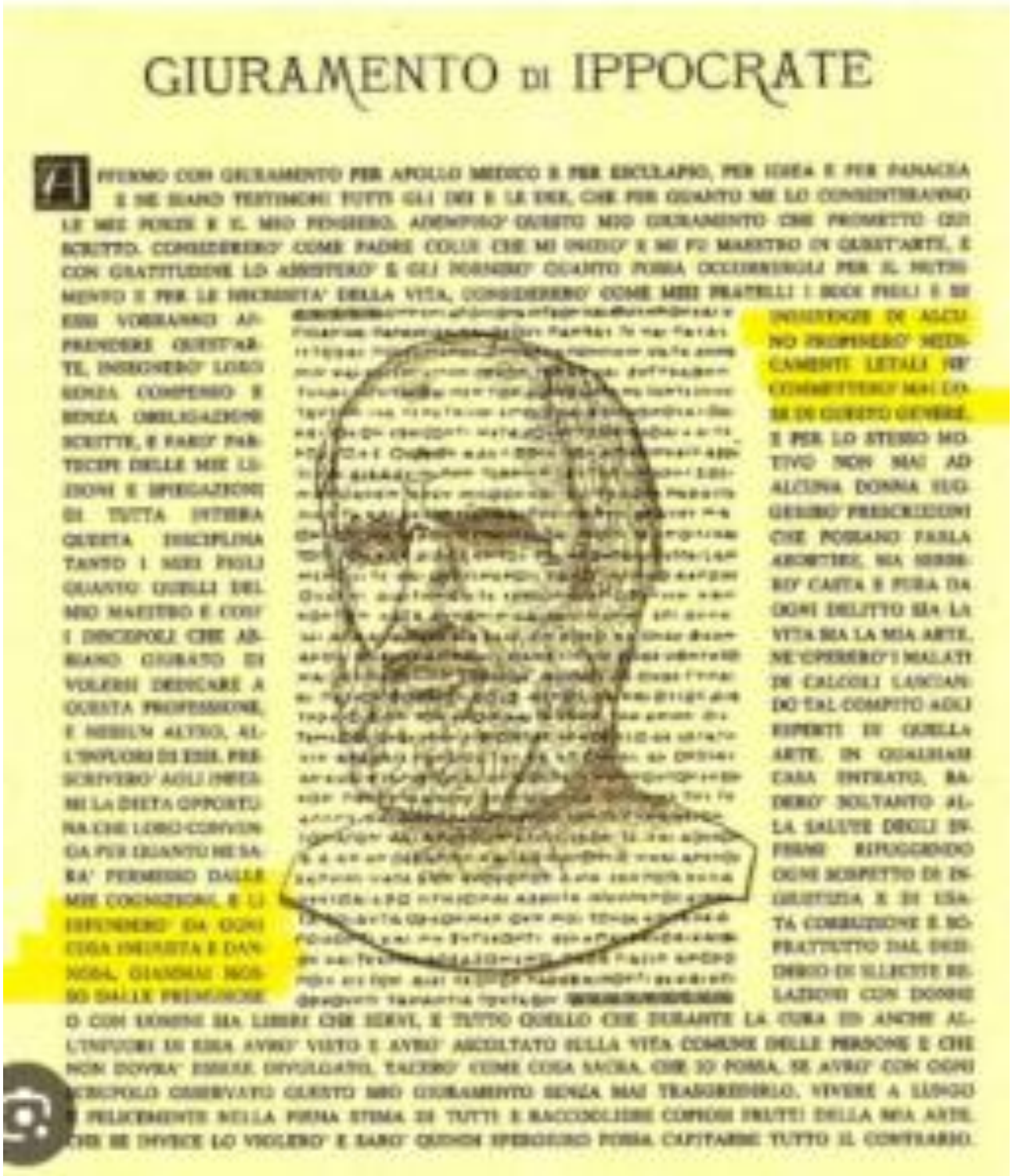
Dalla Medicina in Scienza e Coscienza alla Medicina degli Interessi.

Paolo Bellavite a Cinzia Notaro

Pubblicato sul blog "Stilum Curiae" 17 Novembre 2026

https://marcotosatti.com/2026/11/17/dalla-medicina-in-scienza-e-coscienza-alla-medicina-degli-interessi-paolo-bellavite-a-cinzia-notaro/



GIURAMENTO DI IPPOCRATE

GIURO PER APOLLO MEDICO E PER ESCULAPIO, PER IGEA E PER PANACEA E NE SIANO TESTIMONI TUTTI GLI DEI E LE DEE, CHE PER QUANTO ME LO CONSENTIRANNO LE MIE FORZE E IL MIO PENSIERO, ADEMPIRÒ QUESTO MIO GIURAMENTO CHE PROMETTO QUI SCRITTO. CONSIDERERÒ COME PADRE COLUI CHE MI INSEGNÒ E MI FU MAESTRO IN QUEST'ARTE, E CON GRATITUDINE LO ASSISTERÒ E GLI FARÒ QUANTO POSSA OCCORRENDOGLI PER IL NUTRIMENTO E PER LE NECESSITÀ DELLA VITA, CONSIDERERÒ COME MIEI FRATELLI I MIEI FIGLI E SE ESSI VORRANNO APPRENDERE QUEST'ARTE, INSEGNERÒ LORO SENZA COMPENSO E SENZA OBBLIGAZIONI SCRITTE, E FARÒ PARTECIPE DELLE MIE LEZIONI E SPIEGAZIONI DI TUTTA INTERA QUESTA DISCIPLINA TANTO I MIEI FIGLI QUANTO QUELLI DEL MIO MAESTRO E COSÌ I DISCEPOLI CHE ABBIANO GIURATO DI VOLERSI DEDICARE A QUESTA PROFESSIONE, E NESSUN ALTRO. ALL'INFUORI DI ESSI. PRESCRIVERÒ AGLI INFERMI LA DIETA OPPORTUNA CHE LORO CONVENGA PER QUANTO ME SARÀ PERMESSO DALLE MIE COGNIZIONI, E LI DIFENDERÒ DA OGNI COSA INGIUSTA E DANNOSA. GIAMMAI NESSUNO DALLE PRESCRIZIONI O CON UNGUENTI MA LIBERI CHE SERVI, E TUTTO QUELLO CHE DURANTE LA CURA ED ANCHE ALL'INFUORI DI ESSA AVRÒ VISTO E AVRÒ ASCOLTATO SULLA VITA COMUNE DELLE PERSONE E CHE NON DOVRÀ ESSERE DIVULGATO, TACERÒ COME COSA SACRA, CHE IO POSSA, SE AVRÒ CON OGNI SCRUPOLO OSSERVATO QUESTO MIO GIURAMENTO SENZA MAI TRASGREDIRLO, VIVERE A LUNGO E FELICEMENTE NELLA PIENA STIMA DI TUTTI E RACCOGLIERE COPIOSI FRUTTI DELLA MIA ARTE. CHE SE INVECE LO VIOLERÒ E SARÒ QUINDI SPERGIURO POSSA CAPITARMI TUTTO IL CONTRARIO.

Dalla medicina della scienza e della coscienza alla medicina dei protocolli e degli interessi: che cosa abbiamo perduto lungo il cammino?

Negli ultimi decenni la medicina ha attraversato trasformazioni profonde, che hanno modificato non soltanto le possibilità terapeutiche e gli strumenti a disposizione dei medici, ma anche il modo stesso di concepire la salute, la malattia e il rapporto tra medico e paziente. Siamo passati progressivamente da una medicina fondata sulla conoscenza clinica, sull'osservazione della persona e sulla valutazione individuale del malato a un modello sempre più tecnologico, farmacologico, standardizzato e condizionato da protocolli e linee guida. Dal sistema immunitario naturale agli interventi immunologici, dalla prevenzione agli approcci prevalentemente farmacologici, dalle vaccinazioni tradizionali alle nuove tecnologie vaccinali: quali sono stati i progressi reali?

Quali i limiti? E quali interrogativi scientifici ed etici rimangono ancora aperti? La pandemia di Covid-19 ha rappresentato un momento di svolta. L'Italia è stata tra i primi Paesi occidentali ad affrontare l'emergenza con misure straordinarie di contenimento, campagne vaccinali di massa e nuove strategie di gestione sanitaria. Un'esperienza che ha sollevato interrogativi importanti sulla libertà della ricerca, sul pluralismo scientifico, sulla comunicazione istituzionale, sul consenso informato e sul rapporto tra salute pubblica e diritti individuali. Oggi, anche attraverso il lavoro della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione dell'emergenza Covid-19, è importante ricostruire fatti, decisioni, responsabilità e criticità, distinguendo le evidenze documentate dalle interpretazioni e dalle controversie ancora aperte.

Ma il cambiamento della medicina non riguarda soltanto la pandemia. Riguarda anche il peso degli interessi economici e dell'industria farmaceutica nella ricerca e nelle politiche sanitarie; la progressiva trasformazione del rapporto medico-paziente; il significato del consenso informato; l'evoluzione delle definizioni di pandemia e di vaccino; le questioni bioetiche legate all'accertamento della morte encefalica e alla donazione degli organi. C'è poi un'altra trasformazione che merita una riflessione profonda: quella della figura stessa del medico. Storicamente, il medico era chiamato a esercitare la propria competenza, il proprio giudizio clinico e la propria coscienza nell'interesse del paziente, assumendosi la responsabilità delle proprie decisioni. Oggi rischia sempre più di essere inserito in un sistema sanitario burocratizzato, condizionato da protocolli, direttive istituzionali, obiettivi amministrativi e interessi economici. È ancora il medico a decidere sulla base delle proprie conoscenze e della situazione individuale del malato, oppure si sta trasformando progressivamente in un esecutore di disposizioni elaborate da organismi e strutture sempre più lontani dal rapporto diretto con il paziente?

E quando la coscienza professionale entra in conflitto con le direttive istituzionali, quale deve essere la priorità? È possibile parlare di libertà scientifica quando il dissenso può comportare conseguenze sulla carriera e sull'esercizio della professione? Anche la formazione universitaria merita una riflessione: i futuri medici vengono educati al dubbio, al confronto tra diverse evidenze scientifiche e al pensiero critico?

Quanto è indipendente la loro formazione dagli interessi dell'industria farmaceutica? Forse è proprio qui che si misura una delle crisi più profonde della medicina contemporanea: non soltanto nel cambiamento delle terapie e delle tecnologie, ma nella trasformazione dei principi che dovrebbero guidare chi ha scelto di curare gli altri. E soprattutto in una domanda fondamentale: la medicina sta ancora mettendo al centro la persona e la tutela della sua salute e della sua vita?

Per approfondire questi temi abbiamo invitato il professor Paolo Bellavite, medico, specialista in Ematologia, già docente di Patologia generale all'Università di Verona e ricercatore nel campo dei meccanismi dell'infiammazione e della risposta cellulare. Con lui cercheremo di capire che cosa è realmente cambiato nella medicina contemporanea, quali trasformazioni sono sostenute da solide evidenze scientifiche e quali richiedono ancora un confronto libero, rigoroso e indipendente. Perché la scienza non dovrebbe mai temere

le domande, il dubbio e il confronto. Perché un medico senza libertà di giudizio, senza indipendenza e senza possibilità di dissentire rischia di perdere una parte essenziale della propria funzione. E perché il primo dovere della medicina dovrebbe rimanere quello di tutelare la salute, la dignità e la vita dell'essere umano.

Professore, qual è stato, a suo avviso, il cambiamento più importante della medicina negli ultimi decenni? Siamo passati da una medicina centrata sulla persona a una medicina sempre più basata su protocolli, statistiche, linee guida e interessi industriali?

Il tipo di cambiamento da Lei segnalato oggi si manifesta in maniera sempre più evidente, perché la medicina ha compiuto enormi progressi sul piano tecnologico e le spese a carico del sistema sanitario sono aumentate vertiginosamente. Ciò ha costretto il sistema a «ingabbiare» l'attività del medico all'interno di protocolli e a sottometterla alla cosiddetta *evidence-based medicine* (EBM), con la pretesa di fondare la medicina sulla valutazione statistica delle prove farmacologiche (attraverso i cosiddetti «trial clinici randomizzati»).

Questo approccio, apparentemente «rigoroso» perché fondato sulla statistica, ha però radici lontane, che è importante riconoscere. Si tratta, fondamentalmente, dello sviluppo della medicina come «scienza», iniziato con l'Illuminismo e proseguito attraverso il meccanicismo settecentesco, la scoperta dei batteri come cause delle malattie infettive (a metà dell'Ottocento) e lo sviluppo del programma di Claude Bernard, che ha trasformato l'arte medica in una scienza sperimentale. Tale percorso ha raggiunto il suo apice con il Progetto Genoma, a cavallo tra il XX e il XXI secolo.

Il Progetto Genoma è stato celebrato come il «trionfo» della scienza e ha prodotto risultati importanti, ampliando enormemente le capacità diagnostiche e alimentando, infine, l'illusione che, in quella prospettiva, sarebbe migliorata anche la cura delle principali malattie.

Purtroppo, quest'ultima previsione si è rivelata fallimentare, perché il livello di complessità del controllo genetico ed epigenetico è tale da risultare praticamente incompatibile con qualsiasi pretesa di manipolazione farmacologica.

Un esempio clamoroso di tale fallimento è rappresentato dai «vaccini» anti-COVID-19, che hanno tradito le promesse di immunizzare la popolazione, generando invece molti più effetti avversi del previsto.

Oggi, inoltre, si assiste all'irrompere dell'intelligenza artificiale (espressione, a mio avviso, assai infelice per indicare un ampliamento delle capacità di elaborazione dei dati), che rischia di sostituire le capacità intuitive e l'esperienza personale del medico, oltre a rappresentare un nuovo paradigma di ciò che viene considerato «verità» scientifica.

In base alla mia esperienza, la cosiddetta intelligenza artificiale, quando viene applicata ad argomenti che conosco bene, si rivela nient'altro che una riproposizione delle opinioni maggioritarie che circolano in rete, per non parlare di quelle espresse dagli «esperti» più famosi.

Tutto ciò rappresenta, di per sé, un tradimento della vera natura della scienza, che è critica e non può rimanere vincolata ai paradigmi del pensiero dominante.

Quanto è cambiato il rapporto di fiducia tra medico e paziente? Quale spazio rimane oggi per il giudizio clinico individuale, l'ascolto e il consenso realmente informato?

Anche se ci sono indubbiamente medici che svolgono la loro attività clinica in "scienza e coscienza", il rapporto fiduciario tra medico e paziente è sempre più difficile, al di là della volontà dei singoli, proprio per il fatto che il sistema lo rende complicato, se non impossibile. Ad esempio, personalmente ho fiducia in un medico di medicina generale che lavora a Verona, ma non posso iscrivermi tra i suoi pazienti perché ha la lista già piena. Ho già avuto occasione di segnalare che, dal mio osservatorio, ho notato un drammatico cambiamento del rapporto di fiducia medico-paziente, ma anche della fiducia nei confronti delle istituzioni

mediche, da quando è stato introdotto l'obbligo vaccinale pediatrico (luglio 2017 e mai più revisionato nonostante la legge lo prevedesse). Ma la situazione è peggiorata nel corso della pandemia COVID-19, coinvolgendo ampie fasce di popolazione con ricatti (green pass) e obblighi, scientificamente ingiustificati e ingiustificabili, agli operatori sanitari e agli over 50. L'obbligo vaccinale è la tomba della scienza medica, dell'immunologia, della pediatria, dell'etica medica perché distrugge sia le opportunità di studio e ricerca del medico, sia il consenso informato. Senza consenso informato, si cade nell'abisso della medicina burocratica e statalista. Purtroppo, le associazioni di categoria e gli Ordini dei medici non hanno preso coscienza (o non hanno voluto prenderla) di tale drammatico cambiamento e insistono sulla via sbagliata, consolidandone le deleterie conseguenze, a detrimento della professione.

Abbiamo progressivamente affidato la salute ai farmaci e alle tecnologie? Quale spazio dovrebbe essere recuperato per la prevenzione, la nutrizione, gli stili di vita e i meccanismi naturali di difesa dell'organismo? Qual è la differenza tra stimolare le difese naturali dell'organismo e intervenire artificialmente attraverso strumenti farmacologici e vaccinali?

Bisogna ribadire che il problema non sono i farmaci e le tecnologie: ben vengano i progressi in ogni campo. Il problema nasce dall'assoluta dipendenza, concettuale e operativa, dall'approccio medico farmacocentrico, a sua volta dipendente dai trial clinici randomizzati, come si diceva.

Anche questo ha radici lontane, che vanno comprese, pena il rischio di formulare un giudizio superficiale e, in ultima analisi, ideologico.

Il moderno concetto di malattia — intesa come rottura dell'equilibrio dell'organismo dovuta ad alterazioni strutturali o funzionali di organi e tessuti — si è sviluppato attraverso diverse tappe, dall'Illuminismo fino alla biogenetica.

Bisogna capire che, con la nascita della microbiologia, dell'anatomia patologica e della diagnostica radiologica e di laboratorio, si è passati dall'idea di una sofferenza generale del corpo e della mente a quella di lesioni localizzate in organi o sistemi specifici.

Il modello biomedico moderno ha sviluppato l'approccio «centrato sulla malattia», che focalizza l'attenzione sull'identificazione della lesione o dell'agente patogeno, separandolo dalla dimensione soggettiva del paziente. L'importanza centrale è data alla malattia, non al malato.

Ma bisogna anche capire che l'approccio centrato sulla malattia è, a sua volta, dipendente dallo sviluppo della farmacologia. Infatti, la «prova di efficacia» di un farmaco richiede che si possano raggruppare i pazienti con la stessa malattia, per poi formare due gruppi «omogenei» e, infine, sperimentare il nuovo farmaco in un gruppo, usando l'altro come controllo (trattato con placebo o con un farmaco concorrente).

Tutta la farmacologia clinica è cresciuta così, dipendendo dal concetto di malattia come «entità nosologica» separata dal soggetto e, allo stesso tempo, consolidando tale prospettiva e marginalizzando o eliminando quelle concorrenti.

Questo processo di adattamento della clinica agli sviluppi della farmacologia è iniziato già nei primi decenni del XX secolo negli Stati Uniti, fortemente sostenuto dalle élite industriali, in particolare dalla famiglia Rockefeller, con l'obiettivo di standardizzare la medicina accademica secondo un paradigma che servisse gli interessi farmaceutici e petrolchimici.

La Rockefeller Foundation, infatti, finanziò pesantemente la nascente industria farmaceutica, con interessi diretti in aziende produttrici di farmaci derivati dalla petrolchimica, come la tedesca IG Farbenfabriken.

Il prevalere di questo approccio chimico-farmaceutico è stato consolidato, in quei decenni, anche grazie al successo pratico di alcuni farmaci (antibiotici, antidolorifici, anestetici) nel risolvere i problemi medici del tempo.

Ma verso la fine del XX secolo, con il mutamento delle condizioni sociali e l'emergere di altre problematiche di salute legate alle malattie croniche, sono emerse nuove esigenze, che hanno riportato l'attenzione delle persone sullo stile di vita e sulla nutrizione.

In tale quadro, è ovvio che si torni a puntare sul rispetto e sullo stimolo delle capacità di guarigione naturali, tornando a una nuova consapevolezza dell'approccio ippocratico.

Sul piano della vaccinologia, materia che conosco bene, si stanno accumulando prove del fatto che l'insistenza ossessiva nel raggiungere coperture pediatriche del 95% non consenta affatto di eliminare le malattie oggetto dell'intervento, sia perché i vaccini attuali non sono abbastanza efficaci da produrre l'immunità di gruppo (il cosiddetto «effetto gregge»), sia perché l'età di insorgenza delle malattie infettive si sposta progressivamente dalla fascia pediatrica a quelle giovanili e adulte.

Gli anziani, per ora, sono protetti efficacemente dall'immunità naturale, ma, con il passare del tempo, questa opportunità andrà diminuendo ed è probabile che, tra qualche decennio, le malattie infettive che una volta colpivano i bambini interesseranno gli anziani, che sono certamente più a rischio di complicanze.

Per alcune malattie, come il morbillo, sta emergendo anche qualche prova del fatto che una piccola circolazione del virus consentirebbe di mantenere attiva l'immunità conseguita con i vaccini, mentre il tentativo di spingere le coperture al massimo (senza riuscire a eradicare l'agente infettivo) finisce con l'impedire questo fenomeno positivo.

Mi sono soffermato su questi aspetti perché la questione dei vaccini è centrale nel modo di concepire la medicina, ma, allo stesso tempo, è uno degli argomenti più ignorati.

E non c'è maggiore ignoranza di quella di chi crede di sapere.

Il giuramento di Ippocrate rappresenta da secoli uno dei fondamenti etici della professione medica. Nel corso del tempo è stato oggetto di revisioni e aggiornamenti, fino alla Dichiarazione di Ginevra del 1948 e alle successive modifiche. Che cosa è cambiato nei principi che guidano la professione medica? Queste trasformazioni hanno modificato anche il modo di intendere il rapporto tra medico, paziente e tutela della vita?

La Dichiarazione di Ginevra fu adottata dall'Assemblea della World Medical Association nel 1948, subendo poi alcuni aggiornamenti. È una dichiarazione di medici dedicata all'umanizzazione della medicina, particolarmente importante dopo i crimini commessi dal nazifascismo ed evidenziati dal processo di Norimberga.

La Dichiarazione di Ginevra è pensata come una revisione del giuramento di Ippocrate, volta a una nuova formulazione basata su concetti morali comprensibili e riconoscibili in epoca moderna.

Al di là dei mutamenti delle espressioni linguistiche, possiamo notare alcune differenze importanti tra la versione originale del giuramento e quella moderna, come, ad esempio, quella proposta dalla Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) come «giuramento professionale».

Innanzitutto, i medici della Scuola Ippocratica giuravano «per Apollo e per tutti gli Dei, chiamandoli a testimoni», mentre la versione moderna è laica, non si fonda su alcuna autorità superiore e inizia con il giuramento «di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento».

Quanto tale differenza sia importante dipende dall'importanza che ciascuno attribuisce alla dimensione spirituale e religiosa della propria vita.

Nel giuramento di Ippocrate c'era l'impegno: «Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere». Questo impegno si ritrova anche nella versione moderna, nella quale si promette di «non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte», e nel

Codice di deontologia medica (art. 17): «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte».

Ciò dovrebbe rappresentare un baluardo, almeno in teoria, contro l'eutanasia e il cosiddetto «suicidio assistito».

D'altra parte, bisogna notare che il medico ippocratico giurava: «Neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto». Questa frase è stata cancellata nelle versioni moderne. Ed è facile capire perché, visto che tale pratica è fonte di reddito per molti ginecologi e per le case farmaceutiche.

Un'altra espressione che non si trova più è quella con cui, nell'antichità, i medici giuravano di «astenersi soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi». Ma questo è forse più una questione di buon gusto, visto che oggi tali comportamenti sono sanzionati dal Codice penale.

Altri aspetti di etica professionale sono molto simili, come l'impegno a operare sempre per il bene dei malati, conservando il segreto professionale.

Infine, va segnalato che le versioni moderne del giuramento incorporano problematiche più recenti, come quelle relative all'accanimento terapeutico e alla collaborazione con le autorità competenti.

Certamente, la professione medica oggi è molto condizionata da protocolli e norme di legge.

A questo proposito, merita un commento la promessa contenuta nel nuovo giuramento di «perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa».

Tale impegno sarebbe del tutto encomiabile, se non fosse che il consenso informato è stato stravolto dall'imposizione di vaccini obbligatori ad ampie fasce di popolazione.

Viene da chiedersi come possa un medico moderno ottemperare a tale giuramento in condizioni in cui egli stesso non è libero di esprimere la propria opinione.

La stessa FNOMCeO ha promulgato, nel 2016, un documento in cui il «consiglio di non vaccinarsi» è dichiarato «infrazione deontologica».

Il povero Ippocrate, con il suo motto «primum non nocere», si rivolta nella tomba.

È possibile rimanere fedeli al giuramento di Ippocrate, agendo secondo scienza e coscienza, quando la medicina è sottoposta a pressioni economiche, istituzionali e politiche? Come si concilia questo principio con pratiche come l'eutanasia e l'aborto, legalmente consentite in determinati contesti?

Certo, sarebbe possibile restare fedeli al giuramento di Ippocrate, e molti probabilmente lo fanno, ma è inevitabile che costoro sentano su di sé le pressioni economiche, istituzionali e politiche.

Oltre a quanto già detto sulla questione del consenso informato, va ricordato che i medici di medicina generale sono sottoposti a un controllo molto stretto, attraverso incentivi e penalizzazioni, sulla quantità e sulla qualità delle loro prescrizioni, sia per quanto riguarda i test diagnostici sia per i farmaci prescritti.

Inoltre, incentivi economici sono riconosciuti ai pediatri di libera scelta non solo per ogni inoculo di prodotti vaccinali, ma anche a coloro che raggiungono un'alta percentuale di vaccinati tra i propri assistiti.

Per quanto riguarda l'eutanasia e l'aborto, si tratta di scelte personali che il medico compie in coscienza, soppesando le proprie convinzioni etiche e i propri obiettivi di guadagno economico.

Almeno finora, non esiste un obbligo formale a svolgere pratiche abortive o eutanasiche, che il giuramento di Ippocrate condannava senza alcun dubbio.

I medici che si oppongono a pratiche ritenute eticamente inaccettabili sanno che devono pagare di persona per la loro coerenza.

Le aziende farmaceutiche esercitano un'influenza eccessiva sulla formazione dei medici, sui congressi scientifici, sulla ricerca e sulle linee guida? Quali strumenti sarebbero necessari per restituire indipendenza alla ricerca e fiducia nella professione medica?

Le aziende farmaceutiche esercitano un'influenza su tutto il sistema della medicina. Certamente, le ricerche sui farmaci sono condotte in gran parte dalle case farmaceutiche ed è stato anche dimostrato che le ricerche sponsorizzate danno mediamente risultati più positivi di quelle indipendenti.

Le case farmaceutiche pagano, direttamente o indirettamente, anche la pubblicità dei loro prodotti, i congressi medici e le riviste scientifiche che pubblicano i risultati, e persino le riviste che fanno le rassegne sulla letteratura internazionale, come quelle della Cochrane Foundation.

Il Centro Ricerche Cliniche di Verona adotta un modello di finanziamento misto pubblico-privato, che comprende anche contratti commerciali con le multinazionali farmaceutiche per sperimentazioni di fase I. Ad esempio, nel 2021 furono condotti lì gli studi su volontari sani del vaccino «Reithera», che non portarono ad alcun risultato.

Il calendario vaccinale italiano è propagandato da personaggi che sono stati sponsorizzati dalle case produttrici di vaccini.

Ma anche a livello statale ed europeo, le case farmaceutiche pagano le agenzie regolatorie (rispettivamente AIFA ed EMA) per le procedure di registrazione dei loro medicinali e vaccini.

L'attuale presidente dell'EMA, Rui Santos Ivo, ha lavorato, tra il 2008 e il 2011, come direttore esecutivo dell'Associazione portoghese delle industrie farmaceutiche. Emer Cooke, direttrice esecutiva dell'EMA, ha lavorato in passato per la Federazione europea delle industrie e associazioni farmaceutiche (EFPIA).

Formalmente, oggi non c'è un aperto conflitto di interessi, ma resta il dubbio se l'EMA sia veramente indipendente dalle case farmaceutiche, dal momento che alla guida dell'agenzia c'è una persona che per molti anni ha lavorato per promuovere i loro prodotti.

I condizionamenti di Big Pharma raggiungono anche i vertici delle autorità regolatorie, perché le grandi società finanziarie (ad esempio BlackRock e Vanguard) possiedono ampie quote delle principali case farmaceutiche produttrici di vaccini e possono condizionare, in modo diretto o indiretto, le scelte degli Stati.

L'obbligo vaccinale imposto dalla legge 119/2017 («Lorenzin») ha preso le mosse, nel 2014, da un accordo svoltosi negli Stati Uniti sotto l'egida di Barack Obama. Nella stessa legge sta scritto esplicitamente che è stato imposto per ottemperare a obblighi assunti a livello internazionale.

La situazione è degenerata anche durante la pandemia COVID-19, proprio a causa degli interventi schizofrenici, ma pesanti, delle autorità politiche e della passività delle categorie mediche, che si sono adattate senza essere capaci di esprimere una posizione libera e scientificamente fondata.

Bill Gates, che tramite la sua Fondazione e l'Alleanza «GAVI» ha molti interessi nella produzione e nella diffusione dei vaccini, è stato ricevuto con grandi onori da Mattarella e in Vaticano.

Ho dipinto questo quadro per far capire quanto sia difficile restituire alla professione medica la pur auspicabile indipendenza.

Resta ancora spazio, nelle nostre società occidentali, che si pregiano di essere democratiche, per scelte coraggiose di tipo personale, che però richiedono sacrifici sempre maggiori, perché comportano facilmente penalizzazioni economiche e ostracismo sociale.

Eppure, a ben vedere, su questo piano non molto è cambiato dai tempi antichi.

Anche la formazione universitaria merita una riflessione: i futuri medici vengono educati al dubbio, al confronto tra diverse evidenze scientifiche e al pensiero critico? Quanto è indipendente la loro formazione dagli interessi dell'industria farmaceutica?

Abbiamo già visto che anche le università, pur essendo enti pubblici, dipendono molto da contratti con enti privati e case farmaceutiche. Ma tale fenomeno influenza la formazione dei giovani medici solo indirettamente, perché l'attività didattica dei docenti universitari è finanziata totalmente dallo Stato.

Per la formazione dei medici, vedo con maggiore preoccupazione il prevalere, nel «tipo» di insegnamento che viene fornito, sia nelle discipline di base sia in quelle cliniche, di una visione scientista e pseudo-rigorista, che dimentica la vera natura della medicina, che è scienza ma anche «arte» e coinvolge dimensioni umanistiche e personali.

Certamente, la maggior parte degli operatori sanitari avverte il compito di dedicarsi al paziente, considerato nella sua interezza di persona bisognosa di cure; ciò che qui si evidenzia non riguarda il livello etico o deontologico, ma quello culturale e metodologico.

Nella pratica, tali vedute hanno difficoltà a essere attuate perché prevale la deriva riduzionista e meccanicista, recentemente complicata dall'irrompere dell'intelligenza artificiale.

Da una parte, i giovani studenti sono imbottiti di una quantità esorbitante di nozioni di base (chimica, fisica, biochimica, biologia molecolare, ecc.), che serviranno a poco al letto del paziente; dall'altra, la metodologia clinica è sottoposta alle cosiddette «prove scientifiche» (EBM), che sono normalmente presentate come «verità» e generano protocolli e linee guida difficilmente eludibili.

Ma, in realtà, l'EBM fornisce una conoscenza che, essendo basata sulla statistica, è probabilistica e non può essere trattata come una certezza.

Abbiamo quindi bisogno di una riflessione epistemologica che rispetti la complessità del singolo e non si limiti al riduzionismo biologico o alle popolazioni aggregate.

In un importante documento del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2001, intitolato «Scopi, limiti e rischi della medicina», si legge:

«L'ultima epoca della storia della medicina, quella attuale, si connota per un'episteme caratterizzata dalla scoperta della complessità. È una scoperta che proviene dalla filosofia e dalla fisica del XX secolo e che ha prodotto la consapevolezza del fatto che "il mondo", nel suo insieme, è non lineare, bensì irregolare, variabile, instabile, precario e incerto, in breve complesso».

Conclude il documento citato:

«Purtroppo di questo concetto moderno di complessità, che implica prudenza nelle convinzioni e nella prassi, consapevolezza dei limiti e dei rischi, non vi è stata, nel medico, una presa di coscienza adeguata e diffusa e ciò è da taluni ritenuto una delle cause dell'odierna crisi di identità della figura del medico nella società e della incerta collocazione della sua arte tra le scienze fisiche e naturali».

È chiaro, quindi, dove sta proprio la «crisi di identità»: il medico ha lasciato la sua antica «arte», ma non è ancora (e non potrà mai esserlo) uno scienziato a pieno titolo.

Allora, anche la sua figura è in crisi agli occhi degli utenti e della società, come se il malato si sentisse doppiamente tradito, sia per la perdita della figura rassicurante del medico paternalista, sia per la mancanza di risposte risolutive alla maggior parte dei problemi di salute.

Al contempo, si comincia a intuire che una soluzione a tale crisi può essere proposta se le questioni del soggetto, dell'individuo, della coscienza e dell'arte medica acquisiscono una loro dignità al pari del progresso scientifico e tecnologico. Anzi, è proprio l'insufficienza epistemologica e pratica di tale progresso ad averle rilanciate nel mondo della medicina, da cui parevano essere state espulse.

Ho dedicato un intero libro di testo a queste tematiche («La Complessità in Medicina», Tecniche Nuove, Milano, 2009).

Come dovrebbe comportarsi un medico quando le indicazioni delle istituzioni entrano in contrasto con la propria valutazione clinica?

In teoria, il medico dovrebbe comportarsi sempre decidendo "in scienza e coscienza"! Da questo punto di vista, quanto scritto nel codice di deontologia medica (articolo 4) dovrebbe essere il faro per ogni medico: «*L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*». Un bel programma, ma quanto poi tali enunciati si realizzino nella pratica è materia di riflessioni critiche. Come già accennato, il periodo pandemico ha rappresentato un clamoroso esempio di come la professione medica sia stata letteralmente schiacciata dall'intervento della politica e delle istituzioni, al punto che i medici che dissentivano (giustamente) dall'inoculo di prodotti biotecnologici sperimentali, di dubbia efficacia e sicurezza, sono stati sottoposti a pesanti penalizzazioni per due lunghi anni ed alcuni hanno ancora procedimenti giudiziari attivi. La FNOMCeO è stata il "braccio armato" delle decisioni del governo. Un altro campo in cui si nota la difficoltà di affermare una visione aperta e pluralista della medicina è il campo delle terapie complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), in cui in teoria ci sarebbe libertà di esercizio, ma in pratica ci sono molti rischi per i medici che le praticano. Questo perché esiste l'idea che solo la medicina "ufficiale" sia "scientifica", mentre le altre possano essere praticate "a rischio e pericolo" del medico: durante la pandemia, se un paziente fosse morto di COVID-19 dopo aver assunto tre grammi di Tachipirina, ciò era considerato un fatto normale perché stava scritto nelle linee-guida, mentre se fosse morto dopo aver assunto un preparato fitoterapico o omeopatico, il medico sarebbe stato incriminato. Nel sito della FNOMCeO si trova ancora un documento del 2018 dove si afferma che non esisterebbero prove scientifiche né plausibilità biologica che dimostrino l'efficacia delle teorie omeopatiche. Oltre ad essere una clamorosa falsità, comunque un segno di ignoranza della materia, tale posizione cozza clamorosamente con le deliberazioni della Conferenza Stato-Regioni, che hanno riconosciuto le medicine complementari, tra cui anche l'omeopatia, come un atti medici a tutti gli effetti.

Che cosa accade quando la scienza, la coscienza del medico e la dignità del paziente entrano in conflitto con le decisioni politiche e gli interessi economici?

Accade quello che abbiamo detto, vale a dire che aumenta drammaticamente la conflittualità sociale e che a pagarne le conseguenze, in ultima analisi, sono i cittadini.

Nel corso della pandemia, particolarmente nel 2020 e nel 2021, molti medici non hanno mai smesso di esercitare la cura, continuando ad assistere i malati e offrendo cure domiciliari tempestive, quando lo Stato predicava la «vigile attesa».

Altri hanno rifiutato l'inoculazione di prodotti biogenetici sperimentali. L'hanno fatto a loro rischio e alcuni hanno dovuto pagarne le conseguenze con sospensioni e altre penalizzazioni personali.

Devo citare ancora il caso della legge Lorenzin, che ha imposto l'obbligo di dieci vaccini ai minori da 0 a 16 anni. Tale decisione non ha generato alcun vantaggio pratico nell'epidemiologia delle malattie infettive — la cui incidenza, già bassa prima della legge, non è cambiata o è persino aumentata, come nel caso della pertosse — ma ha portato a un aumento delle somministrazioni di vaccini, a tutto vantaggio dei produttori.

Si è trattato di una scelta deleteria, che rappresenta innanzitutto una sconfitta della stessa medicina e della pediatria. Il rapporto fiduciario con il medico, fondato sul consenso informato sin dai tempi della Scuola Ippocratica, è stato travolto da un'imposizione sostanzialmente indiscutibile.

Quanto tali conflitti tra politica ed etica personale siano reali, ne ho avuto esperienza personale: nel maggio del 2021, durante una trasmissione televisiva su La7, criticai la campagna vaccinale perché trascurava la farmacovigilanza, caposaldo della vaccinologia moderna.

Di conseguenza, le autorità accademiche di Verona (il Rettore e il Direttore del Dipartimento di Medicina) reagirono squalificandomi pubblicamente sui giornali locali e poi revocandomi il permesso di frequentare l'Università, dove fino a quel momento prestavo servizio come ricercatore e cultore della materia.

Forse è utile precisare che la mia posizione critica era pienamente giustificata sul piano tecnico-scientifico e che oggi sappiamo che averla ignorata fu un errore con pesanti conseguenze sulla popolazione.

L'OMS ha cambiato nel tempo la definizione e i criteri utilizzati per dichiarare una pandemia? Quali erano i criteri precedenti e quali modifiche sono state introdotte, in particolare nel 2009? Quale ruolo ha la gravità della malattia rispetto alla sua diffusione geografica?

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato un documento guida sulla preparazione alle pandemie, aggiornato nel 2005 e nel febbraio 2009, che definiva le fasi e le azioni appropriate per ciascuna di esse, in un promemoria intitolato «Descrizioni delle fasi della pandemia dell'OMS e principali azioni per fase».

La revisione del febbraio 2009 comprendeva le definizioni di pandemia e le fasi che portano alla sua dichiarazione; tutte le versioni di questo documento si riferivano all'influenza.

Secondo l'OMS, le condizioni affinché si possa verificare una vera e propria pandemia sono tre: la comparsa di un agente patogeno nuovo, nei confronti del quale non sono conosciute cure efficaci; la capacità di tale agente di colpire gli esseri umani; la capacità dello stesso agente di diffondersi rapidamente per contagio.

Vi sono state diverse critiche a questa definizione, essendo venuta a mancare la specificazione della gravità; pertanto, anche virus con bassissimi indici di conseguenze gravi possono essere inclusi nella definizione di pandemia.

L'OMS ha utilizzato una classificazione in sei stadi che descriveva il processo mediante il quale un nuovo virus influenzale procede dalle prime infezioni iniziali nell'uomo fino ad arrivare a una pandemia. Questo processo inizia con un virus che infetta principalmente gli animali (periodo interpandemico), seguito da alcuni casi in cui gli animali infettano le persone; quindi passa attraverso la fase in cui il virus inizia a diffondersi direttamente tra le persone (periodo di allerta pandemica) e termina con una pandemia, quando le infezioni del nuovo virus si sono diffuse in tutto il mondo.

Prima di parlare di pandemia, l'OMS dichiara spesso una PHEIC (*Public Health Emergency of International Concern*, o Emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale).

Un tipico esempio della fallace posizione dell'OMS fu la pandemia influenzale «suina» del 2009-2010. Essa risale al giugno 2009, quando i primi focolai di infezione furono segnalati in Messico.

Il 14 luglio 2009 l'OMS la dichiarò «inarrestabile», avvertendo che tutti i Paesi avrebbero dovuto rifornirsi del vaccino. Molteplici governi intrapresero campagne vaccinali, stabilendo contratti con industrie farmaceutiche per la produzione del vaccino su scala industriale.

Il governo Berlusconi decise di prevedere la co-somministrazione del vaccino contro l'influenza da virus A/H1N1 insieme al vaccino contro l'influenza stagionale. A tal fine, concluse un contratto di produzione con la Novartis, che prevedeva la fornitura di 24 milioni di dosi di vaccino, al costo di 184 milioni di euro. Le dosi effettivamente utilizzate furono 900.000.

Il 6 agosto 2010 l'OMS dichiarò la fine della pandemia. I casi confermati in tutto il mondo furono 1.632.710 e i decessi 18.449, molto meno rispetto a quelli delle normali influenze stagionali.

In Italia si registrarono 229 vittime collegate alla «nuova influenza», corrispondenti a una letalità di circa lo 0,005%.

La pandemia COVID-19 non fu certo un falso allarme, ma fu dichiarata dall'OMS in ritardo, l'11 marzo 2020, quando ormai i contagi erano diffusi in tutto il mondo. Non si capisce ancora a cosa sia servita tale tardiva dichiarazione, se non forse a offrire ai governi una motivazione per adottare provvedimenti impopolari.

Proprio a seguito della pandemia, l'OMS e i governi nazionali stanno elaborando nuovi «piani pandemici», sulla cui efficacia è lecito nutrire forti dubbi. Infatti, al centro delle strategie, di per sé molto complicate e coinvolgenti una moltitudine di enti diversi, sta sempre la «fede» nel vaccino come unico salvatore.

Quanto siano di dubbia efficacia e persino fuorvianti tali piani è dimostrato anche dal fatto che non si fa nemmeno cenno al rischio costituito dai laboratori biologici in cui si studiano i virus letali, come se il SARS-CoV-2 non avesse insegnato alcunché.

In generale, sussiste il problema basilare che l'OMS è finanziata e controllata da enti privati (ad esempio, la Fondazione Gates), enti misti (ad esempio, l'Alleanza GAVI) e direttamente dalle maggiori case farmaceutiche produttrici di vaccini.

Inoltre, è permeata da un'ideologia globalista, intrecciata con i disegni del World Economic Forum, e da una linea abortista, presente fin nei livelli più elevati dell'organizzazione.

Pertanto, le scelte dell'OMS sono sempre orientate a far prevalere i controlli burocratici sulle popolazioni (ad esempio, i lasciapassare sanitari transfrontalieri) e la fede cieca nel mezzo vaccinale.

Nel corso degli anni è stata riformulata anche la definizione stessa di vaccino. Quali modifiche sono state introdotte, da chi e sulla base di quali motivazioni scientifiche? Quali conseguenze hanno avuto sul modo di intendere la vaccinazione e la sua funzione preventiva?

La definizione di vaccino è stata ufficialmente modificata dai CDC (i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie degli Stati Uniti) nel settembre 2021, passando da «un prodotto che stimola il sistema immunitario a produrre immunità» a «un preparato utilizzato per stimolare la risposta immunitaria dell'organismo contro le malattie».

La modifica è stata motivata come un aggiornamento volto a garantire maggiore chiarezza e trasparenza.

Resta il fatto che il cambiamento è avvenuto in concomitanza con la diffusione della variante Delta e con l'approvazione piena dei vaccini COVID-19, in un periodo in cui si sapeva con certezza che i «vaccini» non impedivano il contagio (pur continuando a proteggere dalla malattia grave).

Si noti che lo stesso problema riguarda gran parte dei vaccini pediatrici, soprattutto quelli contenuti nella formulazione «esavalente»: possono ridurre la gravità dell'infezione, ma non impediscono i contagi.

In altre parole, si è passati da uno strumento di prevenzione che conferisce «immunità» a un farmaco immunostimolante.

La distinzione non è solo un problema semantico, perché ha gravi implicazioni regolatorie.

Chiamare un prodotto farmaceutico «vaccino» anziché «farmaco» lo esonera automaticamente da una serie di controlli di sicurezza, il principale dei quali è la farmacocinetica: le case farmaceutiche non sono tenute a dimostrare «dove» va a finire il prodotto inoculato nel corpo, né quanto tempo vi rimane.

Inoltre, il prodotto «vaccinale» gode di una facilitazione nell'approvazione, anche se i controlli di qualità sono insufficienti.

Con i cosiddetti «vaccini» COVID-19 abbiamo un problema in più, legato al fatto che essi sono delle vere e proprie «terapie geniche»: si inietta un prodotto biogenetico che, una volta entrato nelle cellule, le stimola a produrre la sostanza desiderata.

Il 25 novembre il Parlamento europeo sarà chiamato a deliberare su questo specifico problema.

Chiamare «vaccino» una sostanza del genere la esonera dalla necessità di sottostare alle rigidissime regolamentazioni previste per le terapie geniche umane, che richiedono, prima di tutto, di dimostrare che tali sostanze non siano mutagene o cancerogene.

Purtroppo, la maggior parte dei parlamentari europei non è in grado di comprendere queste differenze oppure è soggetta anch'essa al «dogma» vaccinale imperante e associato a una certa politica.

L'Italia è stata uno dei primi Paesi occidentali ad affrontare la pandemia con misure straordinarie. Alla luce delle indagini della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione dell'emergenza COVID-19, quali aspetti scientifici, sanitari ed etici ritiene debbano essere maggiormente approfonditi?

Ve ne sono molti e devo per forza essere schematico:

- **Il ruolo del lockdown:** è stato veramente utile? E se sì (come personalmente credo sia stato, ma so che esistono diverse opinioni), fu dichiarato tempestivamente o con troppo ritardo (quando ormai «i buoi erano scappati»)? E fu giustificato prolungare le chiusure fino a maggio del 2020, con gravi disagi e perdite economiche, quando la curva epidemica aveva iniziato chiaramente a scendere già nella prima metà di aprile?
- **Il ruolo delle mascherine:** esse furono imposte come un «mantra» a tutta la popolazione, senza alcuna prova della loro efficacia, anzi con il fondato sospetto che potessero nuocere a chi le indossava pur essendo stato infettato. Inoltre, sulla questione delle mascherine è stato rivelato uno scandalo relativo all'acquisto di prodotti anomali di origine cinese, sul quale la Magistratura dovrà per forza indagare.
- **Le linee guida del Ministero della Salute:** si limitarono a raccomandare farmaci sintomatici e «vigile attesa», una scelta del tutto deleteria in una malattia che, nelle prime due ondate (primavera 2020 e inverno 2020-2021), si sapeva essere di natura progressiva in una notevole percentuale di soggetti. Ma quel che è peggio è che il Ministero si oppose alle altre terapie proposte da molti medici al di fuori di tali linee guida, nonostante ben due ordini del giorno approvati dal Senato raccomandassero di considerare tutte le esperienze maturate dai medici che operavano sul territorio. Tale pervicace difesa dell'inerzia terapeutica coincideva, guarda caso, con l'attesa delle sacre fiale del «salvatore», in arrivo su furgoni scortati dalla polizia a sirene spiegate, per la fine dello stesso anno.
- **La campagna vaccinale:** fu avviata senza prevedere alcun sistema di seria verifica degli eventuali eventi avversi, mentre si rassicurava la popolazione utilizzando i dati provenienti dalla farmacovigilanza passiva di AIFA, che erano sottostimati di due o tre ordini di grandezza (da 100 a 1.000 volte) rispetto alla realtà dei fatti e agli studi di vigilanza attiva effettuati in altri Paesi.
- **Clamoroso è stato l'imbroglio perpetrato con i «vaccini» COVID-19:** i materiali utilizzati per le prime sperimentazioni di sicurezza ed efficacia, condotte per ottenere l'approvazione, erano stati fabbricati su piccola scala mediante tecniche di sintesi chimica, quindi con un certo grado di purezza. Quelli iniettati nelle popolazioni di tutto il mondo sono stati invece fabbricati con tecniche di DNA ricombinante e coltivazione in batteri, lasciando nei prodotti finali notevoli tracce di plasmidi

e DNA contaminanti. Eppure, nessuno, neppure tra le autorità regolatorie italiane, ha chiesto ad AIFA di controllare la qualità e la purezza dei prodotti, acquistati a caro prezzo mediante trattative europee e contratti nei quali era scritto che la casa farmaceutica non si assumeva alcuna responsabilità per gli effetti avversi.

- **Gli obblighi vaccinali e l'adozione del «green pass»** come strumenti per ridurre i contagi, motivati da Draghi, Speranza e Cartabia (quest'ultima, che all'epoca scrisse le leggi liberticide come ministra della «Giustizia», si è presto eclissata, chissà come…). In realtà, già si sapeva (dal luglio 2021) che i «vaccini» non erano in grado di ottenere tale effetto. In una recente audizione presso la Commissione COVID-19, l'ex ministro Roberto Speranza si è lasciato sfuggire l'ammissione che, se il «green pass» non serviva a impedire i contagi, era un mezzo per spingere la gente a vaccinarsi. In altre parole, era un ricatto sul corpo e sulla vita dei cittadini, motivato con una falsità.
- **Il riconoscimento dell'esistenza di molti danneggiati:** la Commissione ha dato voce a molte associazioni di pazienti danneggiati dai «vaccini» COVID-19. Tuttavia, manca ancora un passaggio: il riconoscimento ufficiale delle specifiche patologie da parte delle autorità sanitarie. Queste povere persone non riescono neanche ad accedere agli indennizzi che, in teoria, sarebbero previsti da una legge del 1992.

Nel 1968 il rapporto della Harvard Medical School introdusse una nuova definizione di coma irreversibile, in un periodo in cui si stava sviluppando anche la medicina dei trapianti. Quali furono le ragioni scientifiche, tecnologiche ed etiche alla base di quel passaggio?

Nel 1968, il rapporto della Harvard Medical School introdusse la definizione di «morte cerebrale» (o coma irreversibile), segnando un cambiamento storico fondamentale.

Fino ad allora, la morte era identificata esclusivamente con la cessazione irreversibile delle funzioni cardiorespiratorie.

Le ragioni scientifiche, tecnologiche ed etiche alla base di questo passaggio storico e clinico sono molteplici.

Prima degli anni Cinquanta e Sessanta, se il cuore smetteva di funzionare, il paziente moriva nel giro di pochi minuti, mentre oggi esistono macchine in grado di mantenere artificialmente la circolazione e la respirazione.

Fu stabilito allora che solo un cervello completamente privo di attività non avrebbe mai più potuto recuperare le proprie funzioni.

Il rapporto definì la morte cerebrale basandosi su criteri clinici rigorosi, tra cui la totale assenza di riflessi e un tracciato elettroencefalografico piatto.

Queste innovazioni crearono una categoria di pazienti il cui cervello era completamente e irreversibilmente distrutto, ma il cui corpo veniva mantenuto «in vita» artificialmente.

Ovviamente, il dibattito sulla morte cerebrale si intrecciò con la nascita della chirurgia dei trapianti: per poter prelevare organi vitali come il cuore o il fegato e trapiantarli con successo, questi devono essere prelevati da un corpo in cui la circolazione è ancora attiva, ma appartenente a un individuo che sia legalmente e moralmente già deceduto.

Pertanto, la nuova definizione fornì una solida base giuridica al prelievo di organi da persone cerebralmente «morte», con il resto del corpo ancora in vita.

Lei è tra i firmatari della Carta di Siena, sottoscritta il 18 settembre 2024. Quali esigenze hanno portato alla nascita di questo documento e quali principi intende promuovere?

Il testo della Carta di Siena è stato redatto e sottoscritto durante l'evento «Ordine o dis-ordine dei medici», tenutosi a Siena il 18 settembre 2024.

Il documento è focalizzato sul comportamento della FNOMCeO, nella persona del presidente Filippo Anelli, e della maggioranza degli Ordini provinciali che, nel corso della pandemia COVID-19, hanno voltato le spalle al Codice deontologico, obbedendo agli ordini della politica.

Gli Ordini provinciali si sono piegati a direttive del Governo e della FNOMCeO assurde e prive di qualsivoglia supporto scientifico, come i protocolli della Tachipirina e della vigile attesa e l'obbligo di vaccinazione anche per i guariti dalla malattia.

Sin dai primi giorni, questi professionisti e cittadini hanno coraggiosamente denunciato che le misure adottate non erano logiche, ma profondamente dannose per la salute fisica e mentale di tutta la popolazione, oltre che lesive dei diritti fondamentali.

A nostro giudizio, l'Ordine dei medici, che è ufficialmente designato come «Organo sussidiario dello Stato», avrebbe dovuto svolgere la funzione di informare le Autorità sanitarie e il Governo sulla varietà di terapie provate «sul campo» e sul fatto che la strada imboccata degli obblighi vaccinali, innanzitutto per i sanitari e accompagnati da gravi sanzioni, non aveva il minimo presupposto scientifico.

Infatti, tali obblighi erano stati imposti con la motivazione che il «vaccino» avrebbe impedito la trasmissione tra medico e paziente (e viceversa), ma tale motivazione era apparsa ben presto falsa.