



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona

37122 Verona – Via Locatelli,1 – Tel. 0458006112 – 045596745
www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it - segreteria@pec.omceovr.it



Con la presente intendiamo fornire una **risposta completa, scientificamente documentata e istituzionalmente corretta**, fondata su **dati verificabili, riferimenti normativi e letteratura scientifica**, al fine di ricondurre il confronto entro i criteri propri della *Evidence Based Medicine* (Medicina Basata sulle Evidenze Scientifiche), della correttezza professionale e della responsabilità ordinistica.

1- Metodo scientifico, Evidence Based Medicine e correttezza della comunicazione professionale

Il metodo scientifico e la *Evidence Based Medicine* richiedono:

1. Formulazione esplicita delle ipotesi;
2. Utilizzo di dati primari correttamente riportati;
3. Valutazione critica delle fonti;
4. Distinzione tra evidenze consolidate, dati preliminari, opinioni e interpretazioni personali.

La **citazione indistinta** di enti (OMS, EMA, Ministero della Salute, ISS), riviste (*Nature, The Lancet, etc.*), portali bibliografici (PubMed) o Università, **senza indicazione puntuale** di studi, titoli, anni, disegni e risultati, non costituisce argomentazione scientifica.

Parimenti, è importante sottolineare che il confronto tra colleghi deve avvenire secondo le regole della convivenza civile e nel rispetto della responsabilità propria, della professione medica e del ruolo ordinistico. **Linguaggi denigratori, allusivi o polemici non sono compatibili con il dibattito scientifico** e ne compromettono seriamente la credibilità e potenzialmente la salute pubblica.

2- Evidenze scientifiche disponibili sui vaccini anti-SARS-CoV-2 nelle fasi iniziali della pandemia

L'Ordine dei Medici e Odontoiatri è stato accusato di aver *“sospeso medici ed odontoiatri che non avevano assunto un “vaccino” il cui obbligo si basava su una mai dimostrata motivazione di pura invenzione (che impedisse la diffusione del contagio)”*.

2.1 Studi registrativi (2020–2021)

Il 10 dicembre 2020 veniva pubblicato sul *New England Journal of Medicine* lo studio *“Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine”* (Polack FP et al. 383,27:2603-2615). Lo studio dimostrava che il vaccino BNT162b2 (Pfizer-BioNTech):

- riduceva del 95% l'incidenza di COVID-19 sintomatico nei soggetti ≥ 16 anni;
- riduceva in modo sostanziale le forme gravi;
- presentava un profilo di sicurezza accettabile nel periodo di osservazione. (2-3,5 mesi dopo la seconda dose).

Il 30 dicembre 2020 è stato pubblicato, sempre sul *New England Journal of Medicine*, lo studio *“Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine”* (Baden LR et al. 5;384:403-416) che dimostrava che il vaccino mRNA-1273 (Moderna) aveva:

- un'efficacia del 94,1% nella prevenzione della malattia sintomatica, incluse le forme severe;
- un profilo di sicurezza accettabile nel periodo di osservazione (2 mesi dopo la seconda dose).

È corretto e scientificamente doveroso ricordare che nessuno di questi studi era disegnato per valutare direttamente la riduzione della trasmissione virale, né l'efficacia sulla infezione asintomatica.

2.2 Razionale della priorità vaccinale per gli operatori sanitari

Nonostante i limiti iniziali sui dati di trasmissibilità, la priorità vaccinale per i sanitari era fondata su:

- elevato rischio di esposizione;
- necessità di proteggere il personale e la continuità assistenziale;
- riduzione dell'incidenza di malattia sintomatica, con conseguente riduzione del rischio complessivo di diffusione in ambienti sanitari.

Nel settembre 2021, dati di "real-world evidence" confermavano tale razionale. Lo studio "Effectiveness of mRNA COVID-19 Vaccine among U.S. Health Care Personnel" pubblicato sempre sul *New England Journal of Medicine* (Philishvili et al. 25;385: e90) mostrava che i vaccini BN/162b2 (Pfizer-BioNTech) e mRNA-1273 (Moderna) erano altamente efficaci, in condizioni reali, nel prevenire il COVID-19 sintomatico nel personale sanitario.

Su queste basi scientifiche sono state sviluppate le raccomandazioni rivolte al personale sanitario che, al fine di tutelarne la salute e ridurre il rischio di infezione nonché di trasmissione in ambito assistenziale, era stato collocato tra le massime priorità vaccinali. La strategia ha individuato tre categorie prioritarie: gli operatori sanitari e sociosanitari, i residenti e il personale delle strutture residenziali per anziani, e persone di età uguale o maggiore di 80 anni (Piano strategico nazionale di vaccinazione COVID-19; <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>).

2.3 Obbligo vaccinale: quadro normativo vincolante

L'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari è stato introdotto dal **Decreto-Legge 1 aprile 2021, n. 44**, che all'art. 4 definiva e stabiliva:

- la vaccinazione quale requisito essenziale per l'esercizio della professione;
- l'accertamento della inadempienza da parte dell'ASL;
- la sospensione dalle prestazioni e mansioni implicanti contatti interpersonali o comportassero il rischio di diffusione del contagio;
- la comunicazione della sospensione da parte dell'ALS e la presa d'atto da parte dell'Ordine.

Di conseguenza tutte le strutture sanitarie hanno dovuto inviare alle Regioni gli elenchi nominativi dei dipendenti proprio ai fini della vaccinazione obbligatoria, così come gli Ordini hanno dovuto comunicare l'elenco dei propri iscritti.

Si riportano i commi 6 e 7 del citato art. 4.

Articolo 4 comma 6: *decorsi i termini di cui al comma 5, l'azienda sanitaria locale competente accerta l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e, previa acquisizione delle ulteriori eventuali informazioni presso le autorità competenti, ne dà immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza. L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.*

Articolo 4 comma 7: *La sospensione di cui al comma 6, è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza.*

L'articolato normativo (art. 4 commi 3, 4, 6 e 7) non lasciava alcuna discrezionalità all'Ordine, che era tenuto ad applicare la legge.

La sospensione del sanitario dalle attività a rischio, conseguente all'accertamento dell'inadempimento all'obbligo vaccinale da parte dell'ASL, sarebbe durata comunque sino al 31.12.2022.

Con decreto legge n. 172 del 26 novembre 2021, la competenza alla verifica dell'adempimento all'obbligo vaccinale è stata trasferita dalle ASL agli Ordini (sanitari), che, esperito un contraddittorio con gli iscritti, e in assenza di certificato di differimento della vaccinazione, o di motivata esenzione, dovevano accertare

l'inadempimento all'obbligo vaccinale, accertamento avente valore meramente dichiarativo e non disciplinare, cui conseguiva la sospensione dell'iscritto dall'esercizio delle attività professionali, con annotazione nell'albo.

La sospensione sarebbe durata sino alla comunicazione dell'adempimento all'obbligo, e comunque sino a termini via via prorogati sino al giugno 2022, poi sino al 31.12.2022, quando l'obbligo vaccinale è stato abrogato con legge, dall'1 novembre 2022.

Il **Decreto-Legge 25 marzo 2022**, n. 24 ha poi disciplinato le condizioni di cessazione temporanea della sospensione dell'iscritto, già sospeso e poi ammalato, in caso di sua guarigione

All'art. 4 del Decreto legge n. 24/2022 recante *“Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell' epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”*, entrato in vigore dal 25 marzo 2022, si prevedeva infatti, per i medici non vaccinati: *“In caso di intervenuta guarigione l'Ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell'interessato, dispone la cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. La sospensione riprende efficacia automaticamente qualora l'interessato ometta di inviare all'Ordine professionale il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del predetto termine di differimento”*.

Come si è già detto, e in presenza di tale stringente articolato normativo, l'Ordine di Verona, come tutti gli altri Ordini, per la sua natura di ente pubblico sussidiario dello Stato, e specie in materia di tutela della salute pubblica, cui evidentemente concorre, non avrebbe legittimamente potuto, né lo avrebbe voluto, non applicare le norme che si sono ricordate, o peggio disapplicarle, sicché ha dato alle stesse puntuale e leale applicazione.

In tale contesto, peraltro al di là di isolate pronunce che non hanno avuto esito in sede di impugnazione, va detto che la giurisprudenza civile – del lavoro – amministrativa e costituzionale, si è espressa in questi anni, e anche di recente, con motivate pronunce favorevoli all'obbligo vaccinale, in particolare per i sanitari, e alla legittimità delle sospensioni dall'attività sanitaria e-o lavorativa, e del cosiddetto green pass, definendole misure legittime e proporzionate, in relazione agli interessi di preservare la salute pubblica e di contenere la pandemia, soprattutto nell'interesse dei soggetti più fragili.

Si ricordano qui alcune importanti pronunce del Consiglio di Stato su tali temi, quali la n. 7045/2021, la n. 8434 e la n. 8454 del 2022 (consultabili sul sito: www.giustizia-amministrativa.it nella sezione “decisioni e pareri”).

La Corte Costituzionale ha pronunciato le importanti sentenze n. 14, 15 e 16 del 2023, e da ultimo, con la recente **sentenza n. 199/2025 del 23.12.2025**, ha ulteriormente **confermato la legittimità dell'obbligo vaccinale, del green pass, e delle sospensioni dal lavoro e della mancata percezione della retribuzione per il periodo di sospensione nell'ipotesi di inadempimento all'obbligo vaccinale da parte del lavoratore** (<https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/199>).

Da ultimo, e in termini, si è pronunciata anche la Corte di Cassazione, Sezione lavoro, con recente ordinanza n. 100 del 2.1.2026, in tema di legittimità della sospensione dal lavoro e della mancata percezione della retribuzione **nell'ipotesi di inadempimento all'obbligo vaccinale da parte del lavoratore** (in termini, sempre la stessa Sezione lavoro, anche con ordinanza n. 28844 del 31.10.2025, e con sentenza n. 1881 del 27.1.2025, consultabili sul sito web della Corte di Cassazione).

4- Trasmissibilità e comunicazione tecnica dell'Ordine (Verona Medica, marzo 2021)

Ai fini della efficacia e sicurezza delle vaccinazioni il nostro Ordine aveva redatto e reso pubblico su questi temi un primo documento (*Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid19 finora autorizzati in Europa*, su *Verona Medica*, Marzo 2021, pag. 38) a cura della Commissione per lo sviluppo professionale continuo e cultura “Luciano Vettore”. Il documento trattava della diffusione del contagio in questi paragrafi:

B.3 Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione? L'efficacia dei vaccini a RNA (94-95%) è stata dimostrata dopo circa una settimana dalla seconda dose. Fra la prima e la seconda dose qualche soggetto ha contratto l'infezione. Quindi una percentuale dell'ordine del 5-6% non risponde alla vaccinazione,

può infettarsi e trasmettere l'infezione. Parimenti, e a maggior ragione, questo può avvenire fra la prima e la seconda dose quando la risposta immunitaria contro il virus è ancora parziale. Sono ancora carenti i dati sull'efficacia del vaccino nel prevenire l'infezione.

C.6 I vaccini proteggono dall'infezione e dalla malattia? Gli studi sperimentali erano volti a valutare l'efficacia nei riguardi della malattia sintomatica e hanno dimostrato un'efficacia in tal senso anche nelle forme gravi. Non vi sono ancora dati sufficienti riguardanti la protezione contro l'infezione asintomatica o la sua trasmissibilità.

Questi passaggi **documentano in modo inequivocabile che l'Ordine non ha mai affermato che i vaccini impedissero con certezza la diffusione del contagio**, ma ha comunicato in modo trasparente i limiti delle conoscenze disponibili in quel momento.

Nello stesso documento dell'Ordine è stata descritta l'efficacia dei vaccini nell'impedire la comparsa della malattia (con conseguente diminuzione del contagio) nei paragrafi a seguire:

B.1 Quale è l'efficacia dei vaccini a RNA (Pfizer e Moderna)? Uno studio clinico di dimensioni molto ampie ha dimostrato che il vaccino contro Covid-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) prodotto dalla Pfizer è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 16 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia di questo vaccino è stato valutato nel corso di ricerche svolte in sei Paesi (Stati Uniti, Germania, Brasile, Argentina, Sudafrica e Turchia), con la partecipazione di oltre 44.000 persone. La metà dei partecipanti ha ricevuto il vaccino, l'altra metà ha ricevuto un placebo, un prodotto identico in tutto e per tutto al vaccino, ma non attivo. L'efficacia è stata calcolata su oltre 36.000 persone a partire dai 16 anni di età (compresi soggetti di età superiore ai 75 anni) che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero di casi sintomatici di Covid-19 si è ridotto del 95% nei soggetti che hanno ricevuto il vaccino (8 casi su 18.198 avevano sintomi di Covid-19) rispetto a quelli che hanno ricevuto il placebo (162 casi su 18.325 avevano sintomi di Covid-19). (N Engl J Med. 2020 Dec 31;383(27):2603-2615).

Per il vaccino Moderna è stato condotto uno studio clinico di dimensioni molto ampie che ha dimostrato che il prodotto è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 18 anni di età. Lo studio ha coinvolto un totale di circa 30.000 persone, metà delle quali ha ricevuto il vaccino, mentre l'altra metà ha ricevuto un'iniezione fittizia. Ai soggetti non è stato comunicato se avevano ricevuto il vaccino o il placebo. L'efficacia è stata calcolata su circa 28.000 persone di età compresa tra 18 e 94 anni, che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero dei casi sintomatici di Covid-19 si è ridotto del 94,1% nei soggetti che avevano ricevuto il vaccino (su 14.134 persone vaccinate 11 presentavano Covid-19 con sintomi), rispetto a quelli che avevano ricevuto un placebo (su 14.073 persone a cui era stata somministrato un placebo, 185 presentavano Covid-19 con sintomi). Ciò significa che il vaccino ha dimostrato di essere efficace al 94,1% nello studio. È stata altresì dimostrata un'efficacia del 90,9% nei partecipanti a rischio di Covid-19 grave, compresi i soggetti affetti da malattia polmonare cronica, cardiopatia, obesità, epatopatie, diabete o infezione da HIV. L'efficacia si è mantenuta elevata a prescindere dal genere e dall'etnia (NEJM February 4, 2021).

5- Gestione territoriale e “tachipirina e vigile attesa”

In merito all'affermazione di “non aver detto nulla sulla non-cura della Tachipirina e vigile attesa” va ricordato che, in realtà, nel **novembre del 2020**, il Documento di Consenso a cura del Gruppo di Lavoro Territorio/Ospedale/Università (promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e Keiron As.Me.G. Veneto, con il patrocinio dell'OMCeO di Verona), pubblicato sul bollettino dell'Ordine a dicembre dello stesso anno (*Suggerimenti operativi e terapeutici. Per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio* - Verona Medica n.4 di dicembre 2020 - a pagina 29) .

La Commissione tornava più volte sul tema sul numero del 3 **giugno 2021** del Bollettino a:

- pg. 16 Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da COVID trattati nel territorio;
- pg. 23 Eventi avversi dei vaccini anti-SARS-CoV-2 di Pfizer-Biontech, Moderna e AstraZeneca;
- pg. 27 Aggiornamento 26/5/21;
- pg. 32 Domande e risposte sui vaccini COVID-19;
- pg. 41 Emergenza COVID 19. Gestione clinica e terapeutica dei pazienti nel setting domiciliare.

6- Autopsie, sicurezza e conoscenze iniziali

In merito all'affermazione *“di non aver detto nulla sull' assurdo divieto delle autopsie”* va ricordato che nella prima fase pandemica (febbraio–marzo 2020), le autopsie non furono vietate ma fortemente limitate per:

- incertezza sulla carica virale post-mortem;
- rischio di diffusione per aerosol durante manovre invasive;
- carenza di DPI e sale settorie a pressione negativa.

Molti obitori non erano dotati di sale settorie a pressione negativa né di DPI adeguati. Le prime indicazioni ministeriali e dell'ISS furono quindi improntate al principio di massima precauzione. Le Circolari del Ministero della Salute e dell'ISS (marzo 2020) raccomandavano di evitare autopsie complete nei casi COVID confermati o sospetti e suggerivano esami esterni, prelievi limitati o autopsie verbali/cliniche. Indicazioni simili vennero pubblicate da WHO e ECDC (<https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance> <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-control-healthcare-settings-march-2020.pdf>). È opportuno ricordare i colleghi deceduti per Coronavirus che secondo dati aggiornati sono stati 383 medici (FNOMCeO) e 90 infermieri (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, FNOPI) nel corso della pandemia.

Con le evidenze acquisite successivamente questa precauzione è stata considerata forse eccessiva e dove le autopsie furono eseguite (Germania, Svizzera, alcuni centri italiani come Bergamo e Pavia) fornirono informazioni preziose sulla presenza di trombosi diffuse, endotelite, microangiopatia che indirizzarono verso l'uso di eparina, steroidi, ventilazione meno aggressiva tanto che già dalla seconda metà del 2020, ISS e società scientifiche (SIAPEC, SIMLA) rivalutarono positivamente le autopsie, furono pubblicati protocolli di sicurezza e le autopsie COVID divennero raccomandate a fini scientifici.

7- Pubblicazioni controverse e correttezza storica

In relazione, al testo di Robert F. Kennedy Jr. et al. *“Vaccinati, non vaccinati, la parola alla scienza”*, Il leone verde ed. 2024.

La citazione di documenti o lavori scientifici riportati da Robert F. Kennedy Jr. non può configurarsi come riferimento utilizzabile in una discussione scientifica. Il Sig. Kennedy Jr. infatti è una figura riconosciuta da numerose fonti indipendenti quali FactCheck.org (Annenberg Public Policy Center dell'Università della Pennsylvania) come responsabile di affermazioni scientificamente false o riconducibili a pubblicazioni ritirate dalla pubblicazione per falso (vedi articolo di Brian Hooker originariamente pubblicata sulla rivista *Translational Neurodegeneration; Retraction of "Measles-mumps-rubella vaccination timing and autism among African American boys: a reanalysis of the CDC database"*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4183946/>). La contraddittorietà delle posizioni del Sig. Robert F. Kennedy Jr. stesso sono un ulteriore e gravissimo elemento di controversia. Nell'aprile 2025, nel contesto di recrudescenza del morbillo negli Stati Uniti che ha visto più di 600 persone infettate e tre decessi, Kennedy Jr. ha pubblicamente dichiarato che il vaccino morbillo-parotite-rosolia *“è il modo più efficace per prevenire la diffusione del morbillo”*. (The New York Times, aprile 2025: *“RFK Jr. Admits MMR Vaccine is 'Most Effective Way' to Curb Measles Outbreak Amid Rising Death Toll”*) Questa affermazione, si pone in netto contrasto con quanto riportato nel libro dallo stesso autore e dopo decenni della sua attività di attivismo contro i vaccini (The Center for Countering Digital Hate: Rapporto *“The Disinformation Dozen”*, documento che identifica Kennedy Jr. come uno dei dodici principali diffusori di disinformazione vaccinale a livello globale, analizzando anni di post sui social media e discorsi pubblici). Si ricorda inoltre che durante la pandemia il Sig. Kennedy Jr ha consigliato di curare il virus con terapie in assenza di evidenze scientifiche (vedi numerosi post sul portale dell'associazione Children's Health Defense 2021-2022, quali *“Ivermectin: The Drug that Cracked COVID”* e l'articolo pubblicato su The Associated Press Fact Check: *“RFK Jr. video pushes unfounded COVID-19 treatments”*, una inchiesta dettagliata che cataloga le dichiarazioni del Sig. Kennedy Jr. su farmaci quali

ivermectina e idrossiclorochina come prive di fondamento scientifico) o, come nel caso della azitromicina, associate perfino ad un aumentato rischio di complicazioni cardiovascolari (vedi *Butler C. et al. 2021, "Azithromycin for community treatment of suspected COVID-19 in people at increased risk of an unfavourable outcome", The Lancet, 397(10279), 1063-1074* – lo studio dimostra l'inefficacia di azitromicina nel setting domiciliare e il monito di FDA contro il suo utilizzo in "*FDA warns about increased risk of heart problems with azithromycin*").

A pag. 31 del libro del Sig. Kennedy Jr. gli autori lamentano che *"I medici e gli scienziati che non si allineano all'ortodossia della vaccinologia sono considerati eretici e paria. L'esempio più famoso risale al 1998, quando il dottor Andrew Wakefield riferì che 8 su 12 dei suoi pazienti autistici avevano ricevuto il vaccino MPR il dottor Wakefield perse la sua licenza medica ..."* ma omettono di informare i lettori della motivazione che portò all'espulsione di **Andrew Wakefield che fu processato e condannato per aver falsificato lo studio** che l'aveva portato a formulare quella ipotesi. Nel gennaio 2010, il General Medical Council (GMC) concluse, infatti, che Wakefield e i suoi co-investigatori *"avevano agito in modo disonesto e irresponsabile"*, **mostrando anche "disprezzo per i bambini partecipanti"** e violando norme etiche fondamentali (General Medical Council 2010: "*Fitness to Practise Panel Hearing, 24 May 2010: Dr Andrew Jeremy Wakefield - Determination on Serious Professional Misconduct and Sanction*"). La condanna del GMC era motivata da *"serious professional misconduct"*, cioè, gravi violazioni deontologiche come medico (GMC Medical Register (UK): "Status: Removed. Reason: Erasure following a fitness to practise panel hearing (24/05/2010)". Reference Number: 3003315).

Il 24 maggio 2010, Wakefield fu radiato dall'Ordine dei Medici del Regno Unito (*struck off*), gli fu cioè revocata la licenza di esercitare la professione nel Regno Unito.

A pag. 35 dello stesso testo, viene citata la mancata adesione vaccinale degli Amish come esempio che avvalorava gli effetti negativi del vaccino. Anche in questo caso le informazioni riportate sono estrapolate dal contesto perdendo di trasparenza e veridicità scientifica. Gli Amish sono infatti una comunità religiosa piccola che rifiuta il contatto con l'esterno e le vaccinazioni. A causa di questa struttura sociale, nel corso di episodi di infezioni virali a carattere epidemico o pandemico si crea un pool di persone suscettibili al virus (Gastañaduy et al, *N Engl J Med 2016 Oct 6;375(14):1343-1354*) ed un alto tasso di trasmissione interna tra i diversi membri. In una comunità religiosa simile a quella degli Amish si sviluppò, agli inizi degli anni 90 in Olanda, una mortale epidemia di poliomielite. L'epidemia iniziò nel settembre 1992 (Oostvogel PM. et al. 1994 "Poliomyelitis outbreak in an unvaccinated religious community in The Netherlands". *The Lancet*, 344(8923), 665-670). Il ceppo responsabile era un poliovirus selvaggio di tipo 3 (*wild poliovirus type 3*). Il focolaio coinvolse "gruppi protestanti/religiosi" che rifiutavano la vaccinazione. **Complessivamente furono segnalati circa 71 pazienti; di questi, 2 morirono e 59 rimasero paralizzati.** I casi riguardarono persone di età variabile, da pochi giorni di vita fino a oltre 60 anni (range 10 giorni–61 anni, mediana ~18 anni). A differenza del resto della popolazione olandese, che aveva copertura vaccinale molto alta (quasi universale), questi gruppi erano quasi interamente senza immunizzazione.

In termini deontologici è inoltre qui utile ricordare che **l'art. 13 del Codice di Deontologia Medica qualifica le linee guida come raccomandazioni; ciò non equivale a legittimare pratiche prive di evidenza o in contrasto con la sicurezza del paziente.** L'autonomia clinica è esercitabile solo:

- con motivazione documentabile;
- nel rispetto delle conoscenze scientifiche disponibili;
- tenendo conto della tutela della salute individuale e collettiva.

8- Conclusioni

Sulla base di quanto sopra elencato L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona durante la pandemia da SARS-CoV-2, ha operato:

- nel rispetto della legge;
- sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e aggiornate nei diversi scenari epidemiologici;
- comunicando limiti e incertezze delle evidenze scientifiche, quando presenti;

- tutelando la salute pubblica e la dignità della professione medica.

Il dissenso scientifico è legittimo solo se esercitato con **rigore metodologico, completezza informativa e rispetto istituzionale**.

La Commissione Aggiornamento Professionale Cultura “Luciano Vettore” dell’OMCeO di Verona

Francesco Orcalli, Massimo Valsecchi, Giovanni Pizzolo, Michele Gangemi, Elisa Cosaro, Giuseppe Moretto, Massimiliano Bonifacio, Vincenzo Di Francesco, Evelina Tacconelli, Giulia Ghinato, Teodoro Sava, Michela Perina.