



La Segreteria Nazionale

"Terrore contro paura. Egoismi a confronto."



Da un certo tempo a questa parte si è avviata una campagna di propaganda tendente a spingere fortemente la vaccinazione Covid-19 verso la gioventù degli Stati occidentali. Anzi, proprio in queste ore, l'AIFA è chiamata a dare il suo parere (sui 12-15enni), che, ovviamente, non sarà difforme da quello già espresso dall'EMA. Viceversa, non altrettanto impegno si nota nel supportare concretamente quella restante e preponderante parte del mondo, che ancora difficilmente viene raggiunta dai vaccini e senza la quale l'utopica immunità globale continua a restare un sogno irraggiungibile. Intanto da mesi è già ampiamente partita la sperimentazione sui più piccoli, prima in Israele e poi in Europa.

Ebbene, abbiamo la sensazione che esista una classe anagrafica, quella degli adulti, terrorizzati dal pericolo Covid-19, che, pur di preservare ad ogni costo la propria salute ed a proprio egoistico beneficio, abbia deciso di imporre la terapia sperimentale dei vaccini a dei soggetti sani e "giuridicamente incapaci" di assumere una decisione informata e consapevole, i quali non ne avrebbero alcun bisogno, in quanto sostanzialmente privi di rischio vitale. Si tratterebbe di solidarietà

sociale: ma è giusto che il diretto beneficiario (con aperto conflitto d'interessi) imponga la solidarietà (che in quanto imposta non è solidale) a soggetti ignari? È giusto che i padri, per salvare sé stessi, impongano un rischio, seppur minimo e ipotetico, ai propri figli?

Dal punto di vista etico e scientifico la vaccinazione dei 12-16enni (o dei feti, o dei neonati o dei bambini), con i dati del rischio di questa fascia e di eventuale loro trasmissibilità del virus, riteniamo non sia giustificabile!

Inoltre, la soluzione percorsa sarebbe comunque miope e poco utile, se gran parte del mondo continua a essere esposta ed a sviluppare varianti assai più aggressive.

Quali dati - di fatto e giuridici - portano a sostenere la tesi dell'immoralità della vaccinazione (con questi vaccini genici, sia ben chiaro) di nati, lattanti, bambini e adolescenti?

Iniziamo dal quadro giuridico.

L'art. 32 della Costituzione stabilisce il principio della libertà di ciascuna persona di decidere se sottoporsi o meno a un determinato trattamento sanitario, a cui si correla il diritto di essere adeguatamente informato per decidere in modo consapevole. È vero che lo stesso articolo stabilisce che nessuno possa essere obbligato a un determinato trattamento sanitario *se non per disposizione di legge*, ma sta di fatto che nessuna legge in nessuna parte del mondo è stata formulata per sancire la generale obbligatorietà dei vaccini per Covid-19 (si capirà il perché sia con riferimento alle procedure abbreviate di approvazione alla commercializzazione di questi vaccini, sia con riferimento alla normativa sull'indennizzo del danno vaccinale, che citeremo nel finale di questo scritto).

Secondo il Regolamento (UE) 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, la raccolta del consenso informato deve essere l'esito di un processo che ha messo la persona nella condizione di capire e di scegliere, ricevendo un'adeguata informazione anche delle alternative. Sono quindi necessari strumenti consoni anche per i non addetti ai lavori, nonché tempo e possibilità di confronto. Il consenso deve rispondere a precisi e contestuali requisiti: deve essere prestato da persona capace, deve essere espresso chiaramente.

Il nostro decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211 (in attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico), all'articolo 4 "Sperimentazione clinica sui minori" statuisce:

1. In aggiunta a tutte le altre prescrizioni previste dal presente decreto, la sperimentazione clinica sui minori può essere intrapresa soltanto se esistono le seguenti condizioni: a) sia stato ottenuto il consenso informato dei genitori...omissis..... ; il consenso deve comunque rispecchiare la volontà del minore; b) il minore abbia ricevuto, da personale esperto nel trattare con minori, informazioni commisurate alla sua capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi e i benefici; c) omissis; d) il gruppo di pazienti tragga dalla sperimentazione clinica qualche beneficio diretto e solo se la ricerca è essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare il loro consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca; inoltre, la ricerca deve riguardare direttamente uno stato clinico di cui soffre il minore (PATOLOGIA IN ATTO che lo riguarda) o essere di natura tale da poter essere intrapresa solo su minori; e) omissis.....f) le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo ogni rischio prevedibile, in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo del minore; la soglia del rischio ed il grado di malessere devono essere definiti specificamente e continuamente monitorati; g) il protocollo sia stato approvato da un

comitato etico con competenza anche pediatrica o che si sia preventivamente avvalso di una consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali in ambito pediatrico; **h) l'interesse del paziente prevalga sempre sugli interessi della scienza e della società.**

La citata direttiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano, prevedeva:

Articolo 4 - Sperimentazione clinica sui minori

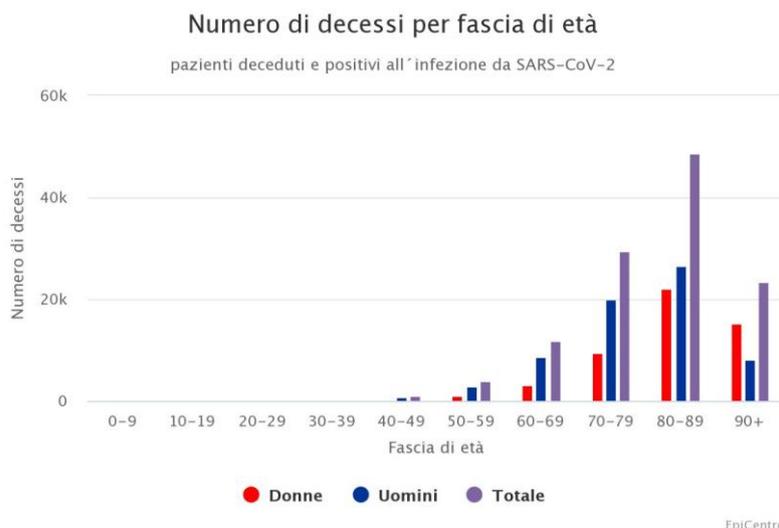
In aggiunta a tutte le altre restrizioni pertinenti, la sperimentazione clinica sui minori può essere intrapresa solo se: a) è stato ottenuto il consenso informato dei genitori.....il consenso deve rispecchiare la volontà presunta del minore; b) il minore ha ricevuto da personale esperto nel trattare con minori informazioni commisurate alla sua capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi e i benefici;.... omissisd) non vengono dati incentivi o benefici finanziari (esattamente il contrario di quanto sta avvenendo in larga scala negli Stati Uniti – n.d.r.); e) il gruppo di pazienti trae dalla sperimentazione clinica determinati benefici diretti e la ricerca **deve ricollegarsi direttamente ad uno stato clinico di cui soffre il soggetto minore** o essere di natura tale da poter essere intrapresa solo su minori; g) le sperimentazioni cliniche sono state concepite in modo da ridurre al minimo il i rischi prevedibili, in relazione alla malattia e alla fase dello sviluppo; **i) l'interesse del paziente prevale sempre sugli interessi della scienza e della società.**

Vorremmo si prestasse particolare attenzione a tre principi fissati dalla normativa comunitaria e nazionale appena citata: 1) il consenso dev'essere informato e con le particolari forme e da particolare personale adatto all'età del ricevente; in questo caso, il mero consenso dei genitori o di chi ne fa le veci potrebbe persino apparire in conflitto di interessi; 2) i benefici diretti devono ricollegarsi direttamente ad uno stato clinico di cui soffre il soggetto minore, ossia ad una patologia in atto che lo riguarda direttamente; 3) l'interesse del paziente prevale sempre sugli interessi della scienza e della società.

Partendo da questi tre principi su cui abbiamo ora richiamato l'attenzione e che sovrintendono giuridicamente la materia, si comprenderà meglio il perché dei dati scientifici che si vanno di seguito a riportare.

Apparirà un discorso finanche cinico, ma d'altronde di questi tempi siamo fin troppo abituati a sentire autorevoli medici fare discorsi tipicamente ragionieristici di analisi rischi-benefici. Pertanto, viene necessario vedere numericamente quali siano i ridotti rischi corsi nella vaccinazione, comparandoli poi agli altrettanto ridotti rischi Covid-19 nelle giovani generazioni. Iniziamo da questi ultimi, con l'accortezza di adottare unicamente fonti accreditate (Aifa, ISS e Johns Hopkins University) e non quelle filtrate in tutti i media e nei social.

I dati pubblicati il 26 maggio 2021 dal sito ufficiale "EpiCentro L'epidemiologia per la sanità pubblica - Istituto Superiore di Sanità" del numero di decessi con Sars-Cov 2 per fasce d'età. (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>) sono:



Come si vede dal diagramma a colonne, innanzitutto l'età media delle vittime per Covid-19 continua ad essere elevatissima (81 anni), ma soprattutto l'incidenza Covid-19 sulle fasce d'età al di sotto dei 30 anni è graficamente irrilevante, non presentando casistica degna di rappresentazione. In realtà, dall'inizio della pandemia ad oggi (in circa 14 mesi) si sono registrati 10 decessi fra gli 0 e i 9 anni e 14 decessi fra i 10 e i 19 anni, ovviamente spesso correlati a gravi patologie preesistenti. Ragionando **statisticamente**, quindi, **il fenomeno decessi under 20 è sostanzialmente irrilevante**.

Inoltre, secondo l'AIFA, nonostante il bassissimo numero di vaccinati fra i giovani (1,6%, circa 35.000), nella fascia **16-19 anni** si sono registrati oltre 1.100 eventi avversi post vaccinazione ed addirittura 8 segnalazioni hanno riguardato **lattanti**, le cui madri avevano ricevuto il vaccino.

Si dirà: se nei giovani il rischio Covid-19 è irrilevante, ma anche il rischio terapia genica è ridottissimo! A parte il fatto che le somme di tale ultimo rischio le potremo trarre solo fra 5-10 anni (tempo con cui d'altronde sono stati testati tutti i vaccini tradizionali), vediamo però quali siano questi potenziali rischi, giustamente ritenuti ridottissimi e remoti, rammentando comunque sempre che la vita è sacra e va difesa in ogni singolo essere umano.

Intanto, leggiamo cosa dicono i **produttori** nei loro documenti ufficiali (ricordiamo che essendo farmaci brevettati, costoro sono gli unici effettivamente a conoscenza di ciò che hanno prodotto).

Cominciamo da **Pfizer BionTech**- COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 (Comirnaty) – del quale già a novembre 2020 il sito governativo del Regno Unito - Agenzia di regolamentazione dei medicinali e dei prodotti sanitari (<https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19/information-for-healthcare-professionals-on-pfizerbiontech-covid-19-vaccine>), documento da noi ripreso nell'articolo del 3 aprile 2021 (<https://www.facebook.com/movimentodemos.eu/posts/1543196022546268>), aveva pubblicato le indicazioni per i professionisti sanitari ed a cui si è aggiunto il foglietto illustrativo dell'AIFA (<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/farmaco?farmaco=049269>). Il documento governativo britannico precisa nelle avvertenze agli operatori:

- 1) Popolazione pediatrica. **La sicurezza e l'efficacia del vaccino COVID-19 mRNA BNT162b2 nei bambini di età inferiore a 16 anni non sono state ancora stabilite.**
- 2) **Gravidanza. L'esperienza sull'uso del vaccino mRNA COVID-19 BNT162b2 nelle donne in gravidanza è limitata.** La somministrazione del vaccino mRNA COVID-19 BNT162b2 in

gravidanza deve essere **presa in considerazione solo** quando i potenziali benefici superano i potenziali rischi per la madre e il feto.

- 3) **Allattamento.** Non è noto se il vaccino mRNA COVID-19 BNT162b2 sia secreto nel latte umano (nel bene e nel male, ossia se protegge anche il feto o lo danneggia – n.d.r.).
- 4) **Non è raccomandato nei bambini di età inferiore a 16 anni** (<https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/bancadatifarmaci/farmaco?farmaco=049269>)
- 5) **Potrebbe non proteggere completamente** tutti coloro che lo ricevono e **la durata della protezione non è nota.**

Su **Astrazeneca - Vaxzevria** suspension for injection COVID-19 Vaccine, nelle “istruzioni” per addetti ai lavori (avvertenze agli operatori), ci sono numerosi punti significativi (<https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-covid-19-vaccine-astrazeneca/information-for-healthcare-professionals-on-covid-19-vaccine-astrazeneca>):

- 1) Produced in genetically modified human embryonic kidney (HEK) 293 cells and by recombinant DNA technology. This product contains genetically modified organisms (GMOs). Each dose (0.5 ml) contains approximately 2 mg of ethanol.– in altri termini stiamo parlando di un concentrato di ogm (che tutti noi aborriamo nei cibi), corroborato da un po' di etanolo.
- 2) Vaxzevria is indicated for active immunisation to prevent COVID-19 caused by SARS-CoV-2, in **individuals 18 years of age and older. Non è indicato quindi al di sotto dei 18 anni.**
- 3) The safety and efficacy of Vaxzevria in **children and adolescents (less than 18 years of age) have not yet been established.** No data are available. Currently available clinical trial data do not allow an estimate of vaccine efficacy in subjects over 55 years of age. Quindi la Casa non si assume nessuna responsabilità per vaccinazioni al di sotto dei **18 anni**, ma non è che agli **over 55** sia data migliore garanzia.
- 4) **Duration of protection.** The duration of protection afforded by the vaccine is unknown as it is still being determined by ongoing clinical trials. Ossia, la **durata della protezione è sconosciuta**, ribadendo ancora che si è in **fase sperimentale.**
- 5) Concomitant administration of Vaxzevria with other vaccines has not been studied. Interazioni con altri vaccini non sono state studiate.
- 6) Pregnancy. There is limited experience with use of Vaxzevria in pregnant women. Animal reproductive toxicity studies have **not been completed.** Based upon results from the preliminary study, no effects **are expected** on development of the fetus. Gli **studi sugli animali** in relazione alle puerpere **non sono stati completati**, anche se non si dovrebbero avere **sviluppi sui feti.**
- 7) Breastfeeding. It is unknown whether Vaxzevria is excreted in human milk. **Allattamento: è sconosciuto se il vaccino è secreto con il latte umano** (ciò nel bene e nel male – n.d.r.)
- 8) This medicinal product has been **authorised under a so-called ‘conditional approval’ scheme.** This means that further evidence on this medicinal product is awaited. **L'approvazione è provvisoria alla messa in commercio.**

Si aggiunga la mancanza di certezze per conseguenze paventate da parte della letteratura scientifica (e comunque attenzionate dalle stesse Case farmaceutiche e dalle Agenzie competenti) su: fertilità, cancerogenicità e inibizione del sistema immunitario naturale.

Queste le insicurezze che governano “l’operazione vaccini 2021” ed i “minimi” rischi possibili. Ma quali sono, invece, le conseguenze gravi già affrontate?

Ce lo dice il “Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19 n. 4 – periodo 27/12/2020 - 26/04/2021” dell’AIFA, nel quale leggiamo quanto segue. (<https://www.aifa.gov.it/-/quarto-rapporto-aifa-sulla-sorveglianza-dei-vaccini-covid-19>).

DOSI SOMMINISTRATE 18.148.394;

SOSPETTE REAZIONI AVVERSE 56.110, ossia 309 ogni 100.000 dosi somministrate (tab. 1);

SOSPETTE **REAZIONI AVVERSE GRAVI 8,6%**. Le segnalazioni gravi corrispondono all’8,6% del totale, con un tasso di **27 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate**.

Tabella 1 - Segnalazioni, dosi somministrate e relativi tassi per vaccini COVID-19 attualmente autorizzati

Vaccino COVID-19	Segnalazioni al 26/04/2021	Dosi somministrate al 26/04/2021	Tasso di segnalazione (per 100.000 dosi somministrate)
Comirnaty	42.171	12.872.320	328
Moderna	1.649	1.276.863	129
Principio attivo mRNA (brand non specificato)	14	-	-
Vaxzevria	12.276	3.977.851	309
Janssen	-	21.360	-
Totale	56.110	18.148.394	309

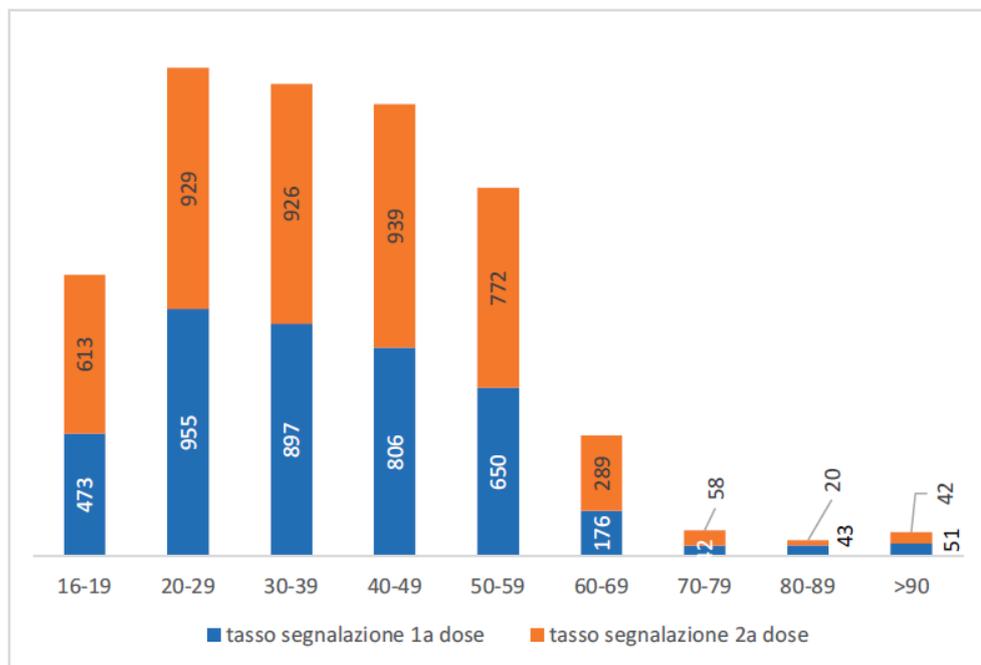
Periodo di monitoraggio (dato dall'immissione in uso):

- il vaccino a mRNA Pfizer/BioNTech denominato Comirnaty (autorizzato dal 22/12/2020 e utilizzato dal 27/12/2020);
- il vaccino a mRNA Moderna denominato COVID-19 Vaccino Moderna (autorizzato dal 07/01/2021 e utilizzato dal 14/01/2021);
- il vaccino a vettore virale ricombinante di AstraZeneca, ora denominato Vaxzevria (autorizzato dal 29/01/2021 e utilizzato dal 01/02/2021)
- il vaccino a vettore virale denominato COVID-19 Vaccino Janssen (autorizzato dal 12/03/2021 e utilizzato dal 22/04/2021).

I dati si riferiscono quindi a 4 mesi per Pfizer, 3 e ½ per Moderna, 3 per AstraZeneca e sono praticamente assenti per Janssen. Ossia, pochissimi mesi di adozione di vaccini hanno comportato quanto sopra.

Come si vede dalla sottostante tabella, le reazioni avverse si concentrano nelle fasce più giovani ed anche ben oltre la settimana dall’inoculazione (oltre il 6,3% di casi con tempo “indefinibile” dall’inoculazione). Tra l’altro, le stesse fasce più giovani sono quelle meno raggiunte dalla vaccinazione, com’è giusto che sia.

Figura 2 - Distribuzione del tasso di segnalazione per fasce d'età in relazione alla 1^a o 2^a dose somministrata



Ma il dato che più colpisce e di cui finora non c'è gran sentore nella sua globalità, essendo pervenute dai media notizie in ordine sparso, le quali rapidamente sono state fatte passare in secondo ordine, è il successivo. Si leggono, a pag. 19, quelli che il Rapporto definisce:

<<Casi con esito fatale dopo vaccinazione Covid-19.>>

“In Italia, al 26 aprile 2021, sono state inserite **223 segnalazioni con esito “decesso”**, con un tasso di segnalazione dei casi con esito fatale di **1,23/100.000 dosi** per tutti i vaccini. Il numero di casi e i relativi tassi di segnalazione per singola tipologia di vaccino è riportato nella tabella 4 ed è in linea con quanto emerso nei precedenti Rapporti.

Tabella 4 - Distribuzione delle segnalazioni con esito decesso per tipologia di vaccino

Vaccino	Casi fatali	Tassi per 100.000 dosi somministrate
Comirnaty	150	1,17
Moderna	39	3,05
Vaxzevria	34	0,85
Totale	223	1,23

In 3-4 mesi, 223 decessi dopo aver ricevuto il vaccino! Circa 70 persone al mese, più di 2 al giorno vanno incontro alla morte!

Ci saranno state certamente concause principali, ma il criterio di registrazione è dato dall'ISS ed è tale e quale a quello per cui si registrano i decessi Covid-19.

“Tenendo in considerazione che: 1) il vaccino Comirnaty è il vaccino più somministrato, in una popolazione più eterogenea per età rispetto al vaccino Moderna, e, pertanto, ha il peso maggiore nel calcolo del tasso di segnalazioni di decesso dell'intera popolazione dei vaccinati; 2) il vaccino Moderna è stato somministrato soprattutto a pazienti più anziani o molto fragili, con conseguente maggiore probabilità di eventi fatali coincidenti; 3) il vaccino Vaxzevria è stato usato, nel periodo in esame, mediamente in una popolazione più giovane e meno fragile, con conseguente tasso di segnalazione di decessi più basso. I tassi di segnalazione osservati in Italia sono in linea con quelli riportati a livello internazionale, soprattutto dall'MHRA - Medicines and Healthcare products Regulatory Agency del Regno Unito (eventi ad esito fatale nel Regno Unito 1.034), che ha ampiamente utilizzato e monitorato tre dei quattro vaccini attualmente somministrati sul nostro territorio.”

AIFA, comunque, conclude rassicurandoci: “In conclusione, il trend di segnalazione dei casi ad esito fatale è proporzionale al numero di soggetti vaccinati” e comunque “continua il monitoraggio attento dei casi segnalati per la continua valutazione del profilo di sicurezza di questi farmaci.” Bene, siamo tutti più sereni

Ma questi “remoti” rischi corsi, vengono sopportati a fronte di quali benefici (oltretutto indiretti)? Vediamo in merito cosa dice, o meglio, ribadisce, il nostro “Rapporto ISS Covid-19-4/2021” del 13 marzo 2021, che probabilmente in pochi avranno letto.

- 1) **Non è ancora noto quanto i vaccini proteggano le persone vaccinate** anche dall'acquisizione dell'infezione. È possibile, infatti, che la vaccinazione non protegga altrettanto bene nei confronti della malattia asintomatica (infezione) e che, quindi, i soggetti vaccinati possano ancora acquisire SARS-CoV-2, non presentare sintomi e **trasmettere l'infezione ad altri soggetti**.
- 2) Studi preliminari in vitro condotti sulla risposta immunologica (umorale e cellulare) evocata dai due vaccini a mRNA, BioNtech/Pfizer e Moderna, hanno evidenziato una **ridotta attività** neutralizzante da parte del siero dei soggetti vaccinati **nei confronti** della **variante** sud-africana e della variante brasiliana.
- 3) **Per nessuno dei vaccini in utilizzo è nota al momento la durata della protezione** ottenuta con la vaccinazione. Gli studi che attualmente sono in corso forniranno in futuro utili informazioni a tale riguardo.
- 4) La durata della protezione vaccinale non è ancora stata stabilita, al momento, non è noto se i vaccini impediscano completamente la trasmissione di SARS-CoV-2 (infezioni asintomatiche). Quindi, seppur diminuito, **non è possibile al momento escludere un rischio di contagio** anche in coloro che sono stati vaccinati. **Non vi sono prove sufficienti dell'effetto della vaccinazione sull'infezione asintomatica, e, quindi, sulla possibilità di trasmissione del virus da parte di soggetti vaccinati**. Pertanto, **i lavoratori/operatori sanitari nonostante siano stati sottoposti a vaccinazione devono essere considerati potenzialmente in grado di infettarsi con SARSCoV-2 e di trasmettere il virus ad altri**. Ogni lavoratore, inclusi gli operatori sanitari, anche se ha completato il ciclo vaccinale, per proteggere sé stesso, gli eventuali pazienti assistiti, i colleghi, nonché i contatti in ambito familiare e comunitario, dovrà continuare a **mantenere le stesse misure di prevenzione, protezione e precauzione** valide per i soggetti non vaccinati, in particolare osservare il

- distanziamento fisico (laddove possibile), indossare un'appropriata protezione respiratoria, igienizzarsi o lavarsi le mani secondo procedure consolidate.
- 5) Una persona vaccinata con una o due dosi deve continuare a osservare tutte le misure di prevenzione quali il **distanziamento fisico, l'uso delle mascherine e l'igiene delle mani**, poiché, come sopra riportato, non è ancora noto se la vaccinazione sia efficace anche nella prevenzione dell'acquisizione dell'infezione e/o della sua trasmissione ad altre persone.
 - 6) Una persona, anche se vaccinata anti-COVID-19, dopo un'esposizione definibile ad alto rischio e considerata "**contatto stretto**" di un caso COVID-19, deve adottare le stesse indicazioni preventive valide per una persona non sottoposta a vaccinazione.
 - 7) La persona vaccinata considerata "contatto stretto" deve osservare, purché sempre asintomatica, un periodo di **quarantena** di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato in decima giornata o di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso.
 - 8) i vaccini anti-COVID-19 attualmente disponibili, come riportato nelle rispettive schede tecniche, sono autorizzati per la prevenzione di malattia COVID-19 sintomatica e **non per la prevenzione dell'infezione** asintomatica (e di conseguenza la possibilità di avere un risultato positivo al tampone molecolare)
 - 9) poiché lo **sviluppo dei vaccini anti-COVID-19 è stato molto rapido**, non sono ancora state acquisite informazioni sulla **durata a lungo termine** della protezione successiva alla vaccinazione. E' possibile che, nelle persone che abbiano sviluppato una risposta immunitaria post-vaccinale, si verifichi una **graduale perdita dell'immunità nel corso dei mesi** o anni dopo la vaccinazione (fallimento vaccinale secondario).
 - 10) Inoltre, possono verificarsi altre condizioni: a) una persona può infettarsi nei giorni immediatamente successivi alla vaccinazione, in quanto l'organismo necessita di un tempo minimo per sviluppare una completa risposta immunitaria protettiva; b) una persona, al momento della vaccinazione, potrebbe essersi già infettata con SARS-CoV-2 e trovarsi senza saperlo in fase di incubazione, quindi, l'infezione può manifestarsi dopo la vaccinazione e prima dello sviluppo di una risposta protettiva completa.
 - 11) Poiché, al momento, è impossibile correlare in modo preciso il titolo di **anticorpi** con il livello di protezione, la presenza di anticorpi all'esame sierologico non esime la persona dall'uso dei DPI e dispositivi medici, nonché dal seguire tutte le precauzioni standard e specifiche per impedire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.
 - 12) Ai fini della vaccinazione, non è indicato eseguire test diagnostici per accertare una pregressa infezione. (indicazione, questa, che si è rivelata assai pericolosa per il rischio del ben noto fenomeno c.d. ADE – n.d.r.). È possibile considerare la somministrazione di un'unica dose di vaccino anti-COVID-19 nei soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2.
 - 13) La *Haute Autorité de Santé* (HAS) francese afferma che sulla base delle evidenze disponibili le persone immunocompetenti guarite dalla malattia COVID-19 devono essere considerate protette dall'**immunità postinfezione per almeno 3 mesi**. E pertanto le persone con pregressa infezione da SARS-CoV-2 confermata da test molecolare, indipendentemente se con COVID-19 sintomatico o meno, dovrebbero essere vaccinate.

Ora, crediamo non vi sia dubbio sul fatto che i vaccini in uso abbiano una qualche efficacia sugli effetti sintomatici e clinici del coronavirus, anche se per tempo limitato. In altri termini, se pur si prende il Covid-19, esso è più leggero (ciò accade anche con i normali vaccini influenzali). E anche per questo viene da domandarsi: se tutti gli adulti si vaccinano, essendo già protetti, quali rischi

dovrebbero correre ad opera dei giovani? In caso contrario, significherebbe che i vaccini non siano così protettivi e così adattabili alle varianti. E in effetti, che essi abbiano questa taumaturgica efficacia, almeno in questa fase stagionale, non emerge chiaramente dai dati. Anzi, il confronto dei dati epidemici 2021 con quelli del 2020 (periodo in cui non vi erano vaccini né codificate cure), essendo essi perfettamente in linea se non addirittura in crescita nel 2021, rivela che l'andamento epidemico sia influenzato sostanzialmente da altri fattori (clima, precauzioni), ben oltre il fattore vaccinale.

CONFRONTO DATA	DECEDUTI PER COVID 19		RICOVERI PER COVID 19*	
	ANNO 2021	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2020
08 - mag			19716	17576
09 - mag			19250	17000
10 - mag	198	165	18779	16415
11 - mag	251	179	18264	15877
12 - mag	262	172	17747	15323
13 - mag	201	195	17222	14746
14 - mag	182	262	16698	14149
15 - mag	136	242	16167	13549
16- mag	93	153	15639	13021
17- mag	140	145		
18- mag	201	99		
19- mag	149	162		
20- mag	164	161		
21- mag	218	156		
22- mag	125	130		
23- mag	72	119		
24- mag	110	50		
25- mag	166	92		
26- mag	121	78		

* I ricoveri sono calcolati giornalmente a “scorrimento”, sulla media settimanale

Fonte: COVID-19 Data Repository del Center for Systems Science and Engineering (CSSE) della Johns Hopkins University – reports del 26.05.2021

Va ricordato che il decreto “riaperture” del 2020 entrò in vigore dal 18.05.2020 al 31.07.2020

Da tutto quanto sopra, crediamo che ci siano elementi sufficienti a suffragare la tesi iniziale in merito

alla vaccinazione infantile.

Pertanto, non possiamo che denunciare una certa deriva della scienza medica ed unirvi all'appello lanciato da un migliaio di medici e operatori sanitari di "Rete Sostenibilità e Salute", ma anche da 93 medici israeliani (<https://www.theitaliantribune.it/la-lettera-di-oltre-90-medici-israeliani-non-usare-il-vaccino-covid-sui-bambini/>) e 40 ricercatori del Regno Unito, per ripensare alla vaccinazione anti-Covid per i bambini. L'appello, come ci riporta Peter D'Angelo in FQ del 26.05.2021 (<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/05/26/covid-anche-in-italia-appello-di-medici-e-sanitari-per-la-moratoria-contro-la-vaccinazione-ai-bambini-richiesta-su-basi-scientifiche/6210722/>) si basa su rigorose considerazioni scientifiche e, in particolare, su tre motivi, che vanno ad aggiungersi o confermare quanto qui detto in precedenza: "1) i bambini sono a rischio minimo di Covid, dai 18 anni in giù il rischio per i giovanissimi è irrilevante, come riferisce anche Franco Locatelli, il presidente del Consiglio Superiore di Sanità 2) il vaccino protegge dalla malattia chi lo riceve, e riduce ma non evita l'infezione e la possibilità di contagiare altri. 3) i bambini non sono fonte di contagi-cluster significativi per gli adulti, è soprattutto vero l'inverso". Inoltre, riferisce Eduardo Missoni, docente di Global Health all'Università Bocconi, medico e specialista in malattie tropicali, che come noi ci tiene a non identificarsi con i c.d. "no vax" ("da medico, per anni ho somministrato vaccini a migliaia di bambini in Nicaragua e poi da funzionario dell'Unicef li ho promossi" sottolinea), "dopo il vaccino nei giovanissimi ci sono rischi, secondo gli ultimi dati riportati dalla CDC, come la miocardite, e anche nelle premesse del trial Oxford si ammettono significative incognite circa il collegamento tra Covid-19 e sindrome di Kawasaki, di cui il vaccino potrebbe essere un fattore scatenante. Più in generale, dunque, i rischi da malattia nei bambini sono decisamente ridotti a fronte di rischi non noti a lungo termine, o su larga scala, derivanti dalla inoculazione di prodotti transgenici nell'organismo in rapida evoluzione del bambino".

Per la cronaca, l'Università di Oxford, una delle massime autorità accademiche in materia, al 6 aprile scorso ha sospeso la sperimentazione del vaccino AstraZeneca sui bambini (iniziata a febbraio su 6-17enni) in attesa di un'analisi definitiva sui possibili legami tra farmaco ed episodi trombotici atipici. (https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2021/04/06/oxford-sospende-sperimentazione-di-astrazeneca-sui-bambini_de5c1efe-f28d-4124-b612-02f5d32d8a35.html).

Per chi volesse poi approfondire qualche aspetto sulle terapie geniche e sui motivi per cui fino ad oggi, dopo qualche decennio, non si erano diffuse, si segnalano:

<https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/long-term-follow-after-administration-human-gene-therapy-products>

<https://www.ema.europa.eu/en/follow-patients-administered-gene-therapy-medicinal-products>

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/scientific-guidelines/multidisciplinary/multidisciplinary-gene-therapy>

Federico Macaddino