontato, prova ne sono i numerosi vaccini di uso corrente tra i quali alcuni sono in grado di mantenere l'immunità per tempi molto lunghi, mentre altri hanno bisogno di più richiami. Tra questi ultimi vanno compresi i vaccini antinfluenzali che, non a caso, si rinnovano ogni anno a causa delle variazioni del virus e che, nonostante la modesta efficacia nel prevenire l'influenza stagionale, trovano la loro giustificazione per il fatto che ne attutiscono le complicazioni, col risultato di diminuire le forme gravi ed i decessi. Tuttavia c'è un'altra funzione (molto importante) che non viene investigata a sufficienza, ed è quella di bloccare la trasmissione del virus, caratteristica che pochi vaccini hanno e che, a volte, si manifesta come effetto secondario di un vaccino come nel caso di quello contro lo pneumococco<sup>3</sup>.

Ciò premesso, come si presenta lo “stato dell'arte” per i vaccini anti Covid 19? Innanzitutto occorre ricordare che essi sono stati approvati secondo delle procedure di emergenza applicabili in situazioni di grave rischio per la salute pubblica, ai fini dell'autorizzazione di un medicinale<sup>4</sup>.

In sostanza queste procedure di emergenza consistono in una accelerazione di tutto l'iter decisionale con l'obiettivo di giungere quanto prima possibile alla autorizzazione del medicinale (vedi Box 1), autorizzazione che negli USA viene rilasciata direttamente dalla FDA (Food and Drug Administration), mentre in Europa viene rilasciata dalla Commissione Europea su raccomandazione (parere positivo) dell'EMA.

<sup>2</sup><https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=13249>

<sup>3</sup> <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6846a5.htm>

<sup>4</sup> In Europa questa procedura di emergenza viene definita come *Conditional Marketing Authorisation (CMA)* ed è regolata dai provvedimenti europei (CE) N. 726/2004 e (CE) N. 507/2006. Negli Stati Uniti viene definita come *Emergency Use Authorisation (EUA)* ed è regolata dalla seguente procedura <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/emergency-use-authorization-vaccines-prevent-covid-19>



La definizione ufficiale della Conditional Marketing Authorisation (autorizzazione di emergenza) secondo l'EMA è la seguente: "L'approvazione di un medicinale che risponde ad esigenze mediche

### **Box 1**

In Europa l'autorizzazione dei medicinali (immissione in commercio) è stabilita dai regolamenti CE n.507/2006 e CE n.726/2004 che, all'Art.6, fissa in 210 giorni a partire dalla data di presentazione della richiesta da parte del fabbricante, il tempo entro cui l'EMA deve fornire il suo parere.

La durata della valutazione dei dati scientifici non può essere inferiore a 80 giorni salvo il caso in cui relatore e correlatore dichiarino di averla ultimata prima. Questi limiti si applicano anche ai nuovi vaccini.

Per le autorizzazioni di emergenza (Conditional Marketing Authorisation) il termine di 210 gg può essere ridotto fino a 150 giorni (procedura EMA/CHMP/671361/2015 Rev. 1) e dall'esame dei dati deve risultare che il rapporto tra rischi e benefici è a favore di questi ultimi. Questa autorizzazione dura un anno e deve essere accompagnata da una produzione ulteriore di dati da parte del fabbricante (farmacovigilanza).

Per accelerare l'iter autorizzativo, l'EMA adotta una "rolling review" (revisione in corso d'opera) per mezzo della quale l'esame dei dati scientifici da parte dei valutatori avviene contestualmente alla loro produzione.

In considerazione della eccezionalità della pandemia in corso, l'EMA ha ulteriormente accelerato i tempi di valutazione delle sperimentazioni sui vaccini portandoli a soli 20 giorni (EMA/213341/2020 Rev.3).

*insoddisfatte dei pazienti, sulla base di dati meno completi di quelli normalmente richiesti. I dati disponibili devono indicare che i benefici del medicinale superano i suoi rischi e che il richiedente dovrebbe essere in grado di fornire in futuro dati clinici completi.*" Dunque il criterio del rischio/beneficio prevale su ogni altra valutazione (compreso il principio di precauzione) come tante volte si è verificato in altri ambiti di decisione per poi rivelarsi infondato come accadde, per esempio, con l'energia nucleare.

### **Sull'efficacia dei vaccini**

Fin dalla loro autorizzazione da parte dell'EMA e della FDA, i vaccini sono stati descritti come sicuri ed efficaci, vale a dire che si presentavano esenti da effetti collaterali gravi, o comunque in numero trascurabile. A questo proposito vale la pena richiamare i dati forniti dall'AIFA nel suo ultimo Rapporto sulla sorveglianza dei vaccini Covid 19 (27/12/2020 – 26/09/2021)<sup>5</sup> dove i casi segnalati di reazioni avverse ai vaccini ammontano ad oltre 101.000 su poco più di 84 milioni di dosi somministrate con un rapporto pari a 120 casi ogni 100.000 dosi. Di queste l'85,4% è costituito da reazioni non gravi e il 14,4% da reazioni gravi, vale a dire che si registrano 17 casi di reazioni avverse gravi ogni 100.000 dosi somministrate. Ora, considerando che il numero delle persone che hanno ricevuto due dosi è di poco inferiore a quelle che ne hanno ricevuta una sola e che entrambe le categorie rappresentano più dell'80% della popolazione vaccinabile, non è azzardato affermare che le reazioni avverse segnalate come di tipo grave ammontano a 17 casi ogni 50.000 persone vaccinate a ciclo completo, dato non preoccupante ma nemmeno del tutto trascurabile che fa ritenere assolutamente necessaria una stretta farmaco-vigilanza sui vaccini.

Quanto all'efficacia dei vaccini sottoposti ad autorizzazione dopo la fase sperimentale, si è presentata subito piuttosto alta (dal 60% ad oltre il 90% a seconda del tipo di vaccino) e tale da superare largamente la soglia minima stabilita dall'EMA e dalla FDA che, vale la pena sottolinearlo, era di appena il 50%. Ma che cosa si intende per efficacia di un vaccino? Qui si registra una certa confusione comunicativa tra quello che viene presentato alla popolazione e quello che si riscontra scientificamente, che a sua volta non corrisponde del tutto a quello che si erano prefisse le case farmaceutiche che per nessuno dei vaccini in circolazione (compresi quelli cinesi) si erano poste come obiettivo che il vaccino impedisse la trasmissione del virus (vedi Tabella 1).

5 [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto\\_sorveglianza\\_vaccini\\_COVID-19\\_9.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_9.pdf)



Nella comunicazione corrente, ad esempio, si sente continuamente parlare di “immunizzazione” delle persone dopo la seconda dose, ma ciò non risponde al vero secondo studi recenti che mostrano una decisa tendenza a reinfettarsi con evidente calo della efficacia dei vaccini. Due studi del CDC americano (Center for Disease Control and Prevention – Centro per la prevenzione e controllo delle malattie) effettuati, il primo sugli operatori sanitari in prima linea, ha scoperto che l'efficacia del vaccino è diminuita di quasi trenta punti percentuali da quando la variante Delta è diventata il ceppo dominante negli Stati Uniti<sup>6</sup>, nel secondo studio<sup>7</sup> sono stati esaminati 43.000 residenti di Los Angeles di età pari o superiore a 16 anni e si è scoperto che il 25% delle nuove infezioni, tra Maggio e Luglio 2021, riguardava individui completamente vaccinati, mentre il 71% si verificava in persone non vaccinate. Un altro studio<sup>8</sup> condotto in Inghilterra tra Maggio e Luglio 2021 sulla variante Delta ha concluso che il 29% dei casi di infezione registrati erano occorsi tra le persone vaccinate (e l'Inghilterra ha un tasso di vaccinazione tra i più alti al mondo). Questi dati sono abbastanza in linea con le valutazioni fatte dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità) riguardo alla situazione italiana<sup>9</sup> in cui si stima che i vaccinati a ciclo completo hanno un rischio del 77% inferiore a quello dei non vaccinati di contrarre l'infezione: ciò vuol dire che, assumendo il rischio per i non vaccinati pari al 100%, per le persone vaccinate esiste comunque un rischio del 23% di essere contagiati, percentuale dello stesso ordine di grandezza di quella rilevata (25%) nello studio condotto a Los Angeles e in quello condotto in Inghilterra (29%). Ciò non toglie che in Italia, al momento, i dati sulla pandemia appaiano rassicuranti, al punto da registrare un coro quasi unanime di esperti che plaudono all'efficacia del vaccino.

---

6 [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm?s\\_cid=mm7034e4\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e4.htm?s_cid=mm7034e4_w)

7 [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e5.htm?s\\_cid=mm7034e5\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e5.htm?s_cid=mm7034e5_w)

8 <https://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/90800>

9 [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19\\_22-settembre-2021.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_22-settembre-2021.pdf)



**Tabella 1**

<b>Vaccino</b>	<b>Moderna</b> mRNA-1273	<b>Pfizer</b> BNT162	<b>Astra</b> <b>Zeneca</b> (US) AZD 1222	<b>Astra</b> <b>Zeneca</b> (UK) AZD 1222	<b>Jansenn</b> Ad26.COVS.S	<b>Sinopharm</b>	<b>Sinovac</b>
Individui sottoposti a test	<b>30.000</b>	<b>43.998</b>	<b>30.000</b>	<b>19.330</b>	<b>60.000</b>	<b>45.000</b>	<b>8.870</b>
Età applicabile	<b>18+</b>	<b>12+</b>	<b>18+</b>	<b>5-12; 18+</b>	<b>18+</b>	<b>18+</b>	<b>18+</b>
Protocolli pubblici	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>no</b>
<b>Settori di popolazione esclusi dall'indagine</b>							
Bambini e adolescenti	<b>esclusi</b>	<b>molti esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>13-17 esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>
Donne incinte	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>	<b>escluse</b>
Immuno depressi	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>	<b>esclusi</b>
<b>Obiettivi primari dichiarati nel protocollo</b>							
Prevenzione Covid 19 nei soggetti vaccinati	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>presumibilmente</b>	<b>si</b>
Riduzione effetti gravi (ric., TI, decessi)	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>
Interruzione trasmissione virus tra persone	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>	<b>no</b>

**Fonte: Peter Doshi – British Medical Journal**

Ma a che tipo di efficacia si fa riferimento? Non a quella, come si è visto, di prevenire il contagio secondo le percentuali dichiarate in fase III della sperimentazione (oltre il 90% per i vaccini a mRNA come Moderna e Pfizer) dato che è ormai accertato che questi vaccini presentano una soglia di criticità intorno ai sei mesi successivi alla seconda vaccinazione. In Israele, dove la quasi totalità



della popolazione è vaccinata con Pfizer, tra giugno e luglio 2021 l'efficacia è scesa al 64% e poi ancora al 39% a causa principalmente della variante Delta, secondo dati forniti dal Ministero della Salute, ma in ogni caso c'è stato più di uno studio che ha confermato il calo significativo dell'efficacia del vaccino dopo sei mesi dalla seconda dose,<sup>10</sup> situazione che ha contribuito non poco alla decisione del Governo israeliano (su pressioni della Pfizer) di passare alla terza dose per tutti/e. Dunque l'efficacia di cui si fa un gran parlare riguarda non la “prevenzione dal contagio” (cosiddetta immunità), ma la riduzione degli effetti severi del Covid 19, cioè ricoveri in ospedale, terapie intensive e decessi, che in effetti mostrano un considerevole calo.

Questa situazione ha del paradossale perché la ricerca di tale funzione del vaccino (riduzione degli effetti severi) non era presente nel Protocollo di studi<sup>11</sup> per la fase III della sperimentazione predisposto dalle case farmaceutiche, le quali avevano incentrato i loro obiettivi esclusivamente sulla prevenzione sia del contagio che delle forme severe, ma escludendo ad esempio le forme lievi.

### **Sulla terza dose**

L' “efficacia calante” mostrata dai vaccini ha fatto sì che non pochi stati europei (tra cui l'Italia) oltre a Stati Uniti ed Israele optassero per la somministrazione della terza dose, sia pure con differenti modalità. Questa decisione è stata accompagnata da contrasti sia in seno alla stessa comunità scientifica sia tra le agenzie sanitarie (OMS, FDA ed EMA) e il sistema politico.

Lo scorso agosto l'amministrazione Biden aveva annunciato di voler mettere a disposizione di tutta la popolazione americana una terza dose del vaccino Pfizer la quale aveva già presentato richiesta in tal senso alla FDA . L'intervento della Casa Bianca, forte dell'atteggiamento favorevole tenuto dal Dipartimento per la salute, costituiva una sovradeterminazione del ruolo della FDA e cadeva proprio nel momento in cui l'Agenzia stava esaminando i dati forniti dalla Pfizer sulla terza dose. Due alti funzionari della FDA si dimisero per protesta contro questa ingerenza, ma nonostante ciò lo scorso 22 settembre la FDA ha approvato<sup>12</sup> la somministrazione della terza dose (almeno sei mesi dopo l'assunzione della seconda dose) limitatamente alle persone di età uguale o maggiore di 65 anni; persone tra 18 e 64 anni ad alto rischio di COVID-19 grave e persone di età compresa tra 18 e 64 anni la cui frequente esposizione istituzionale o professionale a SARS-CoV-2 le pone a rischio di gravi complicanze di COVID-19.

Da notare che questa autorizzazione è stata formulata come emendamento alla autorizzazione di emergenza del vaccino Pfizer, nonostante questo fosse stato definitivamente approvato come farmaco di libera circolazione appena un mese prima (agosto 2021) dalla stessa FDA.

In sede europea l'ECDC (Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie) ha prodotto, il primo settembre 2021, una relazione tecnica<sup>13</sup> in cui si evidenzia che:

10 [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00367-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00367-4/fulltext);

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262423v1>;

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02183-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02183-8/fulltext)

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2114583?articleTools=true>

11 [https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001\\_Clinical\\_Protocol\\_Nov2020.pdf](https://cdn.pfizer.com/pfizercom/2020-11/C4591001_Clinical_Protocol_Nov2020.pdf);

<https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf>;

[https://s3.amazonaws.com/ctr-med-7111/D8110C00001/52bec400-80f6-4c1b-8791-0483923d0867/c8070a4e-6a9d-46f9-8c32-cece903592b9/D8110C00001\\_CSP-v2.pdf](https://s3.amazonaws.com/ctr-med-7111/D8110C00001/52bec400-80f6-4c1b-8791-0483923d0867/c8070a4e-6a9d-46f9-8c32-cece903592b9/D8110C00001_CSP-v2.pdf).

12 <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-booster-dose-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-certain-populations>

13 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Interim-public-health-considerations-for-the-provision-of-additional-COVID-19-vaccine-doses.pdf>





- 1- occorre distinguere tra dosi di "richiamo" (booster dose) per le persone che hanno risposto adeguatamente alla vaccinazione primaria e dosi aggiuntive (additional dose) per quelle con sistema immunitario indebolito che non hanno risposto adeguatamente;
- 2- alla luce dei risultati fin qui conseguiti dai vaccini in Europa, non si ravvede una urgente necessità di somministrare dosi di richiamo a individui completamente vaccinati;
- 3- una dose aggiuntiva di vaccino per le persone che potrebbero manifestare una risposta limitata alla prima vaccinazione COVID-19, come alcune categorie di individui immunocompromessi (ad esempio i riceventi di trapianto di organi solidi), dovrebbe essere presa in considerazione senza che ciò sia visto come un richiamo, ma come una estensione delle vaccinazioni precedenti.
- 4- sono necessari ulteriori dati sulla protezione e l'immunità di gruppi diversi di persone per definire una strategia sulle dosi di richiamo;
- 5- i benefici e i rischi di possibili dosi di richiamo devono essere chiaramente delineati e confrontati;
- 6- la comunicazione sulle possibili dosi aggiuntive di vaccino dovrebbe essere attentamente considerata e trasmessa in modo trasparente, proattivo e chiaro per evitare di compromettere la fiducia nel vaccino;

A poco più di mese di distanza da questa prudente impostazione, il 4 ottobre 2021 l'EMA ha autorizzato la terza dose<sup>14</sup> con criteri di rilascio assai meno stringenti di quelli adottati dalla FDA e suggeriti dal ECDC che prevedono:

- somministrazione della terza dose agli immuno-compromessi/e dopo solo 28 giorni dalla seconda dose;
- terza dose per tutti/e sei mesi dopo la seconda dose a partire dai 18 anni in su.

Anche il Comitato inglese per la vaccinazione e l'immunizzazione si è espresso contro la vaccinazione degli adolescenti da 12 ai 15 anni, salvo rarissime eccezioni.<sup>15</sup> Dal canto suo l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) dopo aver rilasciato una dichiarazione ufficiale sull'introduzione della terza dose<sup>16</sup>, ha affidato le sue critiche ai commenti fatti dal Direttore generale in conferenza stampa, dove la terza dose nei paesi ad alto e medio reddito è stata definita non prioritaria rispetto alla evidente necessità di distribuire e somministrare i vaccini alle popolazioni di altri paesi, proponendo una moratoria nella somministrazione della terza dose e nel contempo raggiungere l'obiettivo di vaccinare almeno il 40% della popolazione del terzo mondo.

\* \* \*

Il quadro sopra descritto, sintetico e certamente non esaustivo, ha messo in luce alcune criticità che riguardano l'efficacia di questi vaccini che, pur non mettendone in discussione la loro utilità nel contrastare la pandemia, ne ridimensionano le aspettative sia dal punto di vista dell'eradicazione del contagio, sia da quello della fiducia riposta dalla cittadinanza in questi medicinali. Riguardo a quest'ultimo aspetto, due sono i "cavalli di battaglia" agitati costantemente a sostegno dei vaccini: il raggiungimento della cosiddetta immunità di gregge e un favorevole rapporto rischi/benefici.

Il primo obiettivo appare sempre più irraggiungibile sia perché la maggioranza della popolazione mondiale non è vaccinata o lo è in modo del tutto insufficiente, sia perché nei paesi ad alto tasso di

---

14 <https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-spikevax-ema-recommendations-extra-doses-boosters>

15 <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2180>

16 <https://www.who.int/news/item/10-08-2021-interim-statement-on-covid-19-vaccine-booster-doses>



vaccinazione le percentuali di reinfettati già vaccinati supera facilmente il 20% a causa della conclamata perdita di efficacia dei vaccini e delle mutazioni del virus (varianti).

Il secondo aspetto è ancora più rilevante perché va ad intaccare il fondamento stesso dell'autorizzazione di emergenza (rapporto rischi/benefici): risulta infatti che questo rapporto varia secondo il sesso, l'età, l'efficacia del vaccino, il tasso di miocarditi e il numero di contagiati. In particolare nei soggetti più giovani, dove si registra un maggior tasso di miocarditi (fino a 60 volte più alto che in età avanzate, vedi Tabella 2), il rapporto rischi/benefici peggiora col diminuire dell'efficacia dei vaccini e del numero dei contagiati e ciò assume particolare rilevanza nel caso di somministrazione della terza dose.<sup>17</sup>

**Tabella 2 – Distribuzione per fasce di età di 636 miocarditi conseguenti alla somministrazione della seconda dose per 66, 5 milioni di individui (133 milioni di dosi), negli Usa fino al 11.06.2021**

Gruppi di età (anni)	Femmine			Maschi		
	Casi *	Dosi somministrate	Rapporto *	Casi *	Dosi somministrate	Rapporto *
12-17	19	2.189.726	8,68	128	2.039.871	62,75
18-24	23	5.237.262	4,39	219	4.337.287	50,49
25-29	7	4.151.975	1,69	59	3.625.574	16,27
30-39	11	9.356.296	1,18	61	8.311.301	7,34
40-49	18	9.927.773	1,81	34	8.577.766	3,96
50-64	18	18.696.450	0,96	18	16.255.927	1,11
oltre 65	10	21.708.975	0,46	11	18.041.547	0,61

\* per milione di dosi ovvero per 500.000 persone

Fonte: CDC: COVID-19 mRNA vaccines in adolescents and young adults: Benefit-risk discussion

Il perdurare di queste reazioni nei soggetti più giovani, sta orientando le autorità sanitarie di alcuni paesi ad iniettare una sola dose di vaccino, ma in Svezia, Danimarca e Finlandia le autorità ne hanno sospeso del tutto la somministrazione alle persone di età inferiore ai 30 anni.<sup>18</sup>

17 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02046-8/fulltext)

<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-9-23/03-COVID-Oliver.pdf>

18 <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2021-10-06/covid-svezia-sospende-via-precauzionale-vaccino-moderna-gli-under-30-danimarca-under-18-161350.php?uuid=AE5MI2n&cmpid=nlqf>

<https://www.reuters.com/world/europe/finland-pauses-use-moderna-covid-19-vaccine-young-men-2021-10-07/>



## Gli anticorpi, questi sconosciuti

Si è visto come l'efficacia del vaccino diminuisca nel tempo con una soglia critica intorno ai sei mesi successivi alla seconda dose. Ciò è dovuto principalmente ad una diminuzione degli anticorpi generati nell'organismo come reazione alla inoculazione del vaccino che però, oltre a diminuire, non sembrano contrastare del tutto le varianti sviluppate dal virus rispetto al suo "ceppo" iniziale, sul quale è stato progettato il vaccino. Riguardo a ciò, c'è da dire che le notizie di fonte medica sono scarse e, dato l'alto contenuto specialistico, di difficile divulgazione tra il grande pubblico. A peggiorare la situazione, oltre alla trattazione generalista e poco rigorosa fattane dai media televisivi e non, contribuisce un atteggiamento opaco e contraddittorio dei vari esperti del settore.<sup>19</sup>

L'indirizzo prevalente comunque è quello di liquidare la questione anticorpi, specie se riferita a quelli naturalmente indotti nell'organismo dalla infezione da virus, come irrilevante o addirittura controproducente ai fini dell'opportunità di assumere le dosi di vaccino previste, inclusa la terza dose. In ciò risulta determinante la posizione assunta dalle maggiori agenzie (OMS, FDA ed EMA) che, con leggere sfumature, hanno comunemente stabilito che il livello anticorpale rilevabile in una persona, non è rilevante ai fini della vaccinazione. In particolare la FDA nelle Linee guida provvisorie per l'uso dei vaccini negli USA scrive: *"Tutte le persone idonee dovrebbero essere vaccinate, comprese le persone non vaccinate che sono state precedentemente infettate e hanno anticorpi rilevabili. I test virali per valutare l'infezione acuta da SARS-CoV-2 o i test sierologici per valutare l'infezione precedente non sono raccomandati ai fini del processo decisionale sui vaccini."*<sup>20</sup> Queste importanti prese di posizione (a cui si è uniformato anche il Ministero della salute italiano),<sup>21</sup> non sono suffragate da riferimenti scientifici consultabili, ma solo da generici richiami a non precisate "evidenze scientifiche".

Come rilevato in precedenza gli studi in materia di anticorpi sono scarsi, ciò nonostante in quelli consultabili in letteratura prevalgono nettamente risultanze scientifiche che attribuiscono agli anticorpi naturali (generati spontaneamente dall'organismo a seguito di infezione) una efficacia e una persistenza decisamente maggiore di quelli indotti dalla vaccinazione anche contro le varianti del virus, oltre ad un minore rischio di reinfezione (che risulta minore o uguale al 1%).<sup>22</sup>

Perché dunque sminuire l'importanza della risposta immunitaria naturale? Le risposte, evidentemente, esulano dall'ambito scientifico e vanno ricercate nell'intreccio esistente tra responsabilità politiche dei governi e gli interessi economici legati alla gestione della pandemia.

Uno screening di massa sulla reazione anticorpale delle persone infettate avrebbe comportato un monitoraggio capillare su milioni di persone (solo in Italia oltre 4,5 milioni) con un impegno

---

19 Citiamo due esempi fra i tanti: Il viceministro della salute, Pierpaolo Sileri, nella trasmissione "di martedì" del 7.09.2021, nel pronunciarsi sulla risposta immunitaria generata nelle persone infettate dal virus, ha definito gli anticorpi naturali come "anarchici" per sottolinearne l'inaffidabilità. L'infettivologo dell'Ospedale Sacco di Milano, Massimo Galli, alla domanda rivoltagli nella trasmissione "Carta Bianca" del 21.09.2021 se avesse intenzione di assumere la terza dose ha risposto di no in quanto il suo livello di anticorpi era alto.

20 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>  
<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html#CoV-19-vaccination>

21 [https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?](https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?https://www.foe.it/centro-servizi/ministero-salute-aggiornamento-indicazioni-sulla-vaccinazione-dei-soggetti-che-hanno-avuto-uninfezione-da-sars-cov-2)  
<https://www.foe.it/centro-servizi/ministero-salute-aggiornamento-indicazioni-sulla-vaccinazione-dei-soggetti-che-hanno-avuto-uninfezione-da-sars-cov-2>

22 <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2780557>  
<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2571-7>  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>  
[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00203-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00203-6/fulltext)  
[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00354-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00354-6/fulltext)



organizzativo che i servizi sanitari nazionali, ormai stremati dai tagli economici e di personale, non sono più in grado di sostenere. Nello stesso tempo l'aver imboccato la via del vaccino come unica soluzione alla pandemia, si dimostra essere una strada senza ritorno, stante gli interessi enormi che derivano dalla produzione di miliardi di dosi di vaccino.

Eppure un attento studio della reazione anticorpale avrebbe consentito di ottimizzare la campagna vaccinale (migliore distribuzione delle dosi nel tempo) e di evitare spiacevoli e/o gravi conseguenze a milioni di persone vaccinate troppo presto. Non è un caso che nella prima circolare del Ministero della salute (marzo 2021) riguardante la vaccinazione delle persone infettate si raccomandi che: *“è possibile considerare la somministrazione di un'unica dose di vaccino nei soggetti con pregressa infezione da SARS Cov 2 (...) purché la vaccinazione venga eseguita ad almeno 3 mesi di distanza dalla documentata infezione e preferibilmente entro i 6 mesi dalla stessa.”* mentre nella seconda circolare (luglio 2021) il testo è così modificato: *“ è possibile considerare la somministrazione di un'unica dose di vaccino nei soggetti con pregressa infezione da SARS Cov 2 (...) purché la vaccinazione venga eseguita preferibilmente entro i 6 mesi dalla stessa e comunque non oltre 12 mesi dalla guarigione.”*(vedi documenti nota 20).

Questo raddoppio nei tempi di somministrazione appare come il tentativo di rimediare, ma non del tutto, ad una forsennata politica di vaccinazione che ha indotto milioni di persone guarite dal Covid a vaccinarsi troppo presto provocando reazioni avverse (reattogenicità) anche serie, stante la elevata presenza di anticorpi naturali già presente nel loro organismo.<sup>23</sup>

Uno screening con test sierologici quantitativi avrebbe risparmiato alle persone guarite o con infezione pregressa non rilevata, questi inconvenienti, limitando la reattogenicità e, come già detto, ottimizzando la distribuzione dei vaccini.

## Considerazioni conclusive

Da un punto di vista strettamente scientifico, è possibile individuare alcuni punti fermi:

- 1- I vaccini attualmente in somministrazione non si dimostrano efficaci nel prevenire né l'infezione da SARS Cov 2, né la sua trasmissione. A confermarlo, oltre alla letteratura scientifica riportata nelle note, sono: (a) la decisione di procedere ad una terza dose; (b) il fatto che in nessun documento ufficiale degli organismi sanitari si faccia riferimento all'efficacia dei vaccini in termini di “immunità”, ma esclusivamente riferendosi alla riduzione degli effetti gravi del virus (ricoveri, terapie intensive, decessi);
- 2- Se l'efficacia dei vaccini dovesse scendere, nel tempo, sotto la soglia del 50% (valore minimo stabilito da EMA e da FDA) , questi dovrebbero essere tolti dalla circolazione;
- 3- La riduzione degli effetti gravi del virus – aspetto che ha comunque notevole rilevanza ai fini della tutela della salute e della vita umana – non era tra le caratteristiche (endpoints) elencate nei protocolli di accettazione predisposti dalle case farmaceutiche;
- 4- Il manifestarsi di effetti gravi indotti dai vaccini ad mRNA (miocarditi nei soggetti giovani) e quelli indotti da vaccini a retrovirus come Astrazeneca (trombosi in soggetti di età più avanzata), per quanto statisticamente contenuti, ha indotto alcuni paesi a sospenderne la somministrazione a conferma della necessità di monitorare attentamente gli effetti immediati e a lungo termine di questi medicinali.

Se questi sono gli aspetti salienti per un primo (e provvisorio) bilancio, non mancano certo altri spunti di riflessione, anche se, al momento, si presentano più che altro come forti interrogativi quali, ad esempio:

---

23 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.29.21250653v1.full.pdf>



- Dopo la terza dose, ce ne verrà riproposta una quarta e poi un'altra e un'altra? E a quanti mesi di distanza l'uno dall'altro verranno fissati questi "richiami"?
- Un vaccino che ha bisogno di richiami ogni sei mesi, può ancora considerarsi un vaccino, tenuto conto che quelli antinfluenzali, che già presentano una bassa efficacia, si effettuano una volta l'anno?
- Il protrarsi di effetti gravi indotti dai vaccini, unitamente alla perdita di efficacia, metterà in discussione il rapporto rischi/benefici su cui si è basata la loro autorizzazione?
- Che succederà a partire dal gennaio 2022 quando scadranno i termini dell'autorizzazione di emergenza (*Conditional Marketing Authorisation*) rilasciata dall'EMA per tutti i vaccini fin qui autorizzati? Ne verranno prorogati i termini (e se sì con quali prescrizioni), oppure l'EMA li approverà definitivamente?

E' evidente che qui entrano in gioco valutazioni non esclusivamente scientifiche che rimandano alle politiche sanitarie e, più in generale, ad aspetti sociali ed economici della questione che non sono affatto secondari, come dimostra l'interesse delle case farmaceutiche che stanno ottenendo enormi profitti con la produzione dei vaccini ed altri ne intendono ricavare dai nuovissimi medicinali anti-covid come la "pillola" messa a punto dalla Merck & Co<sup>24</sup> e il "cocktail" AZD7442 di Astrazeneca,<sup>25</sup> entrambi in fase di autorizzazione presso la FDA. Ma ciò non toglie – e non sono pochi/e a sostenerlo – che questi vaccini o altri medicinali salvino vite o limitino i danni per milioni e milioni di persone, secondo la logica dominante che ciò che conta è il risultato e non importa come ci si arriva.

A parte il fatto che la stragrande maggioranza dell'umanità, non solo non ha visto l'ombra di un vaccino, ma risulta normalmente sprovvista di cure e medicinali, sarebbe ora di invertire la logica utilitaristica ed economicistica che governa la tutela della salute, e cioè affermare che quello che dovrebbe contare di più, quello di cui c'è un estremo bisogno è capire come si è giunti alla pandemia (così come per le tante malattie degenerative in aumento) e quali ne sono le cause remote, in modo da porvi rimedio. Rimedio da intendersi, non solo come prevenzione sanitaria (piani pandemici, corridoi sanitari etc) che pure sono essenziali e vanno stabiliti (ma anche testati affinché non restino dei pezzi di carta); no, qui si tratta anche di sviluppare una "prevenzione strutturale" verso quelle forme degenerative di produzione e organizzazione sociale che costituiscono il "brodo di coltura" di tante malattie e delle stesse pandemie, con l'obiettivo di cambiarle radicalmente: uso del territorio e perdita di biodiversità; allevamenti intensivi di animali; una serie interminabile di forme di inquinamento; condizioni di lavoro e abitative malsane, oltre ad una pessima alimentazione (per coloro, si intende, che hanno di che mangiare).

Se questi sono tra i "caratteri" peculiari di quella che Richard Horton, direttore di Lancet, ha definito "sindemia", non si può dire che alcun governo al mondo ne stia tenendo conto. Anzi, quello che si è andato affermando dall'inizio della pandemia ad oggi, è che sia le politiche sanitarie che le stesse autorità in materia, sono sempre più assoggettate alle politiche di governo dell'economia in spregio di qualunque principio di precauzione: autorizzazione definitiva del vaccino Pfizer da parte della FDA su pressioni della Casa Bianca; estensione della vaccinazione agli adolescenti ed ai bambini (in corso); autorizzazione alla terza dose (per l'EMA addirittura dopo solo 28 giorni dalla seconda dose per gli immunodepressi e sei mesi dopo la seconda dose a partire dai 18 anni in su).

La stessa "pioggia" di denaro che si riversa in Italia dal Piano europeo di Ripresa e Resilienza, figlio della pandemia, è in larga parte destinata ad aspetti economici (o addirittura militari), riservando poche briciole al tema della salute e dell'amministrazione sanitaria.

24 <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/mercks-covid-19-pill-cuts-risk-death-hospitalization-by-50-study-2021-10-01/>

25 <https://www.reuters.com/world/us/astrazeneca-files-us-approval-drug-prevent-covid-19-2021-10-05/>



In questo contesto l'introduzione del green pass obbligatorio per i lavoratori e lavoratrici, oltre ad essere una misura ipocrita, costituisce una deformazione senza precedenti di tutte le norme che regolano i rapporti di lavoro, in quanto, come scrive l'Anma (Associazione medici di azienda e competenti): *“allo stato attuale, la possibilità di contagiare e di contagiarsi sussiste indipendentemente dalla condizione vaccinale e/o dal possesso del green pass, il quale non rappresenta una “misura di sicurezza” per il Datore di Lavoro (figuriamoci per i lavoratori e le lavoratrici, aggiungiamo noi), a meno che non derivi dal reiterato controllo ogni 48h tramite tampone”*.<sup>26</sup>

\* \* \*

Non sono ancora chiare le conseguenze che la *“prima pandemia del XXI secolo”* come l'ha definita Ernesto Burgio, produrrà nel nostro modo di vivere il presente, ma anche in quello di *“pensare”* il futuro, specie se non si terrà nella debita considerazione l'eventualità che questo tipo di eventi possano ripetersi. Certo è che le lezioni del passato non sembrano far parte del bagaglio di conoscenze della nostra attuale classe dirigente e in ogni caso vengono ignorate.

Nel 1849, dopo aver studiato l'epidemia di tifo che aveva colpito la Polonia, il medico Rudolf Virchow scrisse che: *“La risposta alla domanda su come prevenire le epidemie... è abbastanza semplice: l'istruzione, insieme alle sue figlie che sono la libertà e il benessere.”* Nel secolo XIX non furono pochi i medici che compresero che le malattie prosperano nelle *“crepe”* della società (povertà, sovraffollamento, carestie e condizioni di lavoro pericolose) e pur non essendo un seguace di Marx, Virchow arrivò a concludere che *“la medicina è una scienza sociale”*.

Alcuni decenni dopo però, altri medici, come Robert Koch, arrivarono a scoprire che le malattie infettive erano causate da organismi microscopici che potevano essere sconfitti con l'uso dei farmaci. Cosa che, nell'Europa di fine ottocento, intrisa di militarismo e tecnocrazia, fu interpretata come possibilità di trattare i nemici dell'organismo (i microbi) al pari di quelli rappresentati dalla nazione confinante, cioè con la guerra, che nel caso dei microbi significava sottomettere la natura alla tecnologia, ovvero alla scienza medica. Un approccio culturale del tutto diverso da quello di Virchow, che trasformò la cura delle persone in una battaglia contro gli agenti patogeni, escludendo qualsiasi ipotesi di influenza sociale sull'origine delle malattie in omaggio ad una scienza medica sedicente *“oggettiva”* e politicamente *“neutra”*. Di qui la dicotomia consolidatasi nel tempo, tra un'idea di medicina *“efficace”* tutta rivolta alla cura delle persone malate e quella, quasi irrilevante, che si occupa della salute pubblica con l'intenzione velleitaria di prevenire le malattie sociali.

Non sono bastate due guerre mondiali, oltre alla più grande pandemia della storia moderna (la *“spagnola”*), a mettere in discussione questa divergente concezione della medicina e se non ci fosse stato l'irrompere sulla scena politica del protagonismo delle masse subalterne negli anni del secondo dopoguerra, non si sarebbero mai affermati quei principi di universalità, pubblicità e gratuità che sono alla base dei servizi sanitari operanti in Europa. Principi sani e giusti, non c'è dubbio, anche perchè conquistati contro quel sapere separato e selettivo che come in altri campi, faceva della scienza, in questo caso quella medica, uno strumento di dominio.

Oggi però, dopo anni e anni di continuo logoramento delle politiche sanitarie, quei principi restano quasi sempre sulla carta e gli effetti sulla salute delle persone si sentono e si vedono, checché ne dicano le statistiche sul prolungamento dell'aspettativa di vita, peraltro drasticamente ridimensionato dall'ecatombe provocata dalla pandemia. E' proprio in questa circostanza che si sono rese evidenti le carenze di un Servizio sanitario basato sulla centralità dell'ospedale ed esclusivamente orientato alla farmaco-terapia, a tutto detrimento di qualunque idea di prevenzione e

---

26 <http://www.anma.it/wp-content/uploads/2021/09/NOTA-ANMA-CERTIFICAZIONE-VERDE-E-MEDICO-COMPETENTE.pdf>



promozione della salute. *“Un approccio questo, che si basa su un modello/progetto (dominante da alcuni decenni) di una medicina sempre più high-bio-tech, riduzionista e molecolare. Ecco perché, fin dall’inizio della pandemia, gli scienziati occidentali e, ovviamente, quell’entità sempre meno occulta e sempre più potente semplicisticamente denominata Big-Pharma, hanno deciso di puntare, per contrastare il nuovo virus, essenzialmente sull’immunoprofilassi di massa. Cioè su un grande esperimento senza precedenti: quello di progettare, costruire, sperimentare e mettere in campo uno o più vaccini hyper-tech, nella speranza che questi possano indurre, nel più breve tempo possibile, quell’agognata immunità di gregge che dovrebbe fermare la pandemia.”*<sup>27</sup>

Se questi sono i presupposti con cui è stata affrontata questa emergenza e che oggi, nonostante i milioni di morti e le carenze riscontrate, ci vengono presentati come la soluzione del problema, allora vuol dire che dobbiamo fare di tutto, anche a costo di ricominciare da capo, per impedire che questo tipo di approccio alla salute diventi la normalità, perché è proprio da lì, da quella normalità, che tutto ha avuto inizio.

Ottobre 2021

**Rete Nazionale Sanità**



---

27 Ernesto Burgio - <https://www.epigenetwork.it/2021/01/28/dopo-un-anno-di-pandemia/>

