



INTERVISTE MADE IN ITALY SALUTE E BENESSERE

Intervista al professor Paolo Bellavite: «Mi pare che più che basarsi sulla scienza, si sia imposta una credenza religiosa nei confronti dei vaccini»

Simona Frigerio 1 anno ago 13 min read

Ci sono medici e ricercatori che si danno ai *jingle* natalizi per spacciare vaccini come fossero merendine sotto banco, quando persino una parte della comunità medico-scientifica israeliana comincia ad avere dubbi che un sistema immunitario continuamente sollecitato potrebbe correre rischi. Ci sono politici che hanno esteso uno stato di emergenza oltre i limiti di legge consentiti, ma non se ne sono resi conto né il futuro ex Presidente della Repubblica né giuristi e costituzionalisti. Ci sono giornalisti che da 22 mesi si prestano a un'opera di terrorismo mediatico (pensiamo anche allo stillicidio di anticipazioni sulle chiusure dei vari decreti), che ha deresponsabilizzato il cittadino dividendo una

nazione in ottemperanti/buoni (*pro-vax*) e recalcitranti/cattivi (*no-vax*). E che, adesso, si troveranno a dover convincere i primi 40 milioni e passa di italiani ‘buoni’ a sottoporsi al tampone, ad esempio, per viaggiare e ad altre restrizioni come i ‘cattivi’ secondi (perché il vaccino, come dicevano medici e ricercatori messi a tacere, è ormai provato che non ferma la circolazione del virus né impedisce di essere contagiosi). E infine il GP, che dava quel senso di superiorità e conformità alle norme ai primi, finirà per essere carta straccia di fronte ai 15 euro (di carta sonante) dei tamponi per tutte e tutti – mentre la pezza al conformismo si trasforma nella più seria Ffp2.

Parrà un’ironia, ma chi non ha avuto certezze messianiche per un intero anno, almeno il 31 dicembre avrà diritto di salutare i propri lettori persino con qualche dubbio in più, intervistando – seriamente, perché qui si parla di virus, vaccini e cure e non di inoculazioni infiocchettate sotto l’albero di Natale – il professor Paolo Bellavite, dottore, ricercatore e docente.

Raggiungiamo Paolo Bellavite da Lisbona dove, da una settimana, siamo tornati alla normalità. Ossia, nonostante distanziamento e mascherine al chiuso, non abbiamo dovuto esibire alcun *Green Pass*: si sale sui mezzi pubblici, si entra e consuma nei locali, ma soprattutto si fruisce di cultura e servizi in quanto cittadini – che versano le tasse e fanno parte di uno stato di diritto – senza alcun lasciapassare (inutile quando anche i vaccinati possono essere contagiosi). Mentre i tamponi, per i portoghesi, nei punti e nelle farmacie convenzionati, è gratuito.

La prima domanda riguarda il fattore costi/benefici della vaccinazione che, ovviamente, deve sempre rapportarsi all’età della persona. Dopo la denuncia delle probabili connessioni tra Atrazeneca e alcuni casi di trombocitopenie, adesso vi è preoccupazione per le miocarditi nei giovani ai quali sono stati

somministrati vaccini a mRNA. Anche perché l'Ema già ad aprile affermava che, nella fascia 20-29 anni, la mortalità da coronavirus fosse vicina allo zero. Al professore abbiamo chiesto cosa pensi a proposito.

Paolo Bellavite: «Per gli eventi avversi io faccio riferimento ai rapporti dell'Aifa e dell'EudraVigilance [*database dell'Agenzia europea per i medicinali, n.d.g.*], accessibili a tutti. A parer mio, però, la farmacovigilanza funziona male sia dal punto di vista qualitativo sia quantitativo. Sicuramente gli eventi avversi gravi possono essere nell'ordine di qualche decina di volte superiore a quanto si crede. A maggio di quest'anno fui io stesso a dichiarare [*a Di Martedì, il programma condotto da Giovanni Floris, n.d.g.*], a fronte di una domanda concernente la farmacovigilanza, che non erano 40 gli eventi avversi gravi su 100.000 inoculazioni, bensì 4.000. Un dato ricavato dai calcoli fatti dalle case farmaceutiche negli studi sperimentali, che sono gli unici validi in quanto si è fatta la farmacovigilanza attiva – ovvero è stato fornito un questionario agli inoculati e a coloro a cui era stato somministrato il placebo, così da registrare tutti gli effetti avversi. Da quei dati avevo ricavato il rapporto 4.000 su 100.000, ossia il 4% di reazioni avverse gravi. E qui occorre distinguere. Le reazioni avverse comuni ai vaccini sono molte di più, ma quelle considerate gravi – ossia invalidanti e che rendono impossibile la vita quotidiana almeno per qualche giorno o, in altre parole, che sono nell'ordine di grandezza della malattia da Covid-19 quando viene ben curata – hanno queste dimensioni. Ovviamente tale ragionamento deve essere rapportato alla gravità della malattia nelle diverse età della vita. Se noi consideriamo i bambini, il rischio del vaccino risulta maggiore di quello della malattia. Per gli anziani, al contrario, si deve fare il ragionamento opposto dato che le reazioni avverse risultano inferiori a quelle negli adulti e, soprattutto, nei giovani».

Può spiegare anche a un profano, brevemente, come funzionano i vaccini a mRNA?

P. B.: «Questi vaccini funzionano inserendo, tramite una particella

lipidica, un acido nucleico nella cellula. Quando vi è entrato, l'acido nucleico insegna alla cellula a produrre una proteina denominata *spike*, che è propria del virus. A quel punto la cellula, producendo la proteina *spike*, la espone sulla propria membrana e va in questo modo a stimolare il sistema immunitario, che la riconosce come estranea. Il problema qual è? Come ho scritto in diversi articoli, mentre nella teoria proposta dalle case farmaceutiche queste *spike* sarebbero prodotte solamente dalle cellule del sistema immunitario e si tratterebbe semplicemente di un'autostimolazione del medesimo, nella realtà dei fatti le *spike* sono prodotte anche da altre cellule e in molte parti del corpo – compresi il cuore, i vasi sanguigni, il pancreas, il fegato e la tiroide – e, quindi, si possono verificare reazioni gravi contro tali cellule, che hanno prodotto la *spike*, dato che si comportano come se fossero state infettate dal virus. La differenza è che se ci fosse il virus, sarebbe questi a riprodursi, con la *spike* del vaccino si riproduce la *spike*. Però, dal punto di vista pratico e biologico, il risultato è il medesimo. Non sappiamo inoltre come si controlla questo prodotto, che resta in circolo qualche giorno, né come si comporta la *spike*. Non si comprende come mai in alcuni soggetti il vaccino sia come assumere acqua fresca e, in altri, si abbiano reazioni anche gravi, perfino a distanza di tempo – dato che si somma il problema dell'autoimmunità. Le *spike*, infatti, assomigliano ad alcune proteine del nostro corpo e, quindi, il sistema immunitario, prima, si rivolge contro le *spike* e, poi, per motivo di similitudine, può rivolgersi contro gli stessi tessuti del corpo. Ecco, quindi, scattare il fenomeno autoimmunitario. Le miocarditi pare siano dovute all'innescarsi di questo meccanismo. E infatti non insorgono nei primissimi giorni, ma a distanza di qualche tempo».

Perché da molte parti vi è contrarietà a inoculare i vaccini a mRNA ai bambini?

P. B.: «Il discorso è molto semplice. Il gruppo di cui faccio parte, *InfoVax* [<http://www.infovax.it/>, n.d.g.], ha già fatto diverse pubblicazioni al riguardo. Primo, gli eventi avversi del vaccino

superano gli effetti avversi del virus. Secondo, il virus dà un'immunità molto più duratura e ad ampio spettro rispetto al vaccino [si veda: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=96059, n.d.g.]. Terzo, se si fosse lasciato che i bambini si contagiassero avremmo già risolto il problema delle quarantene nelle classi, come accadeva una volta col morbillo. Bisogna aggiungere come tutto ciò si ricollegli al fatto che, purtroppo, è stato trascurato il trattamento delle prime fasi della malattia».

A tal proposito, perché si continua a puntare, secondo lei, solo sui vaccini e non sulle terapie domiciliari e sui monoclonali?

P. B.: «Occorre disgiungere prevenzione e cura. La prevenzione va fatta coi vaccini o con altri sistemi che sono stati trascurati. Ad esempio, nelle scuole, si sarebbero potuti installare dei filtri a raggi ultravioletti, molto economici, che distruggono il 99% delle cariche virali nell'ambiente – ma non lo si è fatto. Si preme solo sulle mascherine che, al contrario, sono strumenti di dubbia efficacia – sebbene non inefficaci. Si continua a tacere riguardo ai positivi asintomatici che contagiano pochissimo, così come non si è puntato sull'educazione sanitaria – insegnando ai genitori a tenere a casa i figli già fin dai primi sintomi – e così via. E adesso passiamo all'argomento cure. Bisognerebbe chiedersi perché si sia scommesso tutto solo sulla prevenzione vaccinale o sul *lockdown*. Utilizzando, poi, la minaccia di quest'ultimo per costringere le persone a vaccinarsi. Purtroppo, i vaccini, da mesi si è capito che non risolvono la situazione. Proteggono chi è vaccinato, per qualche mese, dalle conseguenze più gravi della malattia, ma non impediscono la diffusione del virus. In Finlandia, leggevo, pensano di ritirare il Green Pass perché dà una falsa sicurezza: è un passaporto per il virus. Aldilà della prevenzione, devono però esserci le cure, ma questo capitolo è stato completamente trascurato. Il perché, lo spiegherei con questo meccanismo: è entrato nella testa dei decisori statali – dato che la scienza e la farmacologia sono state abbracciate dallo Stato – che se non c'è

una prova canonica, col doppio cieco controllato col placebo, eccetera, di efficacia, la cura non si deve fare. Lo Stato ragiona così: siccome non ci sono prove, *“io non te lo consiglio”*. Da qui, si è passati all’interpretazione: *“te lo sconsiglio”*. A partire da quel momento, ossia fin dalla questione delle autopsie [*ci risulterebbe che solo nella Circolare del Ministero della Salute dell’11 gennaio 2021, che ha per oggetto le “indicazioni emergenziali connesse ad epidemia SARS-CoV-2 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della cremazione”, scompaia la dicitura che ‘sconsigliava’ l’esecuzione delle autopsie nei soggetti Covid-19, n.d.g.*], la medicina si è trasformata in medicina di Stato e l’unica valida è quella di Stato. Siccome al momento non vi è il farmaco risolutivo, sebbene i monoclonali possano funzionare, l’Aifa consiglia unicamente il paracetamolo. Ho sentito perfino una dirigente dell’Istituto Superiore di Sanità dire, alla radio, che questa è: «una malattia che guarisce da sola». Quindi, i medici dovrebbero solo attendere per vedere se guarisce. Affermazione vera nel 90% dei casi. Ma il restante 10%, su milioni di pazienti, significa centinaia di migliaia di persone – che poi sono ricoverate e intasano gli ospedali. Con leggerezza, si continua a scrivere che la malattia è mite e occorre solo aspettare o, al massimo, prescrivere, chissà perché, il paracetamolo – che non è un antinfiammatorio e ha una tossicità epatica, ben nota, soprattutto se il paziente, continuando ad avere sintomi e credendo sia un medicinale innocuo, lo prende a lungo e ad alto dosaggio. Va anche detto che, oltre la metà delle persone malate gravemente di Covid, subiscono danni al fegato, quindi, quanto sarà controproducente prescrivere una medicina che ha tali controindicazioni? Per concludere, i medici che hanno portato avanti le cure precoci domiciliari hanno chiesto [*a proposito, si veda anche l’articolo https://www.google.com/amp/s/www.lantidiplomatico.it/amp/39130_44453/dettnews-assemblea_dellordine_dei_medici_quello_che__successo_veramente_e_che_vi_hanno_censurato.html, n.d.g.*], che fossero abolite queste cosiddette raccomandazioni, facendo ricorso al Tar già nell’ottobre 2020. Il Tar aveva dato loro ragione dato che, in una

situazione in cui la malattia non è nota e non si hanno certezze di cura, è giusto che il medico prescriva in scienza e coscienza ciò che ritiene più opportuno. E invece, ecco il Ministro Speranza [e l'Aifa, n.d.g.] ricorrere contro il Tar e, ovviamente, il Consiglio di Stato gli ha dato ragione [ovvero ha accolto il ricorso di Speranza e Aifa contro la **sospensiva del Tar** del documento che definiva i protocolli di cura a casa per i malati Covid, n.d.g.]. A distanza di mesi, e nonostante qualche apertura, ancora oggi restano il paracetamolo e la 'vigile attesa'. Senza voler fare dietrologia, si finisce per domandarsi se coloro che hanno puntato economicamente solo sui vaccini temano che se si scoprisse una cura alla malattia, e per di più domiciliare, le persone si 'disaffezionerebbero' ai vaccini».

Perché si vuole vaccinare chi è stato malato di Covid tassativamente dopo sei mesi, senza una verifica della presenza degli anticorpi né della memoria cellulare?

P. B.: «La domanda, dovrebbe porla alla politica. Secondo me, esistono due motivi. Il primo è che se avessero messo un filtro decidendo chi vaccinare in base alla presenza o meno degli anticorpi, sarebbe stato problematico sul piano organizzativo perché avrebbero dovuto garantire, soprattutto in presenza di un obbligo, analisi gratuite per tutti prima della vaccinazione. Questa è anche l'interpretazione più 'benevola' di tale scelta. Dopodiché si è voluto dare al vaccino una veste salvifica a tutti i costi, senza stabilirne né limiti né alcuna deficienza. La vaccinazione di massa, in quel contesto, diventava necessaria. Dal punto di vista scientifico, al contrario, ci troviamo di fronte a un'assurdità [o a un paradosso, n.d.g.]. Da una parte sentiamo dire che occorre vaccinare anche chi ha avuto la malattia così si aumentano gli anticorpi, però, dall'altra, se si hanno già gli anticorpi e in gran numero, questi non contano più. La sierologia, quindi, è stata interpretata a seconda di ciò che si voleva imporre. Inoltre, non vi è stata la capacità o la volontà di mettere a punto i test sui linfociti – che stanno sviluppando adesso alcuni soggetti privati e che

verificherebbero la memoria a lungo termine. In effetti, gli anticorpi servono solo quando c'è il virus, non devono restare in circolo quando si è guariti. Guai se avessimo in circolo anticorpi per malattie che non sono presenti: rischieremmo l'autoimmunità [si vedano, ad esempio, i dubbi sorti in Israele sulla quarta dose: <https://www.nytimes.com/2021/12/23/world/middleeast/israel-vaccine-4th-dose.html>, n.d.g.]. È fisiologico e normale che il numero degli anticorpi si abbassi. E aggiungo che vi sono prove, fatte sui linfociti, che almeno il 30% della popolazione è già immune per reazioni crociate con altri coronavirus. Si hanno linfociti reattivi con le Sars-Covid-2 perché alcuni sono stati sensibilizzati da altri coronavirus, che si sono succeduti negli anni scorsi. Se fossero stati utilizzati questi test, scientificamente molto corretti, anche questo avrebbe ridotto di circa un 30% la platea dei vaccinabili. Mi pare che più che basarsi sulla scienza, si sia imposta una credenza religiosa nei confronti dei vaccini».

L'efficacia del vaccino per il contenimento dell'epidemia, dati ISS alla mano, si è molto ridimensionata. Di conseguenza, il Green Pass vaccinale dovrebbe avere altrettanto poca efficacia a livello di prevenzione dai contagi. Quali alternative a un uso reiterato del vaccino ogni pochi mesi o al lockdown?

P. B.: «Un punto chiave della mia relazione alla Commissione Affari Costituzionali del Senato è che non si deve mai confondere l'efficacia dei vaccini con l'obbligo vaccinale. Un conto è parlare di costi/benefici della popolazione e un altro parlare del Green Pass – che non è diverso da un obbligo. La differenza fondamentale si basa su due aspetti. Per poter imporre un obbligo, che può anche essere rischioso per le persone, è assolutamente necessario dal punto di vista etico e giuridico, che ci siano due requisiti. Primo, che quest'obbligo serva veramente alla collettività e non al singolo. Mentre, se serve al singolo, ognuno può e deve decidere liberamente del proprio corpo. Secondo, che gli affetti avversi non siano tali da far rischiare la morte alla persona obbligata. Nessuno può obbligare altri a rischiare la vita in alcun modo: non si può

chiedere un sacrificio umano per salvare la collettività. Ora, dato che questi vaccini non bloccano l'epidemia e hanno effetti avversi, non si può considerare in alcun modo l'obbligo ma si può parlare unicamente della convenienza – o meno – di vaccinarsi. Da questo punto di vista, al momento, credo convenga che si vaccinino le persone che hanno un alto rischio di morte in caso si ammalino, anche considerate le condizioni del sistema sanitario e il fatto con vi è una cura certa. Pensiamo al paziente di una Casa di riposo, che fa la scelta volontaria di vaccinarsi e passare con maggiore tranquillità l'inverno, viste le sue condizioni di salute e oggettive – dato che vive a stretto contatto con altri. Contesto al contrario che, sul piano della convenienza, si vaccinino persone non a rischio, compresi coloro, come me, che pur avendo 69 anni, fanno sport, si alimentano bene e non hanno particolari problemi. E scendendo con l'età diventa sempre meno conveniente vaccinarsi per un ulteriore motivo. Se una persona, per tutta la vita, si inietta sostanze due volte l'anno, mette in pericolo il proprio sistema immunitario. Quest'ultimo, infatti, non è così selettivo. Se è continuamente stimolato a reagire, non si potenzia solamente verso il virus. Nel corpo si innescano molteplici reazioni infiammatorie, che si hanno già in corso. Soprattutto le reazioni collegate ai macrofagi, alle cellule dendritiche e ai linfociti non sono tutte dirette contro il virus, sono reazioni infiammatorie anche implicate nelle malattie neurodegenerative – ad esempio, nelle artriti reumatoidi, nelle cardiopatie e persino nell'arteriosclerosi e nei tumori. Ciò che temo è che continuando a stimolare il sistema immunitario, sebbene si possa avere una protezione contro il virus, dall'altro lato, si abbia una ricaduta negativa su altre patologie, che sono le principali in quanto croniche e degenerative. Questa mia è, al momento, solo una teoria. E si riscontra unicamente nelle malattie autoimmunitarie. Però, il problema delle miocarditi potrebbe essere un campanello d'allarme. Rischiamo di innescare reazioni che avranno effetti avversi in tempi più lunghi».

Secondo il virologo Pietro Luigi Garavelli, ma anche altri studi, un

vaccino non efficace, in un momento pandemico, può facilitare la selezione di varianti. Cosa ne pensa?

P. B.: «Sia un vaccino incapace di bloccare la trasmissione e sia il virus tendono a facilitare la selezione di varianti. Ogni virus crea varianti che sopravvivono più facilmente in individui immunodepressi infetti – in quanto il corpo non riesce a eliminarlo velocemente e ha più tempo per replicarsi – e in vaccinati parzialmente. E intendo per ‘parzialmente’ i casi in cui il vaccino protegge l’interno del corpo da un aggravamento della malattia ma non impedisce che, nelle mucose e nel naso, il virus sopravviva. Restando lì più tempo, senza che il decorso e la forte reazione alla malattia lo spazzi via, il virus può replicarsi trovando il modo per sopravvivere meglio. Dopodiché, lo stesso fatto che i vaccini riducano i sintomi, rende più facile che le persone malate non se ne accorgano o attribuiscono ad altro i loro sintomi e, sicuri grazie alla vaccinazione, vadano in giro senza nemmeno fare un test, contagiando gli altri».

Ci sono medici e politici che per un anno hanno spacciato il vaccino come fede messianica nell’immunizzazione e nella salvezza della nazione dei san(t)i. Adesso si accorgono che gli unici che non contagiano sono i ‘miserrimi tamponati’... Ma si sa, la fede, come diceva il buon Marx, è l’oppio dei popoli.

Venerdì, 31 dicembre 2021

In copertina: Foto di Gerd Altmann da Pixabay.

Tags: [Bambini](#) [Cure domiciliari](#) [Green Pass](#) [Malattie autoimmuni](#) [Miocarditi](#) [mRNA](#)
[Paolo Bellavite](#) [Sistema Immunitario](#) [Vaccino](#)