



ContiamoCi!

Al Presidente FNOMCEO
Dott. Filippo Anelli
segreteria@pec.fnomceo.it

Al Vice Ministro della Salute
Dott. Pierpaolo Sileri
seggen@postacert.sanita.it

E p.c.

Ai Presidenti degli Ordini
Provinciali OMCEO

Vicenza, 27 settembre 2021

Chiarissimo Presidente e Consiglieri tutti,

probabilmente è superfluo sottolineare come troppe cose nella gestione della sanità pubblica non abbiano funzionato negli ultimi anni; è noto che la disponibilità dei posti letto si sia ridotta sensibilmente e con essa anche la disponibilità delle terapie intensive e sub intensive che, congiuntamente all'annosa mancanza di personale, hanno sicuramente giocato un ruolo di rilievo nella gestione pandemica contribuendo in modo significativo a formare un collo di bottiglia a livello ospedaliero. La saturazione dei posti letto in terapia intensiva è stato uno dei parametri decisionali per norme e provvedimenti emanati dal Governo, alcuni di questi alquanto fantasiosi e privi di utilità sanitaria.

La pressione sul personale ospedaliero è stata notevole ed è anche per questo che ora ci stupiamo di come venga attaccato, insultato e trattato come un ciarlatano chi nutre legittime perplessità (non sui vaccini in sé, ma sulle modalità di approvazione con cui questi farmaci sperimentali siano stati ammessi per un utilizzo di massa, raccomandandoli e imponendoli in maniera esplicita o surrettizia).

Non è stato saggio puntare tutto sul vaccino, ostacolando in maniera miope lo studio e lo sviluppo di terapie farmacologiche precoci.

Noi siamo medici, non politici, dobbiamo porre diagnosi, capire, trovare soluzioni terapeutiche e quindi essere consiglieri quando occorre; dopo 18 mesi di pandemia, non è accettabile ritrovarsi al punto di partenza o quasi, ben sapendo che ci aspetta un inverno in fotocopia rispetto a quello dello scorso anno, nonostante la campagna vaccinale, poiché i "farmaci profilattici" in commercio si stanno rivelando inefficaci sulle nuove varianti.

Purtroppo leggiamo dichiarazioni dure nei confronti di chi ha opinioni diverse su questi farmaci, che non crediamo meritate, seppur basate su nozioni e concetti base di medicina, biologia e dati tratti da pubblicazioni scientifiche della letteratura internazionale; pubblicazioni che da parte della comunità clinica e scientifica dovrebbero essere discusse, confrontate e valutate in scienza e coscienza; come altresì sarebbe necessario valutare con maggior attenzione le problematiche cliniche "post-vaccinali" che sempre più frequentemente colpiscono i pazienti.



L'ordine dovrebbe farsi consulente dello Stato in materia sanitaria, e non semplice esecutore. La politica NON DEVE prevaricare l'Istituzione Sanitaria. Quando la materia è così controversa, essere consulenti non dovrebbe significare appiattirsi nella funzione di portavoce di un solo parere, ma presupporrebbe una funzione ben più nobile, ovvero garantire la diversità di opinioni in un dibattito scientifico che escluda la promulgazione di leggi, norme e decreti perentori.

A questo proposito rammentiamo a tutti noi che il giuramento professionale recita:

“Giuro di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto e giuro di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato”(1).

Molte indicazioni e procedure non hanno avuto un indirizzo corretto fin dal principio come ad esempio la forte raccomandazione a non eseguire autopsie, a mezzo circolare n.15280 del 2 maggio 2020, o l'indicazione data ai medici di NON effettuare visite ai pazienti, lasciandoli praticamente al loro destino; come altresì non dare indicazioni all'utilizzo, nelle prime fasi della malattia, di farmaci antinfiammatori, ma solo paracetamolo e vigile attesa; citiamo il decreto ministeriale(2):

“In particolare, nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici, sulla base delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, si forniscono le seguenti indicazioni di gestione clinica:

- vigile attesa;
- misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria;
- trattamenti sintomatici (ad esempio paracetamolo);
- appropriate idratazione e nutrizione...”

Con riferimento al Paracetamolo che, riducendo la febbre, peggiora il decorso delle influenze a carattere virale, vogliamo ricordare che ci sono prove scientifiche che l'aumento da 1 a 4 ° C della temperatura corporea interna è associato a una migliore sopravvivenza e risoluzione di molte infezioni. L'uso di farmaci antipiretici per ridurre la febbre è correlato a un aumento del 5% della mortalità nella popolazione infettata da virus dell'influenza e influisce negativamente sulla prognosi dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. (3-6)

Considerato che l'acetaminofene (paracetamolo - potente ossidante) inibisce(7) l'attività del glutatione

(antiossidante)(8) non è chiaro su quale base sia stata definita suddetta terapia all'esordio della malattia Covid-19. L'acetaminofene riducendo la febbre ostacola un meccanismo difensivo dell'organismo che tenderebbe a rendere meno efficiente la replicazione virale; per di più non avendo proprietà antinfiammatorie non ha nessuna azione farmacologica di contrasto nel prevenire la cascata citochinica, che sappiamo essere la causa principale (insieme ai successivi eventi trombotici) delle complicanze più gravi della malattia causata dall'agente patogeno denominato Sars-CoV2; già nell'Aprile 2020 venivano ipotizzati e discussi i meccanismi patogenetici e i fattori precipitanti del quadro clinico(9); si stava già cominciando a capire qualcosa sull'eziopatogenesi della malattia Covid-19 e, di conseguenza, che le sequele più gravi, compresa la morte, non erano causate dall'infezione virale ma da complicazioni dovute ad una risposta non modulata del sistema immunitario(10) nonché ad alterazioni della coagulazione; meccanismi peraltro già studiati e conosciuti per altre infezioni virali.(11)



Possiamo comprendere che a fronte della dichiarazione di pandemia da parte dell'OMS, delle difficoltà oggettive e soggettive nella gestione dei malati (ricordiamo che molto spesso raggiungevano gli ospedali ormai in condizioni critiche) ci possa essere stato anche un coinvolgimento emozionale importante che ha portato ad un "umano" disorientamento che, congiuntamente a una smisurata produzione scientifica non sempre univoca, ci ha condotti ad una situazione di grande confusione sia in ambito sanitario che sociale.

Vogliamo sottolineare a proposito della produzione scientifica che, nell'ultimo anno e mezzo, è stata prodotta una mole mastodontica di articoli, tanto che, inserendo le parole chiave "Covid-19 Sars-CoV-2" si ottengono ad oggi ben 107.155 risultati; vale a dire 23 articoli al giorno. Molti di questi articoli, spesso non ancora revisionati, sono stati immediatamente utilizzati come riferimenti per supportare tesi successivamente smentite dalla realtà dei fatti, andando a minare la credibilità della nostra categoria.

A fronte anche delle precedenti considerazioni bisognerebbe quindi capire quale può essere il principio e quali le evidenze dell'istituzione di un obbligo per una terapia profilattica chiaramente sperimentale, attuata con farmaci di cui ancora oggi non si conoscono i meccanismi farmacocinetici(12), gli effetti a medio e lungo termine, e le cui modalità di somministrazione sono state spesso adattate empiricamente e non sempre attenendosi alle raccomandazioni delle case farmaceutiche, come nel caso di utilizzare lo stesso farmaco in prima e seconda dose; la casa farmaceutica (Pfizer) controindica il prodotto nei soggetti che hanno ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati, come è possibile conoscere un eventuale ipersensibilità ad un principio attivo mai immesso sul mercato? (12)

Il farmaco è indicato per l'immunizzazione attiva per la prevenzione di Covid-19, malattia causata dal virus Sars-CoV-2, in soggetti di età pari o superiore a 12 anni(12), non esiste ancora oggi una chiara evidenza della capacità del farmaco stesso di prevenire il contagio, come confermato quotidianamente dai numerosi contagi che si stanno verificando nelle strutture sanitarie tra soggetti vaccinati.

Inoltre la frenesia di voler somministrare questi farmaci il più velocemente possibile a tutte le persone ha anche creato parecchia confusione tra la popolazione e gli addetti ai lavori(13, 14). Sessanta milioni di italiani trattati con un solo rimedio di sicuro dimostra una non corretta applicazione del percorso diagnostico terapeutico(15).

A tal proposito, permetteteci anche di asserire che in questa triste e buia pagina della medicina moderna, sono stati calpestati tre PRINCIPI FONDAMENTALI che sono alla base del nostro operato di medici ovvero diligenza, perizia e prudenza.

A nostro parere in questa occasione c'è stata:

Negligenza, nel proporre i vaccini come unica terapia per contrastare la malattia, quando sappiamo che cure precoci stanno dando buoni risultati in tutto il mondo.

Imperizia, confermata dall'assioma terapeutico una terapia per tutti: sani, malati, adulti e bambini, anziani e giovani, donne gravide e in fase di allattamento.

Imprudenza, definendo la vaccinazione come "dovere morale", senza considerare che il suo utilizzo indiscriminato non era dettato da linee guida teoriche o razionali dall'esperienza pratica quotidiana. Non conoscendo poi gli effetti collaterali immediati, a medio e lungo termine o le interazioni con terapie farmacologiche in essere.



Il metodo scientifico che ci ha lasciato in eredità G. Galilei lo ricordiamo tutti ed è quanto di più lontano da quello che sta avvenendo da più di un anno a questa parte.

La vaccinazione anti Sars-CoV 2 è stata proposta e imposta quando ormai l'epidemia era in corso da quasi un anno, quindi quando ormai era presumibile che una discreta quota della popolazione avesse già acquisito gli anticorpi naturali. È evidente che la vaccinazione ha senso quando il beneficio esiste. Se il vaccinato possiede anticorpi naturali (16,17) il rapporto rischio beneficio propende maggiormente verso il rischio. Occorre considerare che, per quanto basso possa essere il rischio di effetti collaterali del vaccino, questo rischio va confrontato con il beneficio, considerando che si registrano e si sono registrati anche eventi drammatici. Quale è il senso logico nel cercare l'immunità di gregge tramite vaccinazione di massa nei confronti di un virus ormai chiaramente endemico? Lo stanno dimostrando le esperienze di Israele ed Inghilterra, che a mezzo della variante Delta elude agilmente la presunta "immunità" e che si candida prepotentemente a diventare ubiquitaria(18). Non bisogna dimenticare che nella comunità scientifica sono in molti a credere che l'immunità di gregge non sarà mai raggiunta(19). Vaccinare un soggetto che ha prodotto anticorpi naturali sottopone il soggetto a un puro rischio, senza alcuno scopo o beneficio. Anche se il vaccino non dovesse rivelarsi nocivo per quel soggetto, la vaccinazione in questa situazione è contraria ai principi fondamentali dell'etica medica; e con esami sierologici si potrebbe accertare la presenza di anticorpi naturalmente acquisiti, e quindi la protezione ottenuta. Ciò che rende la situazione ancora più grave, gettando sospetti pesanti sulla gestione della politica vaccinale, è che non solo questi esami non vengono rimborsati dal servizio sanitario nazionale, ma addirittura ne è stata messa in dubbio la validità allo scopo di ottenere la certificazione verde Covid-19.

Aggiungiamo il fatto che questo virus è in grado di contagiare anche altri mammiferi, come è stato ampiamente dimostrato(20), quindi impossibile da debellare a causa del suo infinito bacino replicativo. Studi recenti dimostrano che si comporta come un batteriofago (21,22) per vari batteri intestinali e questo giustificherebbe sia i sintomi intestinali che la permanenza nelle acque reflue(23).

È stato confermato che anche i vaccinati si possono ammalare e trasmettere la malattia(24,25) e che le cariche virali sono identiche tra vaccinati e non vaccinati, pertanto è disdicevole che voi possiate pensare che alcuni siano da considerarsi untori ed altri no, solo in funzione di un certificato.

Sotto altro profilo, risulta inspiegabile come la Società Italiana di Pediatria possa aver potuto raccomandare la vaccinazione in età pediatrica. A tal proposito abbiamo già inviato le nostre perplessità alla società stessa in data 16/08/2021 (ad oggi nessuna risposta) avendo successive conferme delle nostre posizioni anche da articoli scientifici pubblicati di recente(26); così come riteniamo alquanto rischioso promuovere in maniera indiscriminata, sia a livello mediatico che politico, la vaccinazione nelle donne in gravidanza, quando i pochi studi pubblicati hanno evidenziato che i risultati preliminari non hanno mostrato segnali di sicurezza evidenti tra le persone in gravidanza che hanno ricevuto vaccini mRNA Covid-19(27).

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA) non vuole essere tirata in ballo nelle scelte politiche dei governi. I vaccini da lei approvati contro il Covid-19 hanno una "autorizzazione condizionata", che potrebbe diventare "standard" addirittura nel 2023. La sicurezza dei vaccini è fondamentale per mantenere la fiducia del pubblico in essi, e aggirare questo criterio di sicurezza potrebbe avere conseguenze di vasta portata(28,29).

Siamo anche noi piuttosto preoccupati per il prossimo autunno/inverno, non per il numero dei non vaccinati, la cui età media è piuttosto giovane, bensì per il colpevole immobilismo nell'adeguare la risposta medica, sia in ambito delle strutture ricettive che per i protocolli terapeutici che ci sono. Potrebbero invece essere



migliorati se ci si mettesse tutti a lavorare nella stessa direzione, cercando di raffreddare il clima di astio e odio fomentato da alcuni colleghi iscritti al nostro stesso ordine professionale. Tra i diversi protocolli che potrebbero essere presi in considerazione non si può ignorare quello del Prof. Remuzzi (30) che è stato già revisionato e ritenuto valido dalla comunità SCIENTIFICA. Rammentiamo inoltre che fino a pochi mesi fa noi medici abbiamo potuto curare i pazienti con DPI adeguati senza essere considerati untori. Forse quei dispositivi non erano validi? Oppure non lo sono più ora? Gli stessi DPI che per anni ci hanno permesso di proteggere i pazienti sottoposti a chemioterapie e con sistema immunitario fortemente compromesso. Proprio grazie a questi DPI, soprattutto i medici odontoiatri (che presentano un elevato grado di esposizione), hanno continuato a lavorare con un ampio margine di sicurezza, testimoniato anche da un articolo uscito sull'ANSA.(31)

La federazione e gli ordini hanno permesso la promulgazione di una legge che introduce l'obbligo vaccinale come requisito per esercitare le professioni sanitarie. Questa legge è stata proposta appena 5 mesi dopo l'inizio della distribuzione dei farmaci stessi; leggiamo anche che in caso di non vaccinazione gli Ordini si pongono come meri esecutori della "sospensione" paventando anche a livello mediatico la radiazione a fronte di un obbligo attualmente limitato temporalmente; questo ultimo aspetto, oltre a conseguenze economiche, sta avendo anche importanti ripercussioni psicologiche su molti "colleghi", tra cui medici che hanno contribuito per decenni al buon funzionamento del sistema sanitario nazionale, ricercatori e Professori Universitari che hanno dato lustro al nostro paese a livello internazionale.

Diventa indispensabile quindi farvi notare come, essendo gli ordini divenuti una propaggine (organo sussidiario) dello Stato, abbiano perso la propria indipendenza e quindi parte della loro funzione.

Noi NON SIAMO "NO-VAX" come è stato anche da Voi permesso di definirci, SIA CHIARO.

Non siamo tenuti ad attenerci ad ordini che appaiono illogici e contrari alla deontologia, all'etica, all'interesse della comunità, non siamo tenuti a fomentare e perseguire una cultura ossessiva della sicurezza nei confronti di un patogeno quale il Sars-Cov2. Facciamo parte della Comunità Scientifica a tutti gli effetti e abbiamo il diritto di esporre le nostre argomentazioni e le nostre perplessità, senza temere di essere attaccati o denigrati da coloro che la pensano in modo diverso, soprattutto in merito ad argomenti così nuovi e controversi.

Noi medici dobbiamo "esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione".

Inoltre, a fronte dell'attuale situazione epidemiologica riteniamo opportuno suggerire di sollecitare il ministero della salute a riattivare al più presto l'attività ordinaria, in termini di prevenzione e cura di tutte le patologie, sia a livello territoriale e sia ospedaliero. Poiché l'incremento numerico dei decessi per tutte le patologie non prese in carico è incrementato di parecchie migliaia di unità, e pare strano che ci si stracci le vesti per i decessi da Covid-19 e non ci si preoccupi minimamente delle migliaia di decessi avvenuti per mancanza di prevenzione e cure di altre patologie(32,33).

Ribadiamo che non possiamo che rammaricarci del clima di astio e odio che si è instaurato e che viene alimentato quotidianamente da fronti istituzionali e dai mass media. Tra i compiti dell'Ordine dovrebbe proprio esserci quello di fare in modo che i propri iscritti si rispettino vicendevolmente, impedendo e osteggiando fermamente qualsiasi comportamento o atteggiamento prevaricatorio o offensivo.

Queste sono questioni che riguardano tutti gli scriventi e l'ente in indirizzo conserva una competenza in termini discriminanti, rispetto ad un eventuale danno e atteggiamento anti-giuridico. Noi supporteremo le



linee guida che riceveremo da Voi quando esse non saranno delle circolari private di qualsiasi attendibilità medica, poiché il medico curante o specialista è responsabile direttamente rispetto all'Ordinamento statale e internazionale e verso il Giudice civile per i danni di tutto quello che profila il paziente.

Pertanto Vi invitiamo a comunicare le linee guida elaborate dalla Comunità scientifica e la bibliografia a supporto delle stesse entro 8 giorni dal ricevimento della presente, mentre in difetto dovremo attivarci nelle sedi giuridiche più celeri.

In ogni caso rimaniamo disponibili ad aderire e a partecipare ad un tavolo di confronto per analizzare in modo "obiettivo" il problema, e valutare sinergicamente soluzioni efficaci per l'attuale situazione che contemplino anche un potenziamento della medicina territoriale integrata, mediante telemedicina, alle grandi realtà ospedaliero-universitarie.

In attesa di quanto sopra porgiamo distinti saluti.

I medici di ContiamoCi!

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE E RIFERIMENTI

- 1) Giuramento di Ippocrate nelle versioni classica e moderna
- 2) GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON INFEZIONE DA SARS-CoV-2. Doc. Principale - Copia
Documento Protocollo Arrivo N. 14356/2020 del 01-12-2020 - FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
- 3) Evans, S., Repasky, E. & Fisher, D. Fever and the thermal regulation of immunity: the immune system feels the heat. *Nat Rev Immunol* 15, 335–349 (2015). <https://doi.org/10.1038/nri3843>
- 4) Earn DJ, Andrews PW, Bolker BM. Population-level effects of suppressing fever. *Proc Biol Sci.* 2014; 281:20132570. [PubMed: 24452021]
- 5) Schulman CI, et al. The effect of antipyretic therapy upon outcomes in critically ill patients: a randomized, prospective study. *Surg Infect (Larchmt).* 2005; 6:369–375. [PubMed: 16433601]
- 6) Ryan M, Levy MM. Clinical review: fever in intensive care unit patients. *Crit Care.* 2003; 7:221–225. [PubMed: 12793871]
- 7) Rousar T, Pařík P, Kucera O, Bartos M, Červinková Z. Glutathione reductase is inhibited by acetaminophen-glutathione conjugate in vitro. *Physiol Res.* 2010;59(2):225-232. doi: 10.33549/physiolres.931744. Epub 2009 Jun 19. PMID: 19537930.
- 8) Forman HJ, Zhang H, Rinna A. Glutathione: overview of its protective roles, measurement, and biosynthesis. *Mol Aspects Med.* 2009 Feb-Apr;30(1-2):1-12. doi: 10.1016/j.mam.2008.08.006. Epub 2008 Aug 30. PMID: 18796312; PMCID: PMC2696075.



- 9) <https://www.youtube.com/watch?v=mVBfCzDWxPQ>
- 10) Forman HJ, Zhang H, Rinna A. Glutathione: overview of its protective roles, measurement, and biosynthesis. *Mol Aspects Med.* 2009;30(1-2):1-12. doi:10.1016/j.mam.2008.08.006
- 11) Fajgenbaum DC, June CH. Cytokine Storm. *N Engl J Med.* 2020 Dec 3;383(23):2255-2273. doi: 10.1056/NEJMra2026131. PMID: 33264547; PMCID: PMC7727315.
- 12) Comirnaty - Vaccino a mRNA anti-COVID-19; RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO
- 13) AdnKronos - AstraZeneca, Galli: "Seconda dose da altro vaccino? Assurdo bricolage" - https://www.adnkronos.com/astrazeneca-galli-seconda-dose-da-altro-vaccino-assurdo-bricolage_3hiXYyC4uNPaEwcln2KDK4
- 14) Ansa Europa - Ema frena sul mix di vaccini. Contro le varianti ravvicinare i richiami di AstraZeneca - https://www.ansa.it/europa/notizie/rubriche/voceeurodeputati/2021/06/17/vaccini-laconferenza-stampadellema_a340486c-6fbd-400b-ad1d-d640c7d6a0ad.html
- 15) Carrat F, Lavenu A, Cauchemez S, Deleger S. Repeated influenza vaccination of healthy children and adults: borrow now, pay later? *Epidemiol Infect.* 2006 Feb;134(1):63-70. doi: 10.1017/S0950268805005479. PMID: 16409652; PMCID: PMC2870374
- 16) Zuo J, Dowell AC, Pearce H. et al. Robust SARS-CoV-2-specific T cell immunity is maintained at 6 months following primary infection. *Nat Immunol.* 2021 May;22(5):620-626. doi: 10.1038/s41590021-00902-8. Epub 2021 Mar 5. Erratum in: *Nat Immunol.* 2021 Jul;22(7):928. PMID: 33674800; PMCID: PMC7610739.
- 17) Ng OW, Chia A, Tan AT, Jadi RS, Leong HN, Bertoletti A, Tan YJ. Memory T cell responses targeting the SARS coronavirus persist up to 11 years post-infection. *Vaccine.* 2016 Apr 12;34(17):2008-14. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.02.063. Epub 2016 Mar 5. PMID: 26954467; PMCID: PMC7115611.
- 18) Shaman J, Galanti M. Will SARS-CoV-2 become endemic? *Science.* 2020 Oct 30;370(6516):527-529. doi: 10.1126/science.abe5960. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33055131.
- 19) Immunità di gregge impossibile - Luca Ricolfi, Analisi dei dati all'università di Torino - <https://www.italiaoggi.it/news/immunita-di-gregge-impossibile-2532786>
- 20) Sia SF, Yan LM, Chin AWH, Fung K, Choy KT, Wong AYL, Kaewpreedee P, Perera RAPM, Poon LLM, Nicholls JM, Peiris M, Yen HL. Pathogenesis and transmission of SARS-CoV-2 in golden hamsters. *Nature.* 2020 Jul;583(7818):834-838. doi: 10.1038/s41586-020-2342-5. Epub 2020 May 14. PMID: 32408338; PMCID: PMC7394720.
- 21) Mishra VN, Kumari N, Pathak A, Chaturvedi RK, Gupta AK, Chaurasia RN. Possible Role for Bacteriophages in the Treatment of SARS-CoV-2 Infection. *Int J Microbiol.* 2020 Sep 19;2020:8844963. doi: 10.1155/2020/8844963. PMID: 32963540; PMCID: PMC7502124.



- 22) Covid, la conferma: è batteriofago, 4 antibiotici lo possono curare - <https://www.affaritaliani.it/coronavirus/covid-la-conferma-batteriofago-4-antibiotici-lo-possonocurare-753134.html>
- 23) Covid-19: le acque reflue sono indicatori di diffusione - <https://www.marionegri.it/magazine/covid19-e-acque-reflue>
- 24) Luo CH, Morris CP, Sachithanandham J, Amadi A, Gaston D, Li M, Swanson NJ, Schwartz M, Klein EY, Pekosz A, Mostafa HH. Infection with the SARS-CoV-2 Delta Variant is Associated with Higher Infectious Virus Loads Compared to the Alpha Variant in both Unvaccinated and Vaccinated Individuals. medRxiv [Preprint]. 2021 Aug 20:2021.08.15.21262077. doi: 10.1101/2021.08.15.21262077. PMID: 34462756; PMCID: PMC8404894.
- 25) Farinholt T, Doddapaneni H, Qin X, Menon V, Meng Q, Metcalf G, Chao H, Gingras MC, Farinholt P, Agrawal C, Muzny DM, Piedra PA, Gibbs RA, Petrosino J. Transmission event of SARS-CoV-2 Delta variant reveals multiple vaccine breakthrough infections. medRxiv [Preprint]. 2021 Jul 12:2021.06.28.21258780. doi: 10.1101/2021.06.28.21258780. PMID: 34268529; PMCID: PMC8282118.
- 26) Kostoff RN, Calina D, Kanduc D, Briggs MB, Vlachoyiannopoulos P, Svistunov AA, Tsatsakis A. Why are we vaccinating children against COVID-19? Toxicol Rep. 2021;8:1665-1684. doi: 10.1016/j.toxrep.2021.08.010. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34540594; PMCID: PMC8437699.
- 27) Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR, Moro PL, Oduyebo T, Panagiotakopoulos L, Marquez PL, Olson CK, Liu R, Chang KT, Ellington SR, Burkel VK, Smoots AN, Green CJ, Licata C, Zhang BC, Alimchandani M, Mba-Jonas A, Martin SW, Gee JM, Meaney-Delman DM; CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. N Engl J Med. 2021 Jun 17;384(24):2273-2282. doi: 10.1056/NEJMoa2104983. Epub 2021 Apr 21. Erratum in: N Engl J Med. 2021 Sep 8;: PMID: 33882218; PMCID: PMC8117969.
- 28) Opel DJ, Diekema DS, Ross LF. Should We Mandate a COVID-19 Vaccine for Children? JAMA Pediatr. 2021;175(2):125–126. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3019
- 29) Yahi N, Chahinian H, Fantini J. Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination ? J Infect. 2021 Aug 9:S0163-4453(21)00392-3. doi: 10.1016/j.jinf.2021.08.010. Epub ahead of print. PMID: 34384810; PMCID: PMC8351274
- 30) Suter F, Consolaro E, Pedroni S, et al. A simple, home-therapy algorithm to prevent hospitalisation for COVID-19 patients: A retrospective observational matched-cohort study. EClinicalMedicine. 2021;37:100941. doi:10.1016/j.eclinm.2021.100941
- 31) Ansa - Covid: studi dentistici italiani sicuri, contagi quasi a zero. https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2021/02/22/covid-studi-dentisticiitaliani-sicuricontagi-quasi-a-zero_e11fcbce-f139-4924-9f3f-a0359a74f55c.html



ContiamoCi!

32) Odone A, Delmonte D, Gaetti G, Signorelli C. Doubled mortality rate during the COVID-19 pandemic in Italy: quantifying what is not captured by surveillance. Public Health. 2021 Jan;190:108-115. doi:

10.1016/j.puhe.2020.11.016. Epub 2020 Nov 30. PMID: 33412438; PMCID: PMC7703200.

33) Paciullo F, Giannandrea D, Gianfredi V, Borgognoni F, Verdecchia P, L'Angiocola PD, Monti M.

Epidemiology of emergency calls for time-dependent acute illnesses during COVID-19 outbreak in Umbria region (Italy). Ann Ig. 2021 Mar-Apr;33(2):198-200. doi: 10.7416/ai.2020.2392. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33258867.