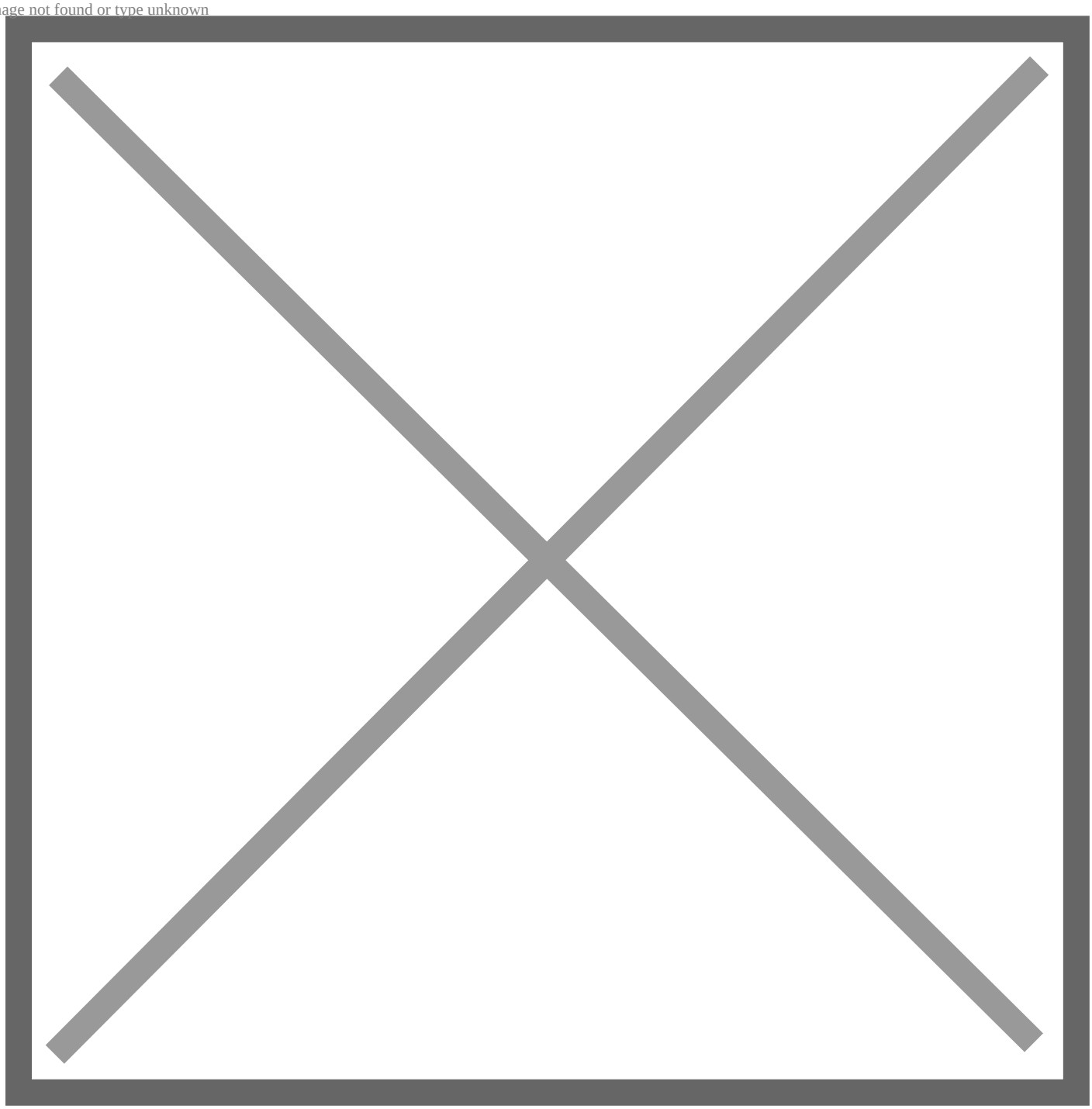
Image not found or type unknown



IL CASO

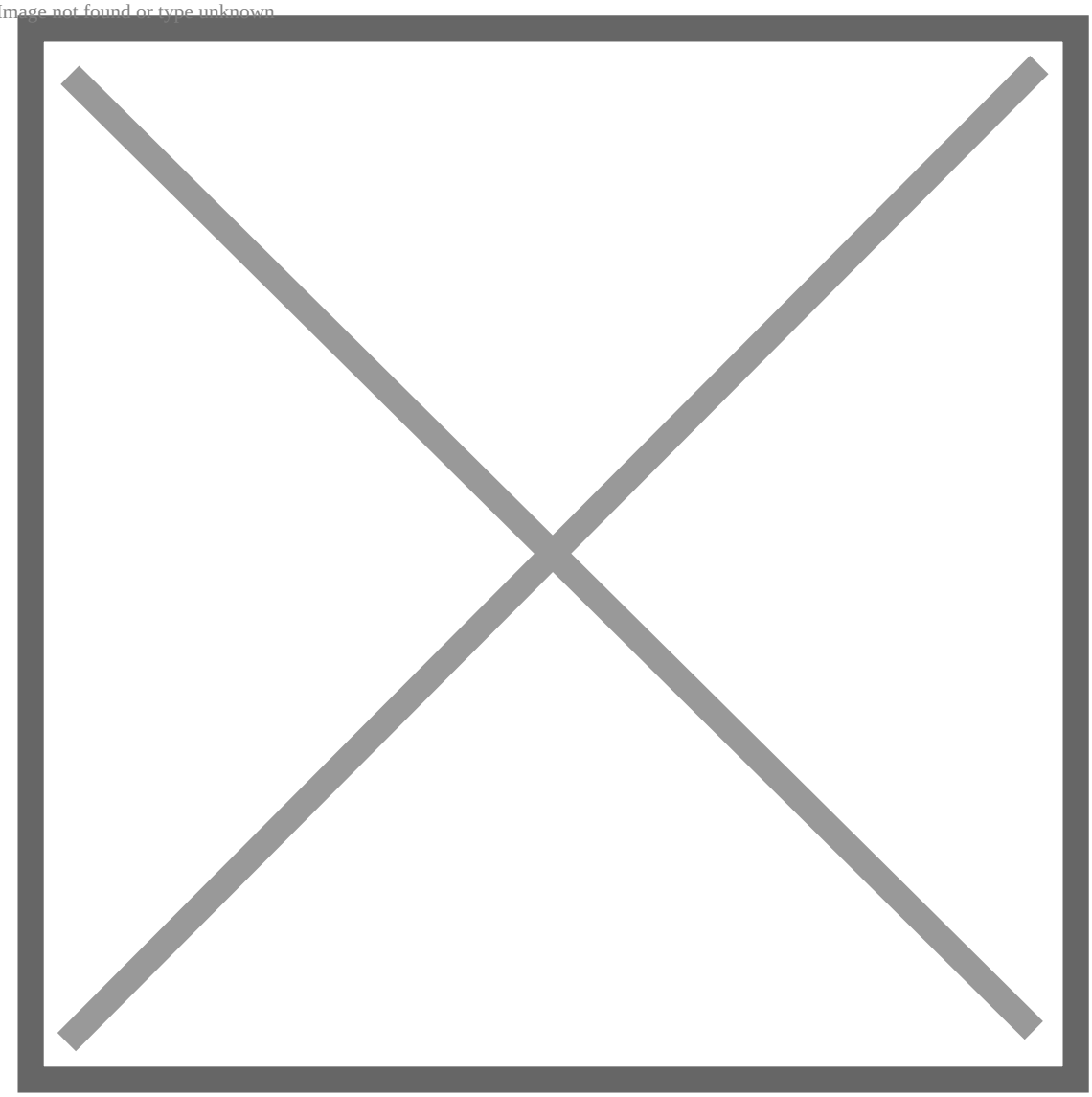
Quello che non quadra nella relazione dell'Iss

ATTUALITà 29_08_2021

img
Image not found or type unknown

Alessandro Capucci*

Image not found or type unknown



Nelle premesse alla valutazione dei dati sul COVID relativi agli ultimi giorni di Agosto 21 e paragonati con l'andamento precedente si parla di dati acquisiti con criteri di Sorveglianza Integrata, cioè che "*riguardano tutti i casi di infezione da virus SARS-CoV-2 confermati tramite positività ai test molecolari e antigenici*".

Si osserva a pag 1 della relazione come per quanto riguarda Il Rt (indice di contagio) "è *stabile l'incidenza settimanale a livello nazionale: 69 per 100.000 abitanti (09/08/2021-15/08/2021) vs 68 per 100.000 abitanti (02/08/2021-08/08/2021), mentre risulta in diminuzione rispetto alla settimana precedente, ma al di sopra della soglia epidemica, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici, pari a 1,1 (range 1,00– 1,27). Si osserva una diminuzione anche dell'indice di trasmissibilità basato sui casi con ricovero ospedaliero (Rt=1,08 (1,03-1,13) al 10/8/2021 vs Rt=1,2 (1,14-1,25) al 3/8/2021) che si mantiene tuttavia al di sopra della soglia epidemica*"

Poi ancora: "*Durante il periodo 2 - 15 agosto 2021, 82.916 nuovi casi confermati di infezione sono stati segnalati in tutte le Regioni/PPAA italiane. Nel 77% dei casi è riportata una trasmissione locale (autoctona) dell'infezione*"

Già in queste premesse iniziali si devono registrare almeno 2 aspetti poco chiari:

> Al di là della non idoneità dei tamponi utilizzati per la diagnosi di infezione da Coronavirus (punto sottolineato a suo tempo dal suo inventore e confermato dall'elevata mole di falsi positivi e negativi riscontrati in corso di epidemia), una cosa ormai ben nota è che la risposta positiva al tampone può dipendere in modo assoluto dal numero dei cicli di amplificazione del segnale che possono variare da caso a caso con conseguente completa influenza sulla veridicità dei dati. Viene descritto dagli esperti come la amplificazione non dovrebbe raggiungere i 30 cicli. Orbene la domanda è: quale è stata l'amplificazione dei cicli dei dati riportati dall'ISS? È stata omogenea in tutte le sedi e nel tempo? Senza conoscere ciò è ben difficile leggere tali dati con confidenza.
> Come si vede nel testo vengono continuamente variate le date di riferimento; non si può dire che ciò contribuisca a fare chiarezza sull' argomento.

Naturalmente con tali premesse anche il calcolo dell'indice di contagio (basato sui tamponi positivi effettuati in più senza alcuna strategia specifica) è da rivedere e potrebbe essere anche parecchio differente.

Nella stessa pagina si passa poi ad analizzare l'impatto sulla popolazione della malattia da COVID-19, prima riportando i decessi totali e poi i favorevoli dati dei vaccinati:

"*Dall'inizio dell'epidemia*, *sono stati riportati al sistema di sorveglianza 4.453.059 casi confermati di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali e 127.707 decessi*". "*La maggior parte dei casi notificati negli ultimi 30 giorni in Italia sono stati diagnosticati in persone non vaccinate*".

Quindi prima il report di un numero preciso, seguito, poche righe dopo, da una vaga asserzione sul beneficio del vaccino. Ma per dire che vi è stata una forte riduzione della infezione, dei ricoveri e dei decessi (fino al 97%) su quali dati si basano tali percentuali?

I dati Europei ci riportano 7.4 decessi per milione di abitanti (pag 4) con tasso percentuale, pertanto del 0.0074% ed un tasso di positività variabile nelle Nazioni da un minimo in Cecoslovacchia (0.18%) ad un massimo in Spagna (10.8%). Nei testi dell'ISS

ritengo che questo sarebbe stato il momento di chiarire il tasso di amplificazione applicato nella lettura dei tamponi. È naturale che questa variabilità, a fronte di un virus che circola in Europa da quasi 2 anni, non sia certo legato a fenomeni naturali. Tale dato invece pare confermare l'artificiosità dei dati legato a livelli diversi di amplificazioni del segnale proveniente dai tamponi molecolari utilizzato in realtà diverse.

A pag 6 si riporta comunque come al 28 giugno 21 la % di ricoveri, in assoluto, in ospedale fosse del 0.010% per le persone sotto gli 80 anni, mentre in Agosto 21 fosse invece aumentato a 0.012%. E' chiaro quindi che a fronte della uscita delle note restrizioni (Green pass) non vi era stato a priori un significativo aumento delle ospedalizzazioni; ricordando che con questi numeri ridotti è difficile verificare la validità statistica di una modifica, specie se modesta.

Una perseveranza nell'errore viene poi ribadita a pag 10 della relazione dove si legge: "*La capacità diagnostica è aumentata da inizio pandemia, passando da un numero medio giornaliero di tamponi effettuati pari a 3.110 a febbraio 2020 a 180.365 a giugno 2021"*

Quindi ancora una volta si fa leva sulla possibile "falsa diagnosi derivata dai tamponi" per basare la bontà dei dati, quando è ormai arcinota la loro limitazione; inoltre, in medicina i *tests* sono sempre serviti per completare eventualmente una diagnosi clinica ma non è vero il contrario.

Nella tabella 1 sono riportate le % di letalità in base alle fasce di età, con numeri approssimativi che non rendono evidente quella che è con sicurezza una bassa % nei giovani, la quale vista nella sua completezza ben difficilmente porterebbe a giustificare questa campagna vaccinale estesa anche nei loro confronti. Ebbene nella fascia 0-9 anni la letalità in percentuale è: 0.0056%; fra 10 e 19 anni è 0.0037%; fra 20-29 anni è 0.012%; fra 30-39 anni è 0.047%, mentre fra 40-49 anni è 0.16%. Non mi pare questi siano numeri da destare una soverchia preoccupazione e da rendere quasi obbligatorio l'inoculazione di questo "vaccino" in queste fasce di età. Certamente il rischio di complicanze vascolari, di miocarditi, di nefropatie etc, andrebbe pesato con attenzione a confronto dei sicuri ridotti benefici.

Il clou della presentazione di questo documento dell'ISS dovrebbe essere concentrato nella tabella 3, a pag 14, dove si dovrebbe dimostrare il beneficio del vaccino nei riguardi di ospedalizzazione, ricovero in TI e sulla mortalità.

Ancora una volta sono riportati numeri estremamente ridotti da cui è molto

improbabile dedurre significatività statistiche (che vengono infatti regolarmente ignorate). Si passa ad esempio da 4 deceduti nei non vaccinati a nessuno nei vaccinati anche con ciclo incompleto che sappiamo non dovrebbe essere protettivo. Nessun lavoro scientifico avrebbe preso questo dato come probante dell'efficacia del vaccino. Mentre questa viene rilevata essere una efficacia del 100%. Naturalmente con questo giochino poi vengono calcolati gli indici di protezione del vaccino anche per le rimanenti fasce di età amplificate a dimostrazione della scarsità numerica esistente. La interpretazione che si fa quindi di tali dati è assolutamente scorretta in quanto non si fa alcun accenno di valutazione statistica e non vengono nemmeno descritti i criteri di ospedalizzazione, di intubazione e di come sia stata attribuita la morte alla patologia di cui si sta trattando (COVID-19).

Infatti, si nota, sempre dalla tabella, come paradossalmente il "così detto beneficio della vaccinazione", si riduca aumentando la fascia di età (ultraottantenni ad esempio 65 decessi nei non vaccinati verso 40 nei vaccinati). Ma non era stato detto che questa era la fascia da proteggere maggiormente con la vaccinazione?

Da qui si deduce quindi come anche il calcolo riportato in tabella 4 sulla efficacia vaccinale sia del tutto aleatorio, in quanto derivato dai limitati dati predetti.

Forse è giunto il momento di richiedere all'ISS di fornire alla popolazione italiana, stressata da 2 anni, dei dati scientificamente interpretabili che devono, come tali, basarsi su criteri clinici di selezione e analisi dei pazienti che siano uguali a sè stessi, sulla conoscenza dell'amplificazione della lettura dei tamponi, sulle indicazioni esistenti nel nostro Paese per ricoverare i pazienti sia in Ospedale che in Terapia intensiva; sulla diagnosi di mortalità per COVID. Inoltre, a questo punto, soprattutto se l'intenzione sarà quella di prolungare nel tempo la vaccinazione con dosi ripetute (recenti dichiarazioni del Presidente di AIFA), diviene fondamentale e imprescindibile una valutazione attiva degli effetti collaterali secondari alla somministrazione dei "vaccini mRNA".

*Cardiologo