

“FOLLIA GREEN PASS”, STUDENTI SCRIVONO A UNIVAQ: “BASTA DISCRIMINAZIONI, TEST SALIVARI GRATUITI”

22 Settembre 2021



L'AQUILA – “Opposizione all'introduzione del Green pass come requisito per accedere alle sedi universitarie”, che viene definito una “follia” senza motivazioni scientifiche, e alle conseguenti “discriminazioni” che “contrastano quei valori di libertà accademica, apertura, inclusione e pari dignità alla base della tradizione universitaria italiana”.

Così, il Coordinamento regionale del movimento abruzzese “Studenti contro il Green Pass” comunica, in una nota, di aver inviato una Pec al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi dell'Aquila, Edoardo Alesse, e a tutti i principali Organi di Ateneo, contenente una lettera di protesta circa le due comunicazioni denominate “Estensione obbligo certificazione verde” e “Disposizioni del Rettore per la ripresa dell'attività didattica in presenza”, rese note il 31 agosto e il 17 settembre rispettivamente, sulla scorta delle previsioni del D.L. 111/2021, sul sito di Ateneo.

Al testo gli studenti allegano anche un'analisi medico-scientifica che ripercorre le criticità di questi mesi di emergenza, ricostruendo quanto accaduto e riportando i dati ormai di dominio pubblico sui decessi e i rischi in generale.

Chiedono, inoltre, di poter accedere alle aule universitarie con l'esito di un tampone rapido salivare e che sia gratuito al pari dei vaccini e, a maggior ragione, alla luce del fatto che al momento rappresenta l'unico modo per tracciare ed arginare per tempo il contagio.

Dubbi e perplessità espressi fino ad oggi sottovoce e che adesso, con l'avvio del nuovo anno accademico, vengono evidenziati sempre più apertamente da una generazione già abituata all'idea di un futuro precario, da oggi vincolato anche dal Green pass.

LA LETTERA ALL'UNIVERSITA': [Lettera ufficiale UnivAQ](#)

Di seguito pubblichiamo la nota completa e lo studio.

Il nostro gruppo esprime la propria opposizione all'introduzione del Green Pass come requisito per accedere alle sedi universitarie, così come si dissocia fermamente dalle implicazioni discriminatorie di detta certificazione, che contrastano con quei valori di libertà accademica, apertura, inclusione e pari dignità alla base della tradizione universitaria italiana.

La lettera da noi inviata propone una critica serrata alle citate Disposizioni del Rettore, oltre a una serie di considerazioni di carattere giuridico e scientifico sull'illiceità legale e sull'infondatezza scientifica del Green Pass, non solo come certificazione sanitaria in senso lato, ma soprattutto come discriminazione per poter vivere un'esperienza universitaria (lezioni, esami, studio in biblioteca, ricerca, laboratori, tirocini) che si possa definire degna di questo nome.

La lettera contiene, altresì, una serie di proposte rivolte al Magnifico Rettore, unitamente ai principali Organi collegiali, allo scopo di sanare tale insostenibile situazione di divisione degli studenti in due categorie: da una parte, chi è munito di Green Pass a seguito di vaccinazione ed è messo in condizione di prendere parte alle attività in presenza e chi, dall'altro lato, pur avendo scelto, in conformità al diritto garantito dall'Articolo 32 della Costituzione, di non sottoporsi a vaccino anti-SARS-CoV-2, si ritrova o del tutto impossibilitato a partecipare a tirocini e laboratori, oppure costretto a sottoporsi a un tampone invasivo ogni due giorni, con un pesante onere economico mensile.

Riteniamo fondamentale diffondere i contenuti della nostra lettera, così come quelli degli Allegati scientifici da noi prodotti, per stimolare la pubblica opinione a un dibattito critico e franco sulle inaccettabili conseguenze che il Green Pass e il D.L. 111/2021 comportano sulla possibilità di esercitare il diritto allo studio, in condizioni di parità ed equità, da parte dell'intera comunità studentesca. Nella lettera abbiamo richiesto, in virtù delle considerazioni sopra esposte, un incontro in presenza al Magnifico Rettore, così da poter esporre de visu le nostre rimostranze e le nostre ragioni, all'insegna di un dialogo costruttivo e produttivo, secondo lo spirito del Manifesto del movimento “Studenti contro il Green Pass” (sito web ufficiale: <https://www.studenticontroilgreenpass.it>).

Infine, ci riserviamo di attuare tutte quelle iniziative che possano garantire la più ampia diffusione possibile delle nostre istanze, affinché il diritto allo studio non venga subordinato ad una certificazione, ma sia garantito così come sempre è stato.

STUDIO MEDICO-SCIENTIFICO

L'obiettivo del presente contributo è la ricerca della verità, in modo tale che le nostre affermazioni circa l'infondatezza scientifica del paradigma Green Pass-vaccini abbiano un grado di incertezza il più basso possibile; tale proposito è realizzabile solo attraverso un importante lavoro di acquisizione di dati obiettivi espunti da fonti autorevoli ed ufficiali.

Tutto ciò partendo dal presupposto che il dubbio è la più grande certezza che si ha nella scienza, e questa constatazione già dovrebbe far riflettere sul fatto che imporre delle misure autoritarie e coercitive, al fine di sollecitare all'uso di farmaci in corso di sperimentazione, sia già evidentemente per nulla condivisibile.

A nostro giudizio, imporre una distinzione sociale così netta tra individui, come quella operata dal D.L. 111/21 e, di conseguenza, istituire una discriminazione tra chi può e chi non può esercitare o avere dei diritti, sarebbe sostenibile solo partendo da basi certe e dati incontestabili; tuttavia, ci apprestiamo a dimostrare l'impossibilità sia teorica che fattuale di tale prospettiva.

Orbene, secondo i dati che sono stati da noi raccolti e accuratamente contestualizzati (studiare apre le porte ad una diversa comprensione della realtà, gettando luce sulle ombre che la avvolgono), tutto rende infondato e ingiustificabile il ricorso allo strumento del Green Pass a danno di ragazzi che hanno diritto, così come sancito dalla nostra Carta costituzionale (Articoli 33 e 34), a entrare nei luoghi dello studio, della socialità, del confronto, del rispetto, della pluralità e, in definitiva, della crescita personale e sociale.

Seguono, infra, la descrizione e il commento dei dati e degli studi da noi presi in analisi:

■ Caratteristiche dei deceduti positivi al Sars-Cov-2

Le persone in età avanzata e con gravi malattie pregresse sono i soggetti maggiormente colpiti dalla malattia. Il Report Covid-19 del 21 luglio 2021 (Istituto Superiore della Sanità) parla chiaro:

- l'età media dei deceduti è di 80 anni;
- il 67,4% delle persone decedute aveva 3 o più patologie pregresse;
- il totale dei morti positivi al Covid-19 è di 127.044 unità. Sotto i 50 anni le morti sono state 1.479. Mentre sotto i 40 anni le morti sono state 355, tra cui solo 44 erano senza patologie pregresse.

È fondamentale sottolineare che, nel suddetto report, vengono riportate le caratteristiche di 127.044 pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2. Dunque, la morte non è sempre correlata all'infezione da Sars-CoV-2.

■ Impatto dell'epidemia sulla mortalità

A maggior supporto delle nostre tesi, i dati ISTAT sul Rapporto "Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021" ci mostrano che, rispetto alla media 2015-2019, nel 2020 si sono registrate 100.526 morti in più. Questa maggiore mortalità ha interessato principalmente le persone con più di 80 anni, mentre per gli under 50 si è registrato addirittura un calo della mortalità.

Dunque, ci chiediamo:

Quante morti sarebbero state evitate se i pazienti fossero stati curati per tempo e con i giusti farmaci, invece di consigliare la vigile attesa e la tachipirina? Quante persone gravemente malate, a causa del "lockdown", hanno dovuto sospendere le cure aggravando così la loro situazione clinica?

Come riportato dalle pagine del quotidiano "Il Messaggero", uno studio dell'Università di Pavia, partendo dai dati Istat sulle morti annuali e analizzando il IV rapporto di "Salutequità" sulle cure mancate a causa dello stop per la gestione della pandemia da coronavirus, ha concluso che 6 decessi su 10 nel 2020 e 8 su 10 nel 2021 non sono imputabili al virus Sars-Cov-2. Infatti, nel 2020 ci sono stati 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019 (-17%), di cui circa 620.000 sono quelli chirurgici saltati. A essere cancellati, oltre ai ricoveri programmati (747.011), anche quelli urgenti (554.123).

■ Caratteristiche dei vaccini contro il Covid-19 ed eventi avversi

Precisiamo, a scanso di equivoci e di semplicistiche categorizzazioni, che non siamo un gruppo di NO-VAX, ma siamo contro il Green Pass nella sua natura di strumento discriminatorio, strumento contro cui protestiamo pacificamente. Rimarchiamo

sin da subito che non siamo dunque contrari ai vaccini in generale, anzi siamo favorevoli ad essi qualora sussistano le giuste condizioni richieste per un vaccino obbligatorio.

La vaccinazione è infatti una pratica clinica da anni fondamentale nella medicina moderna, che è stata creata, migliorata, e resa sicura ed efficiente partendo da una semplice, quanto importante, osservazione, fatta probabilmente per la prima volta nel corso della Guerra del Peloponneso durante alcune epidemie di peste, in cui apparve evidente che chi era già stato colpito dal morbo e ne era guarito aveva meno probabilità di venire infettato una seconda volta dal medesimo patogeno. Si intuì, quindi, che la sopravvivenza ad un'infezione causa quasi sempre l'immunizzazione all'agente patogeno che lo ha causato.

Tutti noi che scriviamo questa lettera abbiamo fatto con grande convinzione i vaccini obbligatori da bambini e il richiamo da adolescenti, coscienti che l'obbligo vaccinale in quei casi è garantito da tanti anni di sperimentazione e di utilizzo dei medesimi. Tuttavia, questi vaccini per il Covid-19 rappresentano, per i motivi che ci accingiamo a esporre, un capitolo totalmente a parte. In generale, un farmaco (ma anche un vaccino) deve essere sottoposto a varie fasi di studio:

- la fase preclinica sugli animali, che serve sostanzialmente a stabilire l'eventuale tossicità della molecola su un organismo vivente complesso e poi alcuni parametri farmacocinetici: via di somministrazione preferenziale, assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione;
- la fase 1, cioè quella sui volontari sani, che serve per accertare che i risultati ottenuti sull'animale siano confermati nell'uomo;
- la fase 2, quella sui volontari "malati", che serve per verificare l'efficacia terapeutica del farmaco, o preventiva del vaccino in soggetti esposti al contagio;
- la fase 3, quella più importante. Durante questa tappa gli studi sono multicentrici (effettuati in diversi ospedali), condotti in doppio cieco e controllati con placebo. In questa fase è obbligatorio acquisire il consenso informato: il paziente deve sapere che è sottoposto a una sperimentazione clinica e che potrebbe ricevere il farmaco attivo oppure il placebo (né lui né il medico hanno preventivamente ricevuto notizia di quale delle due possibilità il paziente verrà sottoposto). In questa fase vengono controllate attentamente l'insorgenza, la frequenza e la gravità degli effetti indesiderati; un periodo di monitoraggio che deve durare 3-5 anni e, di conseguenza, le aziende produttrici dei vaccini contro il Covid-19 presenteranno i rapporti finali sugli studi clinici soltanto nel 2023.
- la fase 4, o farmacovigilanza, quella cui vengono sottoposti i farmaci una volta immessi in commercio, ha lo scopo di valutare l'effettivo valore terapeutico e il profilo di sicurezza. È la fase di sperimentazione che interessa molte più persone rispetto alle precedenti. La farmacovigilanza (o sorveglianza) può essere attiva o passiva: è attiva, quando il medico visita periodicamente il paziente che ha ricevuto il farmaco e riporta eventuali effetti avversi; è passiva, al contrario, quando il paziente segnala un evento avverso al medico, il quale dovrebbe notificarlo, a sua volta, alle autorità sanitarie che dovrebbero prenderne atto.

Esiste un'ampia letteratura a sostegno del fatto che gli eventi avversi segnalati con sorveglianza attiva siano sensibilmente maggiori di quelli rilevati con sorveglianza passiva (qui, a titolo esplicativo, uno studio del 2017 effettuato dalla regione Puglia sulla vaccinazione MMRV <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32040350/>)

- Siamo, purtroppo, costretti a fare la seguente considerazione: i vaccini sperimentali anti Sars-Cov-2 sono sottoposti solo ed esclusivamente a sorveglianza passiva, come chiunque si sia vaccinato contro il Sars-Cov-2 può confermare. Questo implica che, non essendoci la necessaria sorveglianza attiva, esiste un potenziale numero di effetti avversi totalmente ignorati e sottovalutati. Infine, rimangono da prendere in analisi gli effetti a lungo termine: qui sta la criticità più importante. Noi (così come le stesse Pfizer, Moderna, Astra Zeneca e Johnson & Johnson) non sappiamo assolutamente niente di quello che il vaccino potrebbe provocare tra 1, 2, 5 o 10 anni. Infatti, perché uno studio clinico sia attendibile, due sono i criteri fondamentali da rispettare: la numerosità del campione e la durata del tempo di osservazione. La numerosità del campione c'è, ma gli studi a lungo termine semplicemente non esistono, essendo i vaccini, per l'appunto, dei farmaci emergenziali in uso da poco tempo.

A titolo di esempio, valga il Comirnaty della Pfizer, per cui bisogna aspettare fino al dicembre 2023 per confermarne l'efficacia e la sicurezza; infatti, il suddetto farmaco è per ora approvato in via emergenziale in Europa. O come dice il

foglietto illustrativo: “ per confermare l’efficacia

e la sicurezza di Comirnaty, il titolare dell’autorizzazione all’immissione in commercio deve fornire la relazione finale sullo studio clinico relativa allo studio C4591001 randomizzato, controllato verso placebo, in cieco per l’osservatore ” nel dicembre 2023.

Informazioni estrapolate dai fogli illustrativi dei vaccini contro il Covid-19

Le stesse case farmaceutiche sottolineano che, per i vaccini anti Covid-19, non è stato condotto alcuno studio sulla genotossicità o sul potenziale cancerogeno. Semplicemente, esse “ritengono”, senza averlo peraltro dimostrato, che i componenti del vaccino non presentino alcun potenziale genotossico.

A titolo di esempio, riportiamo di seguito una parte del foglio illustrativo del Comirnaty della Pfizer.

Inoltre, il vaccino non protegge completamente tutti coloro che lo ricevono e la durata della protezione non è mai nota:

Fonte: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_9_file.pdf

Citiamo ora i dati relativi alle reazioni avverse gravi da vaccino:

■ frequenza 1/1.000: paralisi di Bell (paralisi facciale acuta);

■ frequenza 1/10.000: coaguli nel sangue (trombosi), sindrome di Guillain-Barré (paralisi degli arti che può progredire al torace e al viso);

■ frequenza non nota: anafilassi, miocardite, pericardite, tumefazione dell’arto e della faccia, sindrome di perdita dei capillari, reazione allergica grave, ipersensibilità. Ma una qualsiasi persona di buon senso non dovrebbe prendere in considerazione sia i rischi che i

benefici derivanti da un trattamento sanitario? Se l’epidemia da Covid-19 non ha interessato minimamente la fascia di età più giovane, perché questo obbligo indiretto alla vaccinazione, pur con l’evidente rischio di una grave reazione avversa?

Informazioni estrapolate dal Rapporto AIFA sulla sorveglianza dei vaccini Covid-19

Come riportato nel Rapporto sulla sorveglianza dei vaccini Covid-19 (periodo 27/12/2020- 26/08/2021), le segnalazioni per sospetto evento avverso aumentano vertiginosamente nella fascia d’età 20-60 (AIFA).

Alla data del 26/08/2021, sono state inserite complessivamente nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza 91.360 segnalazioni di evento avverso successivo alla vaccinazione su un totale di 76.509.846 dosi di vaccino, con un tasso di segnalazione di 119 ogni 100.000 dosi somministrate. L’86,1% delle segnalazioni è riferita a eventi non gravi e il 13,8% a eventi avversi gravi, con un tasso di 13 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate.

Il nesso di causalità secondo l’algoritmo dell’OMS è stato inserito nel 74% delle segnalazioni di eventi avversi gravi, indipendentemente dall’esito ed è risultato correlabile alla vaccinazione nel 42% di tutte le segnalazioni gravi valutate, indeterminato nel 35% e non correlabile nel 20%. Il 3% delle segnalazioni valutate è inclassificabile, per mancanza di informazioni sufficienti.

Fonte: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_8.pdf

■ Studi scientifici: eventi avversi da vaccino, tecnologia a mRNA e varianti

Per i giovani, il rapporto rischio/benefici non giustifica la vaccinazione. A testimonianza, i seguenti studi che riguardano i casi di miocarditi e pericarditi post vaccino.

1) Il report VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), pubblicato il 30 agosto 2021, riporta diversi casi di miocarditi successivi a vaccinazione Covid. Si controlli il seguente link:

<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-08-30/03-COVID-Su-508.pdf>

2) “Miocarditi e pericarditi dopo vaccino COVID-19” (agosto 2021, pubblicato sul Journal of the American Medical Association): “Dopo la vaccinazione contro il COVID-19 sono state osservate due distinte sindromi autolimitanti, miocardite e pericardite. La miocardite si è sviluppata rapidamente nei pazienti più giovani, soprattutto dopo la seconda vaccinazione.

La pericardite ha colpito i pazienti più anziani più tardi, dopo la prima o la seconda dose.” Alcuni vaccini sono associati a miocardite, inclusi i vaccini mRNA, e i Centers for Disease Control and Prevention hanno recentemente segnalato una possibile associazione tra vaccini mRNA COVID-19 e miocardite, principalmente in individui di sesso maschile più giovani

entro pochi giorni dopo la seconda vaccinazione, con un'incidenza di circa 4,8 casi per 1 milione.

Questo studio mostra un modello simile, sebbene con un'incidenza più elevata, suggerendo una sottostima degli eventi avversi del vaccino.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900>

3) Di seguito, invece, un ulteriore studio (in preprint) che riporta una segnalazione sproporzionata tra adolescenti e giovani adulti, in particolare nei maschi, osservata soprattutto per la miocardite. "Le linee guida devono tenere conto di questo rischio specifico e ottimizzare i

protocolli di vaccinazione in base al sesso e all'età."

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.12.21261955v1>

Esaminiamo, inoltre, anche le statistiche sull'immunogenicità legata al potenziamento anticorpo-dipendente (ADE) dopo la vaccinazione:

1) I vaccini COVID-19 progettati per suscitare anticorpi neutralizzanti possono sensibilizzare i destinatari del vaccino a malattie più gravi che se non fossero stati vaccinati: possono peggiorare la malattia COVID-19 tramite il potenziamento anticorpo-dipendente (ADE).

Questo rischio è sufficientemente oscurato nei protocolli degli studi clinici e nei moduli di consenso.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33113270/>

2) In questo studio vengono forniti suggerimenti per affrontare le preoccupazioni sollevate dal ciclo di sviluppo abbreviato dei vaccini, nonché dall'emergere della fuga di immunità delle varianti virali. Infine, viene fornita una breve descrizione e prospettive future basate sul

principio dell'effetto ADE e su precedenti esperienze con virus simili.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34451994/>

3) Nel caso della variante Delta, gli anticorpi neutralizzanti hanno un'affinità ridotta per la proteina spike, mentre gli anticorpi facilitatori mostrano un'affinità sorprendentemente aumentata. Pertanto, l'ADE può essere una preoccupazione per le persone che ricevono vaccini basati sulla sequenza di picco del ceppo di Wuhan originale.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384810/>

Robert Wallace Malone, virologo e immunologo americano, è stato uno dei principali, se non il principale ricercatore, che ha contribuito in passato allo sviluppo della tecnologia dei vaccini a mRNA. In una intervista a Ippocrate.org (https://ippocrate.org/wpcontent/uploads/2021/08/intervista_a_Robert_Malone_it.pdf) spiega come è avvenuta l'ideazione di questa nuova tecnologia sottolineando, però, come esista il rischio concreto che a causa di questa campagna vaccinale (vedi Israele che ha altissimi tassi di vaccinazione e sta procedendo già alla terza dose) si possano selezionare mutazioni che sfuggono al vaccino stesso, cioè i VEM, Vaccine Escape Mutants.

1) "Le varianti emergenti di SARS-CoV-2 eludono le risposte immunitarie umorali da infezione e vaccinazione" (pubblicato su Science a settembre 2021) <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abj5365>

2) Di seguito, invece, un altro studio pubblicato su Society for Applied Microbiology riguardante biologia e varianti Sars-Cov-2, che si focalizza sull'anticipazione dell'evoluzione virale. Dallo studio si evince come "i vaccini basati su una singola proteina del virus o [...] su un dominio di una proteina virale ne guideranno la traiettoria evolutiva" e si paventa la necessità, in questo senso, "di un vaccino diverso ogni anno a causa della coevoluzione con altre malattie respiratorie, in particolare l'influenza" e al tempo stesso di "investire massicciamente nello sviluppo di nuovi antivirali".

<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1462-2920.15487>

Malone rimarca che la tecnologia a mRNA è maggiormente simile ad un farmaco ad azione prolungata che ad un vero e proprio vaccino; infatti, questa nuova tecnologia viene fuori direttamente dalla terapia genica con cui si stimola la produzione di una particolare proteina in altre cellule. Sia la tecnologia a mRNA che i vaccini a vettore adenovirale ricombinante stanno provocando diversi effetti collaterali, quali trombosi, miocarditi, pericarditi e malattie autoimmuni come la sindrome di Guillan-Barré. Dunque, vista la differenza di tecnologie usate nei vaccini, la spiegazione che viene fornita da Malone a giustificazione di questi effetti collaterali è legata al meccanismo della proteina Spike, che i vaccini fanno produrre alle nostre cellule per poi creare gli anticorpi. La proteina Spike, infatti, influenza l'attività del recettore ACE-2, aprendo la barriera ematoencefalica.

3) Un altro recente studio (in pre-print) suggerisce come la proteina Spike possa propagare danni ad organi distanti dai siti di infezione, promuovendo lesioni microvascolari.

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.423721v2> [PRE-PRINT]

“La proteina Spike SARS-CoV-2 interrompe la funzione dei periciti cardiaci umani attraverso la segnalazione mediata dal recettore CD147: un potenziale meccanismo non infettivo della malattia microvascolare COVID-19. Sebbene siano necessarie ulteriori indagini per dimostrare in modo definitivo gli effetti dannosi della proteina Spike sui periciti cardiaci e sulla microvascolarizzazione associata in vivo, questo lavoro suggerisce che frammenti della proteina possono provocare disfunzione delle cellule vascolari attraverso CD147, indipendentemente dall'infezione. Questo meccanismo ha il potenziale per diffondere il danno cellulare e d'organo oltre i siti di infezione e può avere importanti implicazioni cliniche.”

Inoltre, Robert Wallace Malone rimarca l'importanza dei protocolli di cura precoce messi in atto da IppocrateOrg, così come da tanti altri gruppi di medici (vedasi Terapia domiciliare C-19 il cui sito ufficiale è

<https://www.terapiadomiciliarecovid19.org/> oppure la Front Line Covid-19 Critical Care Alliance - FLCCC

<https://covid19criticalcare.com/>) che hanno avuto un grande successo nella pratica clinica di contrasto al Covid.

Nel primo caso portando avanti una battaglia per ottenere cure domiciliari tempestive, evitando già durante la prima ondata i gravi danni polmonari e quindi la terapia intensiva, e sollecitando le istituzioni politico-sanitarie alla raccolta e distribuzione del plasma iperimmune, nonostante l'ostracismo mediatico.

Nel secondo caso trovando il modo, tramite protocolli di profilassi ambulatoriale (per soggetti ad alto rischio e post-esposizione al Covid-19), ospedaliera e di gestione della Sindrome Post-Covid (o Long Covid Syndrome) di curare la malattia. A tal proposito alleghiamo le ultime evidenze disponibili su “Ivermectina per la prevenzione e il trattamento dell'infezione da COVID-19: una revisione sistematica, una meta-analisi e un'analisi sequenziale di prova per informare le linee guida cliniche” https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2021/08000/Ivermectin_for_Prevention_and_Treatment_of.7.aspx

“Prove di moderata certezza rilevano che sono possibili grandi riduzioni dei decessi per COVID-19 utilizzando l'ivermectina. L'uso dell'ivermectina all'inizio del decorso clinico può ridurre il numero che progredisce verso una malattia grave. L'apparente sicurezza e il basso costo suggeriscono che è probabile che l'ivermectina abbia un impatto significativo sulla pandemia di SARS-CoV-2 a livello globale.

■ Anche i vaccinati contagiano: l'inutilità del Green Pass

Il Green Pass è uno strumento politico coercitivo (e non sanitario) illegittimo e non ha nessuna utilità nel prevenire i contagi o nel creare ambienti sicuri in quanto “Covid-free”.

Si invoca la legittimità del Green Pass perché teoricamente, grazie ad esso si potrebbe creare un ambiente sicuro per chi è vaccinato; dunque, secondo questa narrativa, i non vaccinati sarebbero gli “untori” da escludere, di fatto, dalla comunità, in quanto ritenuti pericolosi per la salute collettiva, oltre che un ostacolo alla decantata riappropriazione della libertà toltaci dal Covid.

La realtà, tuttavia, è diversa. Di seguito, recenti studi ed osservazioni a supporto delle nostre tesi.

1) La carica virale dei vaccinati è la medesima dei non vaccinati, ragion per cui i vaccinati possono contagiare proprio come i non vaccinati

(https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733 e <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320052/>)

2) osservando i dati di Israele, si evince che l'efficacia del vaccino nel prevenire l'ospedalizzazione si aggira tra il 20% e il 30% (esempio dati del 19 agosto: 254 non vaccinati [popolazione 32%], 14 vaccinati con una dose [popolazione 5%], 333 VACCINATI CICLO COMPLETO [popolazione 63%]. dati forniti dal governo israeliano <https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general>).

3) i dati del Regno Unito ci dimostrano come l'efficacia del vaccino nel prevenire la diffusione del SARS-CoV-2 diminuisca tanto gradualmente quanto inesorabilmente.

4) Uno studio di Oxford

(<https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infectionsurvey/finalfinalcombinedve20210816.pdf>) conferma che chi è vaccinato non è affatto immunizzato e che l'efficacia del vaccino cala drasticamente con il passare del tempo.

5) Un altro studio dell'Università di Oxford ci dimostra che l'efficacia di Pfizer, dopo 4 mesi, scende sotto il 50%, che è la

soglia di efficacia per l'approvazione di ogni vaccino.

6) In UK si stima che tra i contagiati da variante Delta, il 61% dei morti era vaccinato con la doppia dose, mentre la restante percentuale di morti era non vaccinato.

7) "Regno Unito, report sconvolge gli esperti. Contagiati Covid: 89% sono vaccinati":

Il ministero della Salute britannico ha pubblicato sul suo sito ufficiale un report datato 20 agosto 2021 e che fa un briefing relativo al periodo 1° febbraio - 15 agosto 2021. Sul rapporto si stanno interrogando gli esperti, intenti a capirne i motivi, su ciò che sta accadendo dopo la massiccia campagna di vaccinazione nazionale. Nel Paese l'89% delle persone risultate contagiate per Covid erano vaccinate contro il virus. L'altro 11% è relativo a persone non vaccinate. La variante Delta, dominante in UK ha contagiato 386.735 soggetti di cui 337.834 con un'età inferiore a 50 anni e 48.264 con un'età superiore ai 50 anni".

Segue il report di riferimento: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1012644/Technical_Briefing_21.pdf

Inoltre, Il dottor Anthony Fauci ammette che la carica virale della variante Delta, ormai predominante ovunque, è uguale sia nei vaccinati che nei non vaccinati, affermando anche che

"La Delta può contagiare anche le persone che sono state vaccinate e queste possono a loro volta trasmettere il virus ad altri".

8) Molti esperti si sono espressi confermando che con il Green Pass e con i vaccini non si raggiungerà l'immunità di gregge e non si verranno a creare ambienti Covid-free. A titolo di esempio, citiamo le seguenti dichiarazioni:

- Il professor Andrew Pollard, direttore dell'Oxford Vaccine Group, afferma che "L'immunità di gregge non è possibile" perché la variante Delta "infetta ancora gli individui vaccinati".

(fonte:<https://www.theitaliantribune.it/andrew-pollard-il-regno-unito-non-puo-fare-nullaper-fermare-l'emergere-di-nuove-varianti/>)

- Anche il Professore Andrea Crisanti afferma che "È una bufala pazzesca dire che col Green pass creiamo ambienti sicuri"

(fonte:<https://www.la7.it/in-onda/video/andrea-crisanti-euna-bufala-pazzesca-dire-che-col-green-pass-creiamo-ambienti-sicuri-09-08-2021-392986>)

Alla luce di questi dati, però, in Italia viene prolungata la validità del Green Pass a 12 mesi

(https://www.repubblica.it/politica/2021/09/02/news/green_pass_camera_proproga_validita_12_mesi-316239498/).

Questa scelta, dal punto di vista logico, scientifico e medico, non ha alcun senso: i vaccinati non immunizzati non vengono esclusi dalle attività sociali nonostante siano potenzialmente contagiosi proprio come i non vaccinati, ma non solo! Chi è munito di Green Pass ha l'illusione di essere immune e la maggior parte di costoro difficilmente seguirà le regole anti-Covid e il distanziamento sociale.

Pertanto, l'unica utilità del Green Pass è quella di provocare stigma sociale e comportamenti discriminatori nei confronti dei non vaccinati, senza alcuna prova scientifica a sostegno di tale follia.

Conclusioni

Dai dati e dalle argomentazioni qui riportate possiamo affermare che l'obbligo indiretto alla vaccinazione tramite il Green Pass a cui vengono sottoposti gli studenti universitari, in maggioranza costituiti da una popolazione giovane e dunque poco predisposta alla malattia grave da Covid-19, non è giustificabile da un punto di vista scientifico.

Il Green Pass, come sappiamo, può essere ottenuto o tramite la vaccinazione, o tramite i tamponi, o dopo essere guariti dalla malattia.

Tuttavia, essendo i tamponi finora utilizzati invasivi ed economicamente dispendiosi, questa possibilità per ottenere il Green Pass viene di fatto sfavorita a vantaggio dei vaccini e dunque non si può esercitare una decisione libera e incondizionata sulla modalità con cui scegliere di ottenere la certificazione verde.

Il Green Pass ottenuto tramite vaccinazione, infatti, oltre a non garantire l'immunità o la non infettività dei suoi detentori,

comporta la messa in discussione dei diritti costituzionali in base allo stato di salute e all'assunzione di un prodotto sperimentale non privo, come visto, di potenziali effetti avversi anche molto gravi.

Contestiamo, inoltre, l'univocità della vaccinazione come strumento di contrasto al Covid-19. Molte figure mediche impegnate nella stesura di protocolli di cura domiciliari precoci hanno dimostrato la presenza, in alcuni contesti clinici, di valide alternative terapeutiche e sono state lasciate sole; allo stesso modo non sono state prese in considerazione soluzioni come il plasma iperimmune, su cui in altri paesi si è investito a livello sanitario e politico-mediatico, ed hanno reso possibile una riduzione della mortalità.

Nel Ricordare, come sopra mostrato, che gli eventi avversi a breve termine sono molteplici (quelli a lungo termine non possiamo nemmeno conoscerli per ora), noi STUDENTI ABRUZZESI CONTRO IL GREEN PASS chiediamo di rendere il Green Pass uno strumento non discriminatorio, prevedendo la possibilità di seguire lezioni e sostenere esami anche a distanza per tutta la durata dello stato di emergenza, e di porre fine alla disuguaglianza tra i possessori della certificazione verde: chiediamo che possano essere utilizzati i tamponi salivari rapidi, non molecolari, per ottenere la certificazione.

Ricordiamo che anche la circolare del Ministero della Salute n°21675 del 14 maggio 2021 (Uso del test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da Sars-Cov2) cita che "il campione di saliva può essere considerato un'opzione in individui asintomatici sottoposti a screening ripetuti per motivi professionali o di altro tipo".

Sappiamo che dobbiamo proteggere noi stessi e gli altri. Questa possibilità dei tamponi salivari rapidi ce lo permetterebbe, tuttavia, per essere equiparata ai vaccini, dovrebbero essere gratis anche essi. Se agli studenti di scuole superiori non è richiesto il Green Pass, anche all'università dovrebbe essere così, bisogna in tutti i modi preservare il diritto allo studio di ciascuno, mediante anche una didattica mista, e l'utilizzo dei tamponi salivari rapidi contribuisce a mantenere anche la sicurezza di coloro che si recano in presenza a lezione, vaccinati e non. Fino ad ora sono stati approvati i tamponi salivari molecolari che però presentano lo svantaggio di non dare un esito in poco tempo e sono anche molto costosi.

I test salivari RAPIDI sono sicuri, precisi, non invasivi e permettono di avere una risposta dopo circa 15 minuti. Ad esempio, ci sono quelli prodotti da LEPU, i "LOLLIPOP". Le performance del kit prodotto appunto da LEPU risultano le seguenti: Sensibilità: 95.65% (110/115), 95% CI (90.22, 98.13) Specificità: 98.44% (126/128), 95% CI (94.48, 99.57)

Vedasi: <https://www.lepu-medical.it/wp-content/uploads/2021/06/Scheda-tecnica-saliva-rapidtest-lecca-lecca-lollipop.pdf>

Quindi chiediamo di poter usare questi tamponi salivari rapidi per ottenere il Green Pass o almeno per accedere all'università in presenza. Ribadiamo che essendo il vaccino, per chi desidera riceverlo, gratuito, anche questi tamponi dovrebbero essere gratuiti. Il nostro non è un no a priori e per sempre a questi vaccini contro il Covid-19, vogliamo aspettare per avere gli studi clinici finali che arriveranno nel 2022-2023 e sincerarci sulla loro efficacia e sicurezza anche a lungo termine.

I tamponi salivari rapidi rappresentano dunque un'ottima soluzione per avere il Green Pass e rendere sicuro gli ambienti in presenza. Anzi, sapendo che anche i vaccinati possono contagiare e contagiarsi, tutti dovrebbero sottoporsi a questi tamponi ogni due giorni, se davvero vogliamo la sicurezza.

In caso di totale impossibilità di utilizzo dei test salivari rapidi qui richiesti per ottenere la certificazione verde, nonostante il fatto vengano autorizzati da una circolare del Ministero della Salute già citata, poniamo come minima richiesta la realizzazione di un accordo/convenzione tra università e farmacie locali per l'utilizzo dei tamponi "a narice" della "Lepu Medical", gli unici tamponi meno invasivi che permettono di ottenere già il Green Pass (codice 1331). Per ulteriori informazioni visitare il sito <https://www.lepu-medical.it/>