

Relazione dell'Associazione COMILVA Odv

Alterazione del Consenso Informato, esposizione al rischio e mancanze nei controlli nella campagna vaccinale per emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2

Roma, li .14/04/2026

All'Onorevole Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-CoV-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-CoV-2 (Legge n. 22 del 5 marzo 2024, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 61 del 13 marzo 2024) - XIX Legislatura (dal 13 ottobre 2022)

1	Sommario	
2	Presentazione.....	3
3	I pilastri del Contesto	4
3.1	Efficacia dei farmaci Comirnaty e Covid-19 Vaccine Moderna	4
3.2	Sicurezza dei farmaci Comirnaty e Covid-19 Vaccine Moderna.....	4
4	L'alterazione del Consenso Informato attraverso l'inganno semantico e l'omissione di informazioni fondamentali.....	5
4.1	Riferimenti normativi	5
4.2	L'inganno semantico del consenso alla vaccinazione anti Sars-Cov-2/anti Covid-19, una mistificazione tutta italiana	5
4.3	Il DL 44/2021: l'epilogo dell'inganno semantico	6

4.4	Le responsabilità istituzionali	7
4.5	L'Escalation Coercitiva: Green Pass e ricatto morale	7
4.6	Quesiti fondamentali che minano la validità del contenuto del Consenso Informato utilizzato nella campagna vaccinale	7
4.7	L'Algoritmo OMS e la "Ghigliottina" dei 14 giorni	9
4.8	Richieste all'onorevole Commissione di Inchiesta	9
5	Razionalità scientifica dell'obbligo vaccinale per persone di età inferiore ai 50 anni.....	10
5.1	L'inversione del paradigma medico.....	10
6	Il Fallimento del Modello RSA: Tra Falsa Sicurezza e Crudeltà	11
7	IV Commissione di inchiesta Uranio Impoverito: un precedente da considerare	11
8	Conclusioni	12

2 Presentazione

L'**Associazione COMILVA Odv**, "*Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione Odv*", persegue, senza scopo di lucro, finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale in forma di azione volontaria da oltre trent'anni. L'attività associativa si articola fundamentalmente:

- **Nella tutela della Salute e Libertà di Scelta**, promuovendo il riconoscimento effettivo del diritto alla libertà di scelta in materia vaccinale e terapeutica, inteso come limite invalicabile al potere dello Stato.
- **Nel supporto ai Danneggiati da Vaccino**, fornendo il supporto morale e materiale necessario per affrontare le conseguenze cliniche, umane e legali che ne derivano.
- **Nel promuovere la ricerca e l'informazione scientifica basata sulle prove**, collaborando con enti e soggetti privati che condividono finalità di trasparenza e sicurezza sanitaria, con l'obiettivo di garantire che ogni trattamento sia preceduto da un effettivo consenso informato, completo e aggiornato.

Scopo principale di questa relazione è di evidenziare le carenze e le omissioni presenti nel Consenso Informato¹, rispetto agli effetti e ai rischi noti derivanti dalle evidenze prodotte in fase autorizzativa e dalle prove emerse durante la somministrazione dei cosiddetti vaccini anti Covid-19, a partire dal 27 dicembre 2020.

Si intende dimostrare come **l'informazione istituzionale sia stata fuorviante, parziale, lacunosa e omissiva**, alla luce dei dati e delle conoscenze disponibili, rendendo, di fatto nullo il Consenso Informato espresso dai cittadini, sia dal punto di vista sostanziale che giuridico.

Il quadro delle "violazioni" si completa con il **fallimento della farmacovigilanza**: l'implementazione della modalità "passiva" e l'applicazione dell'algoritmo OMS hanno prodotto un occultamento di fatto delle reali dimensioni degli eventi avversi, impedendo una corretta valutazione del rapporto rischi-benefici della campagna vaccinale.

Tale vulnerazione, aggravata da provvedimenti coercitivi come gli obblighi vaccinali per determinate categorie di lavoratori e fasce della popolazione e l'istituzione del cosiddetto "Green Pass", ha prodotto una vera e **propria rottura del patto di fiducia tra Stato e cittadino**. Di particolare e ulteriore gravità risulta l'impatto su fasce sensibili della popolazione come giovani, donne in gravidanza e soggetti fragili.

In sintesi, è stato violato il diritto fondamentale di ogni persona, sancito dall'Art. 1 della Legge 219/2017, di essere informata in modo completo e aggiornato circa i benefici, i rischi e le alternative di ogni trattamento.

¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>, articolo 1, è diritto di ogni persona "*di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi*"

3 I pilastri del Contesto

3.1 Efficacia dei farmaci Comirnaty e Covid-19 Vaccine Moderna

È rilevante sottolineare che **l'efficacia di questi farmaci è stata valutata** nel corso degli studi clinici che hanno permesso l'immissione al commercio condizionata (CMA) **in base all'endpoint primario "riduzione della malattia sintomatica"**² **omettendo ogni valutazione accurata** in termini di immunità neutralizzante e alcuna valutazione in termini di immunità sterilizzante, ovvero **circa la capacità di prevenire l'infezione e fermare la trasmissione del contagio. Tutte queste informazioni erano note nel periodo 2020/21**, dagli EPAR³ (*European Public Assessment Report*) di Pfizer e Moderna, così come sarà poi evidente nel Rapporto Vaccini AIFA del 2023⁴.

3.2 Sicurezza dei farmaci Comirnaty e Covid-19 Vaccine Moderna

Nei documenti che compongono la relazione pubblica di valutazione europea (EPAR) di questi farmaci e in particolare nel *Risk Management Plan*⁵, si apprendeva, inoltre, che **il profilo di sicurezza NON era noto nelle donne in gravidanza o in allattamento, negli individui immunocompromessi, negli individui fragili con comorbidità, negli individui con disturbi autoimmuni o infiammatori**, perché o esclusi dai trial o presenti in numero limitato. Così come non era nota la sicurezza a lungo termine.

Va rilevato che anche **il profilo di sicurezza per gli individui con una precedente positività al COVID-19 non era noto, in quanto tali soggetti erano stati esclusi dai trial clinici**⁶.

² "La valutazione dei probabili casi di COVID-19 è stata effettuata in seguito alla segnalazione da parte dei partecipanti allo studio di almeno **due segni / sintomi clinici sistemici o respiratori** riconosciuti predittivi di COVID-19 (predefinito) e successiva conferma di laboratorio dell'infezione di SARS-CoV-2 in tamponi nasali o campioni di saliva mediante RT-PCR." (...) **"È probabile che il vaccino protegga anche contro il COVID-19 grave, sebbene questi eventi fossero limitati nello studio e la definizione di COVID-19 grave avrebbe potuto essere più rigorosa da un punto di vista clinico."** (v. EPAR Assessment Report COVID-19 Vaccine Moderna):

"Al momento dell'analisi di efficacia primaria, i partecipanti erano stati seguiti per monitorare l'insorgenza di COVID-19 sintomatica per 2.214 persone/anno in totale nel gruppo trattato con vaccino a mRNA anti-COVID-19, e per 2.222 persone/anno in totale nel gruppo trattato con placebo." (...) "I casi confermati sono stati stabiliti utilizzando la tecnica della reazione a catena della polimerasi inversa (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction, RT PCR), e in base alla **presenza di almeno 1 sintomo compatibile con COVID-19**, ovvero febbre, tosse di nuova insorgenza o aumentata, respiro affannoso di nuova insorgenza o peggiorato, brividi, dolore muscolare di nuova insorgenza o aumentato, perdita del gusto o dell'olfatto di nuova insorgenza, mal di gola, diarrea o vomito ..." (...) **"Il vaccino protegge anche da COVID-19 grave, sebbene questi eventi fossero rari nello studio e non sia possibile trarre conclusioni statisticamente certe."** (v. EPAR Assessment Report Comirnaty).

³ https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf

⁴ https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto_vaccini_2023.pdf

⁵ V. Risk Management Plan Comirnaty, https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf; v. Risk Management Plan COVID-19 Vaccine Moderna, https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/covid-19-vaccine-moderna-epar-risk-management-plan_en.pdf

⁶ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04368728>
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04470427>

4 L'alterazione del Consenso Informato attraverso l'inganno semantico e l'omissione di informazioni fondamentali

4.1 Riferimenti normativi

Lo strumento del consenso informato rappresenta un **elemento essenziale di civiltà giuridica e medica**. Il primato della persona sull'interesse della società è un fondamento dell'etica della ricerca riconosciuto, ad esempio dalla Dichiarazione di Helsinki della *World Medical Association* (art. 8) e dalla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del Consiglio d'Europa (art. 3). In Italia gli stessi principi trovano un riconoscimento giuridico di altissimo rango nelle disposizioni della Costituzione repubblicana.

Non ultimo, va evidenziato **che in data 27 gennaio 2021 l'Assemblea Permanente del Consiglio d'Europa ha votato la risoluzione 2361**⁷, dove in particolare si legge:

- 7.1.3. assicurare che siano **rispettati gli standard minimi di sicurezza, efficacia e qualità dei vaccini**;
- 7.1.4. **implementare sistemi efficaci per monitorare i vaccini e la loro sicurezza dopo la loro distribuzione alla popolazione generale**, anche al fine di monitorare i loro effetti a lungo termine;
- 7.3.1. assicurarsi che **i cittadini siano informati che la vaccinazione non è obbligatoria e che nessuno subisca pressioni politiche, sociali o di altro tipo per essere vaccinato se non lo desidera**;
- 7.3.2. assicurarsi che **nessuno sia discriminato per non essere stato vaccinato**, a causa di possibili rischi per la salute o per non voler essere vaccinato;".

4.2 L'inganno semantico del consenso alla vaccinazione anti Sars-Cov-2/anti Covid-19, una mistificazione tutta italiana

Nel contesto pandemico, le istituzioni italiane **hanno operato una sostituzione semantica arbitraria**, non supportata dai protocolli tecnici degli enti regolatori (EMA/FDA), che hanno portato successivamente a **"giustificare l'imposizione di misure coercitive basate su un presupposto scientificamente infondato, ovvero l'effetto sterilizzante del farmaco"**.

La distinzione biomedica netta, deliberatamente ignorata/omessa nella redazione dei moduli di consenso informato e nella comunicazione di massa, è evidente:

- **Vaccino anti-Covid-19**: Prodotto destinato alla riduzione della sintomatologia clinica (la malattia).
- **Vaccino anti-Sars-CoV-2**: Prodotto capace di bloccare l'agente eziologico (il virus), impedendo l'infezione e la trasmissione (immunità sterilizzante).

L'anomalia nasce dalla voluta sovrapposizione terminologica tra la prevenzione della malattia grave e il blocco dell'infezione: i trial di Fase 3 testavano solo la riduzione dei sintomi. **L'EMA (EPAR, 2020) dichiarava ufficialmente l'effetto sulla trasmissione come "ignoto"**.

Il peccato originale: la Circolare 42164 del 24/12/2020 del Ministero della Salute, che operava una fusione terminologica impropria fra Sars-CoV-2 e Covid-19, **"con-fondendo"** l'obiettivo primario e quello secondario [slide 2 e 3]

7

<https://pace.coe.int/pdf/74f621f624d2bf8b0c7ff4c269f1a8d493c90dcce035b1fc030b116275eab9a2/resolution%202361.pdf>

- *Sintomatica l'ammissione postuma di Janine Small (Pfizer), il 10/10/2022, dinnanzi al Parlamento UE che il vaccino non era mai stato testato per fermare la trasmissione prima del lancio*⁸: **"dovevamo muoverci alla velocità della scienza"**⁹.
- *La stessa EMA, il 18/10/2023, in risposta alle richieste di chiarimenti da parte dell'euro-parlamentare Marcel de Graaff e altri, confermava che "le indicazioni approvate sono per l'immunizzazione attiva per prevenire la malattia COVID-19. I rapporti di valutazione dell'EMA sull'autorizzazione dei vaccini sottolineano la mancanza di dati sulla trasmissibilità", riconfermando quello che aveva detto nel 2020.*

Il consenso informato raccolto in Italia risulta ulteriormente viziato da una gravissima carenza informativa riguardo lo stato giuridico del farmaco:

- **La natura Provvisoria del farmaco.** In regime di *Conditional Marketing Authorisation* (CMA), il bilancio rischi-benefici è per definizione provvisorio. La modulistica italiana ha omesso la dicitura **"prodotto in fase di studio post-autorizzativo"**, presentando dati sulla sicurezza a lungo termine come certi, laddove i report FDA e i verbali EMA ne confermavano l'indisponibilità.

Si sottolinea altresì il **"Paradosso della Manleva"**. Si configura una violazione della dignità della persona (Art. 32 Cost.) laddove lo Stato impone un obbligo (*diretto o indiretto*), ma **richiede contestualmente la sottoscrizione di un modulo che solleva l'amministrazione e il produttore da ogni responsabilità**, trasferendo il rischio contrattuale e sanitario interamente sul cittadino.

Possiamo vedere nella slide a pagina 4 una analisi comparativa sintetica a livello Internazionale dei Moduli di Consenso Informato. [slide 4]

4.3 Il DL 44/2021: l'epilogo dell'inganno semantico

Il Decreto-Legge 1° aprile 2021, n. 44 (convertito nella Legge 76/2021) **rappresenta l'apice dell'inganno semantico trasposto in norma dello Stato.**

Questo provvedimento ha introdotto l'obbligo vaccinale per gli esercenti le professioni sanitarie, venendo poi esteso — attraverso una sequenza di decreti successivi — a vaste fasce della popolazione, sia in forma diretta che indiretta tramite lo **strumento del Green Pass**. L'impianto normativo, poggia su una terminologia che conferma l'ambiguità semantica strumentale alla coercizione. **Citiamo l'articolo 4, comma 1:**

*"Al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, gli esercenti le professioni sanitarie [...] sono obbligati a **vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da Sars-CoV-2.**"*

L'inserimento della locuzione **"prevenzione dell'infezione da Sars-CoV-2"** all'interno di un testo di legge costituisce il **punto di rottura tra realtà scientifica e norma giuridica** per tre ordini di motivi:

- **L'oggetto dell'obbligo:** il legislatore **ha deliberatamente evitato di scrivere "per prevenire la malattia Covid-19"** (l'unico effetto per cui il vaccino era stato autorizzato in sede EMA/AIFA), preferendo la dicitura **"per prevenire l'infezione"** (con specifico riferimento al meccanismo contagio/trasmissione).
- **La ratio legis (la giustificazione):** l'obbligo è stato motivato con la necessità di garantire la **"sicurezza nell'erogazione delle prestazioni (sanitarie)"**. Ciò presupponeva scientificamente che il soggetto vaccinato (*sanitario*) fosse incapace di infettarsi e di trasmettere il virus al paziente. **Senza l'effetto sterilizzante (blocco del contagio), la giustificazione stessa della norma decade.**

⁸ <https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2022/10/12/pfizer-ammette-nessun-test-sui-vaccini-per-stop-a-contagi/6835853/>

⁹ <https://www.ilgiornale.it/video/mondo/vaccini-covid-pfizer-commissione-ue-mai-fatto-test-su-2076898.html>

- **Il contrasto con le autorizzazioni EMA:** poiché l'ente regolatore europeo ha confermato nel 2023 che i vaccini non erano stati autorizzati per prevenire la trasmissibilità, **il DL 44/2021 ha imposto un obbligo basandosi su una funzione che il farmaco non possedeva.**

4.4 Le responsabilità istituzionali

Il Decreto-legge n. 44/2021 esprime un collegamento ben preciso fra **ministeri competenti, coordinati dalla presidenza del consiglio**, che hanno veicolato l'obiettivo della **"prevenzione dell'infezione"**:

- **Mario Draghi** (Presidenza del Consiglio): l'ispiratore della linea dell'obbligatorietà.
- **Roberto Speranza** (Ministero della Salute): primo proponente e portatore della giustificazione tecnico-scientifica (*con o senza l'avallo del CTS*).
- **Marta Cartabia** (Ministero della Giustizia): architetto dello "scudo penale" (art. 3) e garante della tenuta giuridica del provvedimento.
- **Renato Brunetta** (Ministero della Pubblica Amministrazione): coordinatore dell'attuazione dell'obbligo nel settore pubblico.

La già citata Circolare 42164 del 24/12/2020 viene firmata da **Giovanni Rezza, Direttore Generale della Prevenzione e membro del CTS**: la sua architettura fonda le radici nel lontano **2014** e va fatta risalire al sodalizio fra il medesimo e l'allora Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, in particolare nel summit **GHSA** di Washington, dove l'Italia fu designata **"capofila"** per le strategie vaccinali mondiali.

Il Decreto Lorenzin, convertito nella L. 119/2017, **rappresenta il primo passo sostanziale verso la compressione dei diritti individuali in nome della "protezione della collettività"**. La stessa logica e gli stessi meccanismi saranno applicati al DL 44/2021 (convertito nella Legge 76/2021).

4.5 L'Escalation Coercitiva: Green Pass e ricatto morale

Dal luglio 2021, la strategia passa dalla persuasione alla **colpevolizzazione** diretta:

- **Il Verdetto "Draghi"** (22/07/2021): *"l'appello a non vaccinarsi è un appello a morire... non ti vaccini, con tagi, lui/lei muore"*. È l'apice della disinformazione: il cittadino che non si vaccina diventa un potenziale "assassino".
- **Il "green pass" e il "super green-pass" per Lavorare** (16/09/2021): con il D.L. 127/2021, **il diritto al lavoro viene subordinato, di fatto, alla vaccinazione per TUTTI i lavoratori**, pena il sottoporsi continuativamente al **"tampone PCR"**, (*già oggetto di discussione in questa Commissione per il suo utilizzo improprio ...*). **Speranza** parla paradossalmente di **"estensione della libertà"** e **Brunetta** di **"sicurezza"**, **ignorando tutte le prove scientifiche che si andavano accumulando di mese in mese.**

Questo sistema si è retto su una narrazione UNIVOCA che, a partire dalle **massime istituzioni**, **ha coinvolto tutti i media mainstream**, promuovendo l'isolamento sociale dei dissidenti e colpevolizzando persino i bambini. **Il consenso informato è stato sostituito da un consenso estorto.**

Il DL 44/2021 e i successivi atti normativi collegati non sono stati misure sanitarie, ma un utile strumento che mirava non solo al consenso sociale ma anche ad una **censura pubblica del dissenso e l'accettazione della metamorfosi del diritto in mera concessione condizionata**. [Slide 5 e 6]

4.6 Quesiti fondamentali che minano la validità del contenuto del Consenso Informato utilizzato nella campagna vaccinale

QUESITO DI BASE: Il consenso informato (CI) era legalmente valido (*in base a coerente giurisprudenza, e anche in base all'ulteriore chiarimento sul tema della Corte di Cassazione, Ordinanza 07/01/2026, n. 316*), **e tale da rispettare il diritto all'autodeterminazione?** [Slide 7]

La risposta è **NO** per i seguenti motivi principali.

Motivo N. 1: perché il CI **traeva di fatto in inganno sui risultati realmente conseguibili, che non includevano affatto anche quello di evitare l'infezione da SARS-CoV-2 [Slide 8, 9, 10 e 11]**. Questo però costituiva il fine della legge sull'obbligo, e quanto mass-media e istituzioni hanno indotto la popolazione a credere.

Motivo N. 2: perché il CI **non riportava L'EFFETTIVA ENTITÀ DELLE REAZIONI AVVERSE da SORVEGLIANZA ATTIVA, già note dai RCT registrativi di fine 2020, e poi dal programma v-safe, pubblicate in preprint dai CDC già dall'ottobre 2021 [Slide 12, 13 e 14]**

A questo proposito, gli studi clinici randomizzati controllati (RCT) registrativi dei vaccini a mRNA, tenuti a una corretta sorveglianza attiva, avevano già mostrato un'incidenza elevatissima di reazioni avverse, anche severe, che i media italiani hanno ampiamente taciuto, ma sui quali anche i modelli di consenso informato erano carenti.

Si citano a titolo di esempio le reazioni avverse riportate nel RCT autorizzativo del vaccino Moderna: il RCT, nella tabella S4 ¹⁰della *Supplementary Appendix*, riporta entro 7 giorni dalla seconda dose un 19,6% di reazioni avverse di grado 3 (**severe, cioè gravi**) nei soggetti del braccio con vaccino, di cui 15,6% di reazioni avverse severe sistemiche. **Il valore medio del 17,7% probabilmente non cambia computando anche le reazioni severe alla 3° dose.**

Per quanto riguarda l'Italia, il 12° Rapporto AIFA, riferito all'intero periodo 27/12/2020 - 26/06/2022, riporta un'incidenza media di 18,1 segnalazioni relative a eventi "gravi" ogni 100.000 dosi somministrate, cioè lo 0,0181%, indipendentemente dal vaccino.

È dunque palese un'enorme sottostima di eventi avversi gravi: per chiarezza,

$$\frac{17,7\%}{0,0181\%} = \text{quasi } 980 \text{ volte meno nel 12° rapporto AIFA}$$

rispetto alla proiezione dei riscontri del RCT registrativo di Moderna, a dimostrazione della completa inefficienza del sistema di farmacovigilanza passiva vigente.

Motivo N. 3: perché **il CI non riportava le alternative disponibili, già pubblicate nel 2020 e 2021 con RCT favorevoli nella cura della COVID-19 [Slide 15 e 16]**, reperibili nella letteratura scientifica indicizzata su PubMed a livello mondiale.

Sul fatto che le alternative effettivamente disponibili debbano esser parte necessaria di un valido consenso informato, la Corte di Cassazione ha tolto ogni dubbio ¹¹.

*Pochi, tuttavia, sembrano consapevoli in Italia che tali alternative, sotto forma di multipli RCT con risultati coerentemente favorevoli, fossero pubblicate nella letteratura mondiale, andando ben oltre al requisito minimo posto dal Consiglio di Stato per una possibile prescrizione di farmaci off-label. Alcuni esempi dei suddetti RCT, tra i molti possibili, si citano tre sostanze, a titolo solo esemplificativo: **curcumina, melatonina e iodopovidone**, riportando sia risultati di mortalità (senza vincolo di disegno di studio), sia risultati ottenuti in RCT, su vari esiti, in questo caso non solo di mortalità.*

¹⁰ https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2035389/suppl_file/nejmoa2035389_appendix.pdf

¹¹ https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2024/01/Cassazione_Consenso_GEN-2026_Oscurata.pdf

4.7 La “ghigliottina” dell’algoritmo OMS

L'architettura della farmacovigilanza italiana si è poggiata (e si poggia per tutti i vaccini in uso) sull'adozione acritica dell'algoritmo OMS (*User Guide to the WHO Causality Assessment*)¹². [Slide 17]

Sussistono, in generale, molte perplessità nella sua applicazione¹³.

L'algoritmo tende ad escludere l'associazione di un AEFI (*Adverse Event Following Immunization*) con la vaccinazione attraverso un processo di selezione delle informazioni relative al caso in esame: in una prima fase, il processo cerca sistematicamente un'altra causa "forte" che, se trovata, escluderebbe il nesso causale. In secondo luogo, si valutano associazioni causali note fra l'evento avverso e la vaccinazione, in una **finestra temporale considerata ad alto rischio, ore - giorni o, al massimo, alcune settimane**. Il terzo criterio di selezione, che spesso è decisivo, si basa **sulle prove nella letteratura scientifica del possibile nesso di causa**, mentre l'ultimo prevede una ulteriore selezione in presenza di **altre cause** che giustificano l'evento che porta a classificare (che porta a classificare → **incoerente**), in presenza di fattori confondenti (che porta a classificare → **indeterminato**) o di informazioni necessarie inadeguate per effettuare la valutazione (che porta a classificare → **inclassificabile**).

Uno dei punti critici di questo processo risiede nel cosiddetto "**vizio di circolarità**": l'algoritmo tende a far classificare come "*non correlabile*" qualsiasi evento che non sia già esplicitamente elencato nel foglietto illustrativo o considerato plausibile dalla cosiddetta “comunità scientifica”, originando il **fenomeno dell’under-reporting: non si segnala ciò che non si conosce, e non si potrà mai conoscere ciò che il sistema manca di segnalare**.

Da sottolineare l'importanza del “**paradosso temporale**”: sebbene la letteratura scientifica internazionale riconosca che reazioni avverse gravi — *quali, ad esempio, miocarditi, pericarditi o sindromi autoimmuni* — possano manifestarsi, evolvere o aggravarsi nel tempo, **l'algoritmo opera in modo tale da escludere il nesso di causalità se il sintomo insorge oltre la finestra temporale considerata ad alto rischio**.

4.8 Richieste all’onorevole Commissione di Inchiesta

Alla luce di quanto sopra, si richiede formalmente:

1. **L’acquisizione dei verbali di redazione dei moduli di consenso ministeriali** per individuare i responsabili tecnici che hanno autorizzato l'omissione delle avvertenze sulla mancata prova di trasmissibilità del virus.
2. **La verifica della discrepanza tra i rapporti tecnici EMA** (che definivano "ignoto" l'effetto sulla trasmissione) **e la comunicazione della Presidenza del Consiglio e del Ministero della Salute** che garantiva l'efficacia "anti-contagio".
3. **L’accertamento dell'origine dell’"Inganno Semantico"**
4. **La valutazione della legittimità dei moduli di consenso informato nella parte relativa alla “manleva”,** accertando il paradosso giuridico di un obbligo sanitario che trasferisce contrattualmente ogni rischio di reazione avversa esclusivamente sul cittadino.
5. **Una indagine sui vincoli internazionali (GHSA - Global Health Security Agenda),** per verificare se il ruolo di "Italia capofila" per le strategie vaccinali (2014) abbia avuto un peso nell'adozione di modelli coercitivi basati su presupposti scientifici non certificati e dei potenziali conflitti di interesse fra i funzionari pubblici coinvolti.

¹² <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516990>

¹³ <https://cmsindipendente.it/sites/default/files/2024-12/Algoritmo%20causalit%C3%A0%20OMS%20da%20Orifomulare%20Bellavite%2C%20Donzelli%2C%20Isidoro%20j%20clin%20med-30%20nov%202024%20%2B%2B%2B%2B.pdf>

6. **Accertamento Responsabilità nella scelta dei criteri di farmacovigilanza**
7. **Acquisizione degli Atti Preparatori dei Decreti-legge 44 e 127, 202**
8. **Verifica dei Flussi Documentali tra CTS, AIFA e Ministero**
9. **Accertamento sulle Politiche di Comunicazione e indirizzo mediatico**

5 Razionalità scientifica dell'obbligo vaccinale per persone di età inferiore ai 50 anni

5.1 L'inversione del paradigma medico

Le prove rese disponibili da ISTAT e ISS, già a partire dal 5° Rapporto sull'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale dei residenti nel 2020 (5 marzo 2021), e poi dal 6° Rapporto (18 giugno 2021)¹⁴, mostrano **che gli italiani di età inferiore ai 50 anni hanno avuto in tutto il 2020 e nei primi 3 mesi 2021 (prima che iniziassero le vaccinazioni per le loro fasce d'età, salvo che per alcune categorie) una mortalità inferiore alla media del precedente quinquennio 2015-2019.**

È chiaro che la spinta a vaccinare i soggetti sotto i 50 anni non solo **non trovasse giustificazione scientifica nell'obiettivo di tutelare gli altri, ma neppure rispetto all'obiettivo di tutelare complessivamente se stessi.**

Al contrario, **l'obbligo ha esposto senza necessità i giovani ai rischi già noti e a quelli allora ignoti**, ma che stanno purtroppo emergendo, in modo scientificamente ingiustificato e non responsabile anche in base alle conoscenze disponibili allora¹⁵.

Una delle criticità più rilevanti è stata delineata dal ricercatore italiano Panagis Polykretis, il primo a ipotizzare **il meccanismo della risposta infiammatoria autoimmune scatenata contro i tessuti che esprimono la proteina spike vaccinale, fenomeno alla base delle miocarditi indotte dai vaccini genetici**¹⁶.

Il rigore metodologico di una sorveglianza attiva non solo avrebbe potuto garantire alta qualità e affidabilità dei dati, ma rendere i risultati altamente rappresentativi dell'incidenza reale degli eventi cardiaci associati al vaccino. In effetti, **la sorveglianza attiva mostra incidenze di miopericardite circa mille volte superiori rispetto a diversi sistemi di segnalazione passiva** (come i rapporti dell'Agenzia Italiana del Farmaco)¹⁷.

I profili di rischio fino ad allora delineati dovevano essere rigorosamente ponderati in relazione alla letalità della patologia e al beneficio clinico atteso. **L'assunzione di tali rischi appare ancor più ingiustificata se parametrata ai tassi di letalità (IFR) del ceppo originario di SARS-CoV-2, che risultano prossimi allo zero nelle coorti più giovani [Slide 18 e 19]:** a fianco della percentuale il parametro NNT (*Number Needed to Treat*) che indica il **numero di soggetti da trattare per evitare un esito fatale** (non probabile, in questi casi ...), rischiando gli effetti avversi del trattamento,

- lo 0,0003% nella fascia 0-19 anni **NNT: 333.333**
- lo 0,002% tra i 20 e i 29 anni, **NNT: 50.000**

¹⁴ https://www.istat.it/it/files/2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf, https://www.istat.it/wp-content/uploads/2021/06/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno.pdf

¹⁵ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12643559/#abstract1>

¹⁶ P. Polykretis, Role of the antigen presentation process in the immunization mechanism of the genetic vaccines against COVID-19 and the need for biodistribution evaluations, *Scandinavian Journal of Immunology* 96 (2022) e13160. <https://doi.org/10.1111/sji.13160>.

¹⁷ A. Donzelli, Letter by Donzelli Regarding Article, "Risk of Myocarditis After Sequential Doses of COVID-19 Vaccine and SARS-CoV-2 Infection by Age and Sex," *Circulation* 147 (2023) e653–e654. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.062726>.

- lo 0,011% tra i 30 e i 39 anni e **NNT: 9.090**
- lo 0,035% tra i 40 e i 49 anni **NNT: 2.857**

Anche nelle fasce d'età più mature, il rischio di mortalità rimane estremamente contenuto, attestandosi allo,

- **0,123% tra i 50 e i 59 anni e NNT: 813**
- **allo 0,506% tra i 60 e i 69 anni ¹⁸. NNT: 197**

A fronte di un presunto beneficio individuale che, per la stragrande maggioranza della popolazione, risultava pressoché nullo, tale strategia ha **imposto l'esposizione a incognite biologiche di portata imprevedibile, la cui gravità invalida retroattivamente la legittimità etica e clinica dell'intero intervento [Slide 20, 21 e 22]**.

6 Il Fallimento del Modello RSA: Tra Falsa Sicurezza e Crudeltà

Le strutture residenziali per anziani sono state teatro di una gestione paradossale che ha privilegiato l'ideologia del green-pass alla reale sicurezza biologica.

- **L'Illusione del Certificato Verde:** Il green-pass ha operato come una "*falsa patente di immunità*". L'esenzione dal tampone per il personale e i visitatori vaccinati ha trasformato il certificato in un vettore di contagio.
- **La Segregazione Affettiva:** mentre il virus circolava tramite i possessori di Green Pass non schermati, è stata inflitta la "*tortura dell'isolamento*" ai degenti.
- **Violazione Costituzionale:** tale condotta configura una violazione della dignità umana e del diritto alla famiglia (Art. 29 Cost.).

7 IV Commissione di inchiesta Uranio Impoverito: un precedente da considerare

Per sottolineare **l'importanza del lavoro di questa Commissione**, preme ricordare i lavori di una precedente Commissione Parlamentare chiamata a indagare sulle cause delle morti e delle gravi malattie che colpirono i militari italiani, la Commissione Uranio Impoverito, che portò a conclusione i lavori (2018) attraversando diverse legislature, a partire dalla Commissione Mandelli (22 dicembre 2000) ¹⁹.

Dopo quasi 20 anni di lavori e numerose vittime fra i nostri militari, la Commissione, presieduta dall'On. Scanu, concluse che **la profilassi vaccinale era tra i fattori scatenanti le morti e le gravi patologie del personale militare preso in esame**. **La relazione finale riporta l'analisi di numerose reazioni avverse in seguito alle vaccinazioni con l'insorgere di patologie autoimmuni e neoplastiche in una parte di popolazione militare non sottoposta a fattori di rischio diversi da quelli vaccinali [Slide 23]**. L'augurio è che questa Commissione possa continuare ad approfondire i fatti con lo stesso rigore e la stessa determinazione.

¹⁸ A.M. Pezzullo, C. Axfors, D.G. Contopoulos-Ioannidis, A. Apostolatos, J.P.A. Ioannidis, Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population, Environmental Research 216 (2023) 114655. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655>.

¹⁹ https://documenti.camera.it/_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/022bis/023/INTERO.pdf

8 Conclusioni

Alla luce dei fatti, dei dati e delle evidenze documentali esposte nella presente relazione e nel corposo fascicolo allegato agli atti, si evidenzia come nella gestione dell'emergenza, causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-CoV-2 e nelle misure adottate, si sia verificata una vera e propria frattura del patto di fiducia tra Stato e Cittadino generata anche dall'adozione di un Consenso Informato che ha violato i principi di verità, trasparenza e precauzione.

Si invita formalmente l'onorevole Commissione ad approfondire quindi:

- **L'accertamento delle Responsabilità sul cosiddetto "Inganno Semantico"**
- **I criteri di farmacovigilanza anche attraverso la programmazione di confronti in contraddittorio per accertare l'entità della sottostima degli eventi avversi gravi**
- **Le basi scientifiche e i flussi documentali che hanno portato alla "raccomandazione attiva" per categorie escluse dai trial regolativi, quali donne in gravidanza e soggetti fragili, in assenza di dati consolidati sulla sicurezza a lungo termine**
- **La valutazione del danno creato ai giovani e ai minori per la sperequazione del rapporto rischio-beneficio per la fascia 0-25 anni nella somministrazione vaccinale**
- **L'illegalità dei Moduli di Consenso Informato laddove le informazioni fornite ai cittadini risultino parziali o difformi dai report tecnici degli enti regolatori (EMA/FDA) e dalle prove scientifiche disponibili nel corso del tempo**

La ricerca della verità su quanto accaduto non costituisce soltanto un doveroso atto di giustizia per i danneggiati e per chi ha subito la sospensione dei propri diritti fondamentali, ma rappresenta l'unico strumento per ricomporre un patto sociale costituzionale profondamente lacerato.

Appare un obbligo morale e giuridico imprescindibile per le Istituzioni **indagare, individuare e accertare le responsabilità dei fatti e consegnare alla magistratura ogni elemento utile alle indagini e contribuire a correggere ognuna delle distorsioni ancora presenti nel sistema di acquisizione del consenso informato, nelle procedure di farmacovigilanza e nel riconoscimento del nesso di causa di reazioni avverse alla profilassi vaccinale, affinché nulla di quanto accaduto si ripeta e continui a ripetersi.**

Ribadiamo, infine, la necessità di un confronto con contraddittorio atto a individuare con certezza le risposte ai principali nodi scientifici emersi nel corso dei lavori della Commissione, sia su efficacia e sicurezza della campagna vaccinale che sulle alternative terapeutiche [Slide 24].

Grazie per l'ascolto.

Allegati:

1. **Slide di accompagnamento alla Relazione,** file #01_Presentazione_Comilva.pdf
2. **Fascicolo di approfondimento,** file #03_COM_20260413_2_Approfondimento.pdf

Associazione COMILVA Odv

Il Presidente - Claudio SIMION

claudio.simion@comilva.org