

Al Presidente della Repubblica
SERGIO MATTARELLA
protocollo.centrale@pec.quirinale.it

Al Presidente del Consiglio
MARIO DRAGHI
presidente@pec.governo.it

Al Ministro della Salute
ROBERTO SPERANZA
seggen@postacert.sanita.it
segreteriaministro@sanita.it

Al Ministro del Lavoro
ANDREA ORLANDO
gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it

Al Ministro dell'Istruzione
PATRIZIO BIANCHI
mur.gabinetto@postacert.istruzione.it

Al Presidente della Camera dei Deputati
On. ROBERTO FICO
roberto.fico@certcamera.it

Alla Presidente del Senato
On. MARIA ELISABETTA ALBERTI CASELLATI
elisabetta.casellati@pec.senato.it

Al capo Dipartimento della protezione Civile
FABRIZIO CURCIO
protezionecivile@pec.governo.it

Al Presidente del Consiglio Superiore di Sanità nonché
Coordinatore del C.T.S.
Prof. FRANCO LOCATELLI
prof.franco.locatelli@pec.it

Al presidente dell'I.S.S. nonché portavoce del C.T.S.
Prof. SILVIO BRUSAFERRO
silvio.brusaferro@pec.it

Ai componenti del C.T.S.
Dott. SERGIO FIORENTINO
sergio.fiorentino@avvocaturastato.it
segreteria.dica@mailbox.governo.it

prof. SERGIO ABRIGNANI
sergio.abrignani@unimi.it

dott.ssa CINZIA CAPORALE
cinzia.caporale@cnr.it

dott. FABIO CICILIANO
fabio.ciciliano.1xx2@na.omceo.it

dott. GIUSEPPE IPPOLITO
giuseppe.ippolito@unicamillus.org
giuseppe.ippolito@omceoromapec.it

dott. GIORGIO PALU'
giorgio.palu@legalmail.it
presidenza@pec.aifa.gov.it

prof. GIOVANNI REZZA
dgprev@postacert.sanita.it
segr.dgprev@sanita.it

ing. ALBERTO GIOVANNI GERLI
tourbillon.tech@legalmail.it

prof. DONATO GRECO
grecononato@omceoromapec.it

prof.ssa ALESSIA MELEGARO
alessia.melegaro@unibocconi.it

Al Presidente della FNOMCeO
dott. Filippo Anelli
segreteria@pec.fnomceo.it

Al Presidente della FNOVI
dott. Gaetano Pennocchio
info@pec.fnovi.it

Alla Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione
federazione@pec.tsrn.org

A tutti i Parlamentari

e p.c.

Alla Procura della Repubblica di Roma
depositoattipenali1.procura.roma@giustiziacert.it

Pordenone, 3 gennaio 2022 (primo invio)

OGGETTO: INTIMAZIONE DI RISCONTRO ALLE RICHIESTE DI CONFRONTO AVANZATE DALLA CMSi – INTIMAZIONE DI MORATORIA DEGLI OBBLIGHI VACCINALI E DELLE CAMPAGNE VACCINALI PEDIATRICHE COVID 19

Il C.I.A.T.D.M., cui si uniscono il Coordinamento 15 Ottobre e l'Associazione ContiamoCi, fanno proprio l'appello della Commissione Medico-Scientifica Indipendente, autrice del testo che segue.

Anticipano che la conoscenza dei dati contenuti nella presente esclude in radice la invocabilità, da parte dei decisori pubblici, di qualsivoglia scudo penale per i danni che la prosecuzione delle politiche sanitarie emergenziali potranno ingenerare nella popolazione, poiché configura consapevole accettazione del rischio che tali politiche comportano.

Si evidenzia in particolare che non approfondire quanto emerge ai punti 1, 2 e 5 del presente scritto, sospendendo gli obblighi in generale e le campagne vaccinali giovanili e pediatriche per principio di precauzione, potrebbe configurare fattispecie di reato quali lesioni gravi e gravissime, omicidio, strage.

Segue l'appello della CMSi. C.I.A.T.D.M. - Coordinamento 15 Ottobre - Associazione ContiamoCi!

Nuovi dati e acquisizioni scientifiche richiedono di cambiar rotta nel contrasto alla pandemia. Non ridiscutere le strategie correnti sarebbe inaccettabile

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, si è costituita una **Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi)**, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle, che fa esplicito riferimento al metodo scientifico e alla medicina basata sulle prove, e **intende discutere nel merito dei vaccini antiCovid-19 e delle strategie finora adottate**, come si considera normale poter fare con qualsiasi altro farmaco.

La CMSi fa anche riferimento all'art. 4 del Codice di Deontologia: «... Il medico ispira la propria pratica professionale alle più aggiornate conoscenze scientifiche e rispetta l'autonomia e la dignità della persona **senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura**».

La CMSi ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico**¹ che affronti con priorità i seguenti temi:

¹ una documentazione estesa e in progress è reperibile nel sito www.cmsindipendente.it, ed è stata presentata in una Conferenza Stampa-dibattito il 22 dicembre 2021. Di seguito, accanto ai singoli punti proposti per la discussione, si riportano in estrema sintesi gli argomenti e – per il punto 2 – nuove prove che sovvertono il quadro finora considerato e impongono un cambio di paradigma, poiché le anomalie accumulate in quello corrente lo rendono insostenibile. Le tematiche di cui sopra sono state oggetto del convegno scientifico e giuridico "Pandemia: invito al confronto" del 3 e 4 Gennaio u.s., con relatori medici, accademici, giuristi, e politici, tra gli altri, che è stato seguito da oltre 200.000 persone in remoto.

1) Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 (e anni precedenti) nei dati di EuroMoMo, Eurostat, Istat.

La notevole minor mortalità da Covid-19 dei vaccinati non rispecchia analoghe differenze nella mortalità totale, che si dovrebbe invece sempre considerare.

La mortalità totale nell'ampio studio randomizzato controllato (RCT) registrativo del vaccino Pfizer-BioNTech su adulti è stata (fino a 6 mesi di follow-up) di 21 morti nel gruppo vaccini e 17 nel gruppo di controllo. Nell'analogo trial di Moderna di 16 e 16 morti. Questi confronti, i più validi disponibili, non consentono di affermare che questi vaccini riducono la mortalità.

Nell'insieme dei paesi europei più Israele che trasmettono i dati di mortalità al network EuroMoMo non emerge un chiaro vantaggio nella mortalità 2021 rispetto al 2020, salvo che nelle fasce d'età più anziane, mentre dai 15 ai 64 anni si muore di più nel 2021.

Anche nei dati Istat italiani i giovani (fino alla mezza età) mostrano un eccesso di mortalità nel 2021, a partire da aprile-maggio fino circa a settembre, che inverte nei giovani una tendenza decennale al decremento.

Proposte: urge approfondire le possibili cause, e moratoria per vaccinazioni (o altre dosi) giovanili-pediatrie.

2) Efficacia dei vaccini nel prevenire l'infezione: all'inizio buona, poi mediocre, nulla, negativa...

Errori di valutazione: aver considerato duratura la buona protezione dei primi mesi, con studi che fotografavano una situazione non considerandone la dinamica; e non aver considerato che la protezione dei vaccinati (rispetto ai non vaccinati) potesse addirittura invertirsi.

Ciò invece si è visto in Qatar, Svezia, Regno Unito, dove dalla settimana 36 i vaccinati con 2 dosi hanno mostrato più infezioni dei non vaccinati (in confronti x 100.000 e classi decennali d'età), prima nelle classi d'età centrali, poi anche negli anziani, poi nei trentenni, infine anche i 18enni. Dalla settimana 43 in poi la somma delle infezioni totali (x 100.000) nei vaccinati supera quella dei non vaccinati. Le 3^e dosi hanno tamponato un poco l'incremento, ma nella settimana 51 le infezioni nei vaccinati superano ogni settimana precedente.

Con il progressivo rimpiazzo della variante Delta da parte di Omicron, che pare privilegiare i vaccinati, l'inversione diventa esplosiva. Il grafico in <https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966> mostra la situazione in Danimarca: a tre mesi la protezione verso Omicron da vaccino Pfizer è un non significativo 9,8%, quella da Moderna 4,2%, ma tra 3 e 5 mesi i vaccinati con due dosi si infettano più dei non vaccinati: di un significativo +76,5% Pfizer, quasi +40% Moderna. Le terze dosi tamponano la situazione, riportando la protezione al 54%, ma per quanto? Da più parti si invoca già la 4^a dose...

Si aggiungono i dati tedeschi del Robert Koch Institut, relazione settimanale del 30 dicembre: 95,58% dei casi tra i vaccinati, 4,42% tra i non vaccinati, (cf. <https://www.adhocnews.it/in-germania-i-contagiati-omicron-al-955-sono-vaccinati/>)

In Germania i contagiati Omicron al 95,5% sono vaccinati (la popolazione vaccinata in Germania è: 1^a dose 74,1%, 2^a dose 71,1%, di cui anche 3^a dose 38%)

Con questi nuovi dati, imporre dosi vaccinali a chi ha superato l'infezione pare ancor più irrazionale. Infatti in questi soggetti anche con Omicron la reinfezione sembra bassa, con sintomi lievi, la protezione da malattia grave è importante (Prof. W. Hanekom, Direttore Africa Health Research Institute). Il vaccino dà protezione aggiuntiva modesta di dubbia durata, effetti avversi potenzialmente maggiori, e potrebbe persino favorire infezioni da Omicron nel medio termine.

Proposte: revocare gli obblighi vaccinali; ridiscutere con urgenza: Green Pass, spinte alle 3^e dosi, alla vaccinazione dei guariti, e le strategie in genere verso la pandemia, coinvolgendo anche altre componenti della comunità scientifica.

3) Bilancio danni/benefici della vaccinazione pediatrica, per i singoli e la comunità.

Il documento **“Vaccinazioni pediatriche antiCovid-19: 16 motivi per dire No, non avere fretta di vaccinare tuo figlio”** (disponibile al link <https://cmsindipendente.it/vaccinazionipediatichecovid/16motiviNO>) motiva la richiesta di moratoria per le vaccinazioni pediatriche, con ampio supporto scientifico verificabile da chiunque. Con l'emergenza di Omicron, più contagiosa ma, sembra, più lieve di Delta, non andrebbero accentuate le misure di contrasto all'infezione pediatrica; anche la didattica in presenza andrebbe mantenuta senza fobie, allontanando solo chi si ammala. Nella misura in cui anziani e fragili che l'hanno scelta risultano per ora protetti da malattia grave dalla terza dose di vaccino, avere un'ampia platea di giovani naturalmente immuni è un verosimile vantaggio per loro e per l'intera comunità.

Per non dire di quanto emerso al punto 2, sulla negativizzazione della protezione verso Omicron nei vaccinati dopo pochi mesi.

Proposte: moratoria della vaccinazione pediatrica e della spinta ad altre dosi in chi ha iniziato.

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti)

Una [rassegna sistematica di 79 studi pubblicati su Lancet](#) mostra che in nessuno si rintracciano virus vivi e capaci di infettare dopo 9 giorni dall'inizio dei sintomi, in media 7 giorni nei ricoverati, nei bambini l'infezione spesso dura meno. Considerando qualche giorno d'infettività presintomatica, si può affermare che in un anno di 52 settimane: se un bambino non si infetta non è contagioso, se si infetta lo è per una settimana o poco più, mentre nelle altre 50-51 è diventato immune, non certo un serbatoio di virus che circolano.

Tale situazione va confrontata con quella del vaccinato, a sua volta più esposto a infezioni da Covid-19 o da altri patogeni [nelle due settimane circa dopo l'inoculo](#) (es. in Suppl. Tab. 5) che va ripetuto almeno 2 volte, ma probabilmente 3 o più, aumentando i rischi per lui e per altri. Oltre a quanto emerso al punto 2, sulla negativizzazione della protezione verso Omicron nei vaccinati dopo pochi mesi.

Quanto esposto per i bambini vale con poche differenze anche per adulti non immunodepressi, che non vanno considerati serbatoi di virus né fucine di varianti in modo sostanzialmente diverso da quanto accade nel tempo ai vaccinati.

Proposte: approfondire la discussione sul tema ed evitare propaganda e informazioni non supportate.

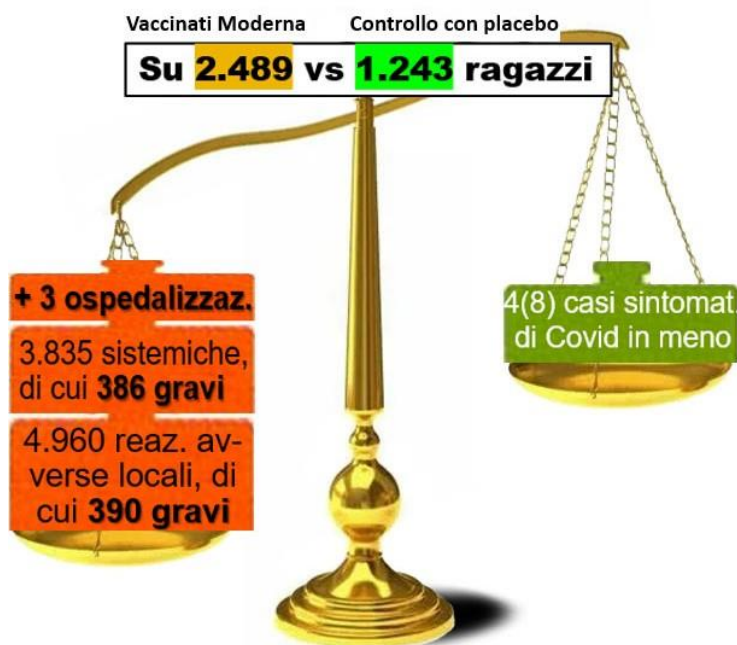
5) Sorveglianza attiva verso sorveglianza passiva, che sottostima le reazioni avverse vaccinali in misura enorme rispetto a quanto si riporta nei rapporti ufficiali AIFA.

La sorveglianza attiva, attuata nei RCT, pur per brevi periodi, e nel sistema v-safe attivato dai CDC USA, rileva un numero di reazioni avverse vaccinali in genere centinaia di volte maggiore di quanto riportato nei rapporti AIFA, basati su inaffidabili

segnalazioni passive. La sottostima delle reazioni avverse gravi (severe, “con impatto sulla salute” come definito dai CDC) per paradosso è ancora maggiore.

La narrazione ufficiale sull’“assoluta sicurezza” degli inoculi contrasta con i dati scientifici documentati dalla sorveglianza attiva, nei RCT registrativi (v. immagine bilancia, con dati da RCT di Moderna per adolescenti - *Supplement to: Ali K, et al. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2109522*), nonché con l’esperienza delle persone e delle famiglie.

Proposte: attivare senza altri ritardi una sorveglianza attiva anche campionaria o analoga a v-safe, e rendere pubblici i risultati.



6) Garanzie rispetto alla trasmissione dell’infezione fornite da un tampone antigenico ripetuto (es. 2 volte a settimana) rispetto alla vaccinazione con 2 dosi e a un Green Pass concesso per 6 mesi.

Un confronto corretto (v. https://cmsindipendente.it/sites/default/files/2021-12/0%20-%20Cosentino_memoria%20per%20audizione_7%20dicembre%2021.pdf pag. 14-20) mostra che un tampone antigenico ripetuto, anche solo 2 volte a settimana, offre garanzie maggiori rispetto alla vaccinazione con doppia dose verso varianti diverse da Omicron. Con Omicron ciò può valere a maggior ragione, per quanto indicato al punto 2). Non è chiaro per quanto tempo una 3^a dose protegga dall’infezione, ma i precedenti non incoraggiano.

Proposte: se si vuole limitare la circolazione del virus, un’alternativa immediata più efficace dell’obbligo vaccinale per i lavoratori potrebbe essere un tampone antigenico 2 volte a settimana (con Omicron dominante, data l’inefficacia dei vaccini, potrebbe

bastare ripeterlo 1 volta a settimana), anche direttamente nei luoghi di lavoro, dove possibile.

- 7) **Proposta generale:** aprire anche ad altre strategie di contrasto alla Covid-19, non puntando solo sui vaccini (né sulla vaccinazione universale), ma anche su **prevenzione primaria ambientale, stili di vita salutari** (con prove di riduzione non solo della mortalità totale, ma anche di quella da malattie infettive), **terapie sicure, sostenibili, di efficacia documentata, e abbandono di cure iatrogene².**

² Un'ulteriore analisi approfondita dei dati su efficacia e sicurezza dei vaccini a mRNA/DNA e dei test diagnostici PCR, su cui si basano decisioni di politica sanitaria con sproporzionate restrizioni alle libertà individuali, si può trovare nel documento stilato da un gruppo di ricercatori indipendenti reperibile al sito <http://www.co-meta.eu/>