



NOGRAZIE

Lettera di informazione non periodica

Esce quando può; le notizie più significative sono pubblicate anche sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 107 – Ottobre 2022

Lettera aperta al nuovo Ministro alla Salute Orazio Schillaci

Gentile Ministro, le nostre associazioni sono da tempo impegnate nella difesa, nel rilancio e nel rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale. In particolare abbiamo individuato nella riforma delle Cure Primarie e nel potenziamento dell'assistenza di prossimità il cuore delle nostre proposte.

Segue a pag. 2

Indice

| | |
|--|----------|
| Lettera aperta al nuovo Ministro alla Salute Orazio Schillaci | 1 |
| Trasparenza nei rapporti tra le imprese produttrici e i soggetti che operano nel settore della salute: la lezione degli USA | 3 |
| Trasparenza sui trial clinici, c'è ancora molta strada da fare | 4 |
| USA: mediche discriminate nei pagamenti dall'industria | 4 |
| Associazioni mediche britanniche e riscaldamento globale | 5 |
| La guerra nell'Europa dell'Est: sull'orlo di un disastro umanitario | 6 |
| I dati inglesi di mortalità totale 2022 per stato vaccinale anti-COVID-19 richiedono di cambiare strategie | 7 |



Tutto il materiale originale dei NoGrazie è disponibile secondo la licenza Creative Commons 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it>), e può essere liberamente riprodotto citando la fonte; materiali di diversa provenienza (citazioni, traduzioni o riproduzioni di testi o immagini appartenenti a terze persone) non vi sono compresi e l'autorizzazione alla riproduzione va richiesta ai rispettivi proprietari.

Lettera aperta al nuovo Ministro alla Salute Orazio Schillaci

Segue da pag. 1

A questo proposito, riteniamo che:

- il SSN debba essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate, sostenute dalla fiscalità generale a carattere progressivo;
- sia necessaria una nuova visione complessiva del SSN sempre più integrato con i Servizi Sociali, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della "Primary Health Care", come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute;
- il rinnovamento di tutta l'Assistenza Primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile;
- sia necessario dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.

Tali considerazioni sono ampiamente illustrate nel [Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie](#), di cui ci permettiamo di farLe avere una copia.

Riteniamo che la Sanità Pubblica, nell'ambito di un'idea di salute come progetto sociale trasversale, stia a cuore a tutti. Riteniamo strategico l'intervento riformatore per potenziare i Servizi Sociali e Sanitari territoriali. In particolare è cruciale il riordino delle Cure Primarie, con al centro la Casa della Comunità, quale luogo di partecipazione diretta delle persone di quel territorio e all'interno della quale venga portato avanti il lavoro in équipe interdisciplinari e in rete con il territorio e l'ospedale: si creino così le condizioni affinché sia la casa il primo luogo di cura. Tutto questo riconoscendo nel Distretto Sociale e Sanitario integrato, in quanto agenzia di salute del suo territorio, la cornice istituzionale-organizzativa vincolante, rigorosamente pubblica, per la promozione e la tutela della salute. Riteniamo che tutto ciò debba rappresentare una priorità per il Ministro della Salute.

Ci preme sottolineare che un'ampia letteratura scientifica, già a partire dagli anni '90, ha dimostrato l'efficacia della Primary Health Care, mettendone in luce il favorevole rapporto costo-efficacia: a fronte di un investimento iniziale, produce un forte risparmio a medio e lungo termine, con miglioramento delle condizioni di salute dell'intera popolazione, riduzione delle patologie e delle complicanze e quindi anche dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo più appropriato dei trattamenti e delle risorse disponibili sul territorio determinano, inoltre, un aumento dell'equità in salute e dell'efficacia delle cure.

Consapevoli che un processo riformatore di tale portata sia possibile solo assicurando la più ampia partecipazione della società civile e degli attori coinvolti, ancor più non avendo riscontrato nel discorso alle Camere della Presidente del Consiglio alcun cenno alla necessità di rilancio della Sanità Pubblica e di potenziamento dei servizi territoriali per la salute, manifestiamo la nostra disponibilità, auspicando che Lei voglia avviare un confronto. In questo senso Le chiediamo un primo incontro, anche in vista di un evento nazionale che vorremmo organizzare, espressamente dedicato alla Riforma delle Cure Primarie e al rilancio del SSN.

Nell'inviarLe i migliori auguri di buon lavoro, restiamo in attesa di un Suo riscontro.

Mercoledì, 26 Ottobre 2022

[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#)

Campagna Primary Health Care Now or Never; ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani; AICP - Accademia Italiana Cure Primarie; AsIQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; AIFeC - Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità; Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete; Associazione La Bottega del Possibile; Associazione Comunità Solidale Parma; Associazione Prima la Comunità; Associazione Salute Diritto Fondamentale; Associazione Salute Internazionale; CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri -

IRCCS; Movimento Giotto; SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Slow Medicine ETS.

Aderiscono anche il movimento NoGrazie e l'associazione Connettere Salute.

[Rete Salute Welfare Territorio](#)

Salute Diritto Fondamentale; Associazione Salute Internazionale; CoPerSaMM (Conferenza Basaglia); Sos Sanità; Lisbon Institute of Global Mental Health; Campagna PHC now or never, Fondazione Franca e Franco Basaglia.

Trasparenza nei rapporti tra le imprese produttrici e i soggetti che operano nel settore della salute: la lezione degli USA

In attesa dell'applicazione del Sunshine act italiano, un articolo pubblicato su Drug Therapeutic Bulletin ripercorre la storia di come gli Stati Uniti sono arrivati all'approvazione della legge che obbliga alla trasparenza sulle transazioni finanziarie tra sanitari e industria.[1] A scriverlo è il direttore della sezione ricerca di Public Citizen, un'organizzazione statunitense di difesa dei consumatori, che mostra al selezionato pubblico inglese di Drug Therapeutic Bulletin i vantaggi del sistema statunitense rispetto al più lasso sistema inglese, basato sulla dichiarazione volontaria.

In sei anni, dal 2014 al 2019, tra onorari, doni, pasti e rimborsi spese, sono oltre 18 i miliardi di dollari pagati ai sanitari. Il valore dei pagamenti è aumentato dai 2,7 miliardi di \$ nel 2014 ai 3,6 miliardi del 2019. Basandosi sui dati raccolti, vari studi hanno documentato un'evidente associazione tra il pagamento ai medici e l'incremento di prescrizioni di farmaci e strumenti medici. Ad esempio, uno studio che correla i pagamenti dell'industria agli specialisti gastroenterologi mostra che ogni dollaro speso in cibo, spese di viaggio e ospitalità, consulenze o onorari per presentazioni è associato a un guadagno da parte dell'industria di 3,16 dollari in aumentata spesa per adalimumab. Un secondo esempio riguarda i cardiovertitori-defibrillatori, impiantati a 145.900 pazienti negli USA da parte di 4435 medici in un periodo di tre anni. Di questi medici, 4152 (94%) hanno ricevuto un totale di oltre 20 milioni di dollari l'anno dai produttori, con un pagamento annuale medio di 4915 dollari. I ricercatori hanno riscontrato una forte correlazione tra l'industria che paga e il modello di cardiovertitore-defibrillatore che il medico prescrive e impianta. Ancora, in una revisione sistematica di studi che analizzano se ricevere un pagamento dall'industria modifica la pratica prescrittiva del sanitario, in 30 studi su 36 (86%) è evidente un'associazione sia tra pagamento e prescrizione, sia tra entità del pagamento e aumento della prescrizione. Nella conclusione gli autori scrivono che i pagamenti dell'industria riducono la capacità del medico di prendere decisioni terapeutiche indipendenti e possono essere pericolosi per il paziente.

Del resto, come scrive l'autore dell'articolo nell'introduzione: "Nel corso della storia, le persone hanno sempre tentato di influenzare gli altri offrendo denaro, beni o servizi. Se questi tentativi non avessero avuto così tanto successo, sarebbero svaniti molto tempo fa. Al contrario, seguendo un principio darwiniano, i metodi per influenzare si sono progressivamente evoluti, sono diventati diffusi, complessi, estremamente efficaci e, spesso, anche dannosi per le persone che, inconsapevoli, diventano le vittime di questo sistema." Eppure, ci sarebbe un sistema semplice per limitare i danni: forse di qui a qualche centinaio di anni la comunità medica si deciderà a rifiutare le prebende dell'industria.

A cura di Luca Iaboli

1. Wolfe S. Mandatory disclosure of all pharmaceutical and medical device companies' payments to healthcare providers: learning from the USA. Drug Ther Bull 2022;60(4):52-55 <https://dtb.bmj.com/content/dtb/60/4/52.full.pdf>

Trasparenza sui trial clinici, c'è ancora molta strada da fare

Daniela Ovadia, 29/09/2022

Le ricerche dimostrano che molti dati provenienti da studi clinici non vengono mai resi pubblici, o lo sono solo dopo diversi anni. Si tratta di un comportamento che danneggia i pazienti (sia per il mancato accesso alle informazioni sia perché alcuni di loro si sono offerti come partecipanti del tutto inutilmente), rallenta il progresso medico e spreca denaro pubblico.

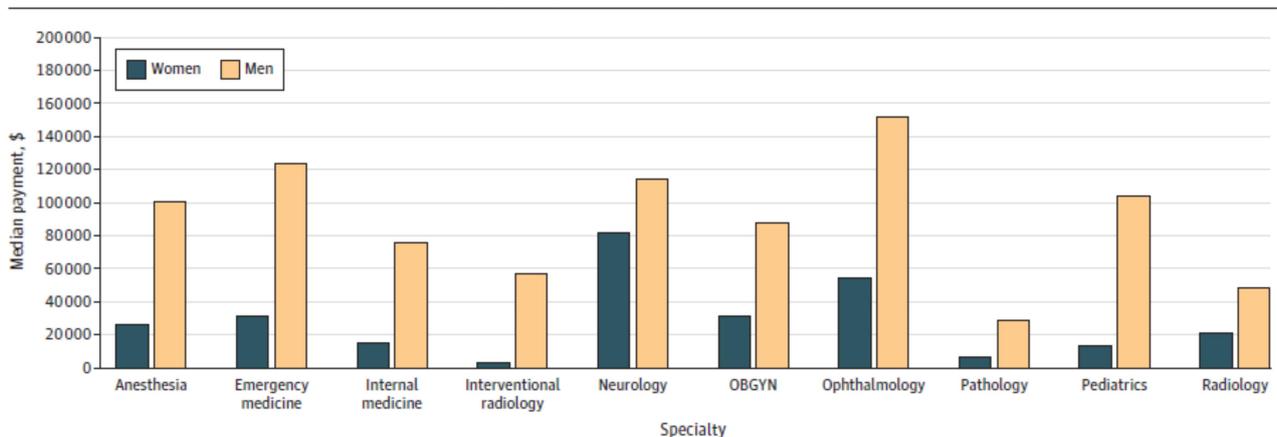
Continua a leggere: https://www.univadis.it/viewarticle/4230f0f3-b81a-3cd9-89a2-c48f00a4f06d?uac=22380MJ&ecd=mkm_ret_221017_webmd_FOCUSIT_4711606&uuid=4230f0f3-b81a-3cd9-89a2-c48f00a4f06d&sso=true

USA: mediche discriminate nei pagamenti dall'industria

Il dizionario Treccani ci autorizza da quest'anno a usare il femminile "medica" per indicare una donna che esercita la medicina.[1] Un passo in avanti nella parità di genere che negli USA non è stato ancora fatto, per lo meno per quanto riguarda i pagamenti da parte dell'industria, secondo gli autori di un articolo pubblicato questo mese.[2] Che le mediche USA guadagnino meno dei loro colleghi maschi è risaputo; probabilmente si tratta di una discriminazione presente in molti paesi. Per verificare che tale differenza esistesse anche per i pagamenti dell'industria, gli autori dello studio hanno analizzato i dati forniti dal Sunshine Act USA tra il 2013 e il 2019. Hanno selezionato le 15 ditte con la maggiore quantità di pagamenti e, per ognuna di queste, i 5 medici e le 5 mediche che capeggiavano la lista.

Su un totale di 1050 pagamenti, 1017 (96,9%) riguardavano i maschi e 33 (3,1%) le femmine. Queste ultime ricevevano in media 41.320 dollari (deviazione standard 88.695), mentre la media per i maschi arrivava a 1.226.377 dollari (deviazione standard 3.377.957). La mediana per le mediche era di 20.622 dollari, con range interquartili tra 61 e 1.664.344 dollari. Per i medici la mediana era di 129.387 dollari, il range interquartili tra 2.771 e 37.182.318 dollari. Le differenze sono statisticamente significative, ça va sans dire. La discriminazione permaneva anche dopo un'analisi multivariata che includeva specializzazione (vedi la figura), ranking accademico e alcuni indicatori riguardanti le pubblicazioni scientifiche. Infine, tra il 2013 e il 2019, il gap tra mediche e medici era aumentato da 54.343 a 166.778 dollari.

Figure 3. Median General Payment Stratified by Medical Specialty and Gender



I risultati si commentano da soli. Resta solo la curiosità di sapere se una simile discriminazione si verifica anche in Italia, in barba ai progressi del dizionario Treccani.

1.

<https://www.treccani.it/vocabolario/medica2/#:~:text=%E2%80%93%20Donna%20che%20esercita%20la%20medicin%20a%20medichessa>.

2. Sullivan BG, Al-Khouja F, Herre M et al. Assessment of medical industry compensation to US physicians by gender. JAMA Surg Published online September 28, 2022; doi:10.1001/jamasurg.2022.4301

Associazioni mediche britanniche e riscaldamento globale

Dopo la Cop26 di Glasgow nel 2021, ecco avvicinarsi l'inaugurazione, il 7 novembre 2022, della Cop27, che si terrà in Egitto (un paese non proprio democratico), a Sharm El-Sheikh (una sede non proprio sostenibile). Come c'era da aspettarsi, molte riviste mediche hanno pubblicato articoli su riscaldamento globale e salute. Tra i molti articoli che ho letto, e che Greta Thunberg e i Fridays for Future probabilmente non esiterebbero a classificare come blablabla, unica eccezione il corposo rapporto del Lancet,[1] mi è sembrato interessante uno studio che assegna un punteggio di sostenibilità ambientale alle associazioni mediche britanniche.[2] Le ricercatrici, 3 su 4 le femmine, hanno tentato di analizzare le posizioni di 28 associazioni mediche inviando loro un questionario su organizzazione interna (fonti di energia, acquisti, cibo, rifiuti, trasporti), formazione professionale (curricula, congressi, comitati, linee guida sulle prescrizioni), disinvestimenti (dei fondi pensione da attività climalteranti) e attività di advocacy verso le istituzioni (legislatori, policy makers, istituti di ricerca). Peccato che solo 11 (39%) delle associazioni mediche coinvolte si siano degnate di compilare il questionario; e questo dice già molto sul loro interesse per il tema.

Tra quelle che hanno risposto, l'associazione dei pediatri ha ottenuto il punteggio migliore, 41,75 su un massimo possibile di 64. Al secondo posto gli psichiatri, con 39,5 e al terzo posto i medici di medicina generale con 38,5. Ultimi i paramedici (13 punti), seguiti da anestesisti (13,5), ginecologi (16,25) e chirurghi (19,5). Il punteggio medio è stato di 27,3. L'associazione dei medici di sanità pubblica, in teoria i più sensibili al cambio climatico e ai suoi effetti sulla salute, ha avuto un punteggio di 34,75 ma si è classificata al primo posto nell'ambito della formazione professionale.

I risultati indicano chiaramente che qualcosa si sta facendo, ma che la strada da percorrere è ancora molto lunga. I pediatri sembrano far meglio degli altri probabilmente perché si preoccupano del futuro dei bambini che assistono. Significativo il fatto che negli USA sia diventata obbligatoria, per la certificazione a esercitare come pediatri, l'integrazione di un modulo sui cambiamenti climatici nella formazione professionale.[3] Ma bisognerebbe iniziare dalle scuole di medicina, con la revisione dei curricula in base al principio della formazione in piccoli gruppi imperniata sulla soluzione di problemi pratici reali in relazione ad ambiente e salute.[4] In Gran Bretagna si punta a migliorare la formazione curricolare degli studenti di medicina con pacchetti di autoformazione su salute planetaria e sostenibilità ambientale.[5] E in Italia?

A cura di Adriano Cattaneo

1. Romanello M et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. Lancet 2022 October 25; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9)

2. Cooke E et al. Climate change and health scorecard: what are UK professional and regulatory health organizations doing to tackle the climate and ecological emergency? Journal of Climate Change and Health 2022;8:100164

3. Patel L et al. Integrating climate change education into board certification for pediatricians: a model for other specialties. Journal of Climate Change and Health 2022;5:100093

4. Cerceo E et al. Interactive curriculum to teach medical students health and climate change. Journal of Climate Change and Health 2022;5:100105

5. Whittaker M et al. Lessons learned from implementing a self-taught learning resource on sustainable healthcare for the UK medical curriculum. Journal of Climate Change and Health 2022;6:100132

La guerra nell'Europa dell'Est: sull'orlo di un disastro umanitario

Che cosa succede, dal punto di vista sanitario, quando una superpotenza invade un paese a reddito medio basso? La storia recente insegna e un punto di partenza è l'invasione dell'Iraq da parte degli Stati Uniti. Dato il significato politico, la stima delle persone uccise direttamente nella guerra varia ampiamente e nessuna fonte si può considerare priva di distorsioni. Il calcolo stesso del numero delle vittime del conflitto iracheno, iniziato nel marzo 2003, era diventato una battaglia nella battaglia. La tabella sintetizza alcune stime.

| Morti | Fonte | Da marzo 2003 a: |
|------------------------|-------------------------|------------------|
| 50.000 | Los Angeles Times[1] | giugno 2006 |
| 80.419-87.834 | Iraq body count[2] | gennaio 2008 |
| 100.000-150.000 | Ministro salute Iraq[3] | novembre 2006 |
| 151.000 | NEJM[4] | giugno 2006 |
| 654.965 | Lancet[5] | giugno 2006 |

Il bilancio sanitario di una guerra comprende molte lesioni non fatali: alcune stime indicano che il rapporto tra persone ferite e persone uccise nei moderni conflitti varia da 1.9 a 13.[6] Se morti e feriti sono una causa diretta e un'ovvia compromissione della salute causata dai conflitti, peggiori sono le conseguenze indirette sulla salute quali migrazioni e interruzione di servizi sanitari e sociali che persistono per molti anni dopo la fine di un conflitto.[7] Così è successo in Iraq: molto più impressionanti degli effetti diretti della guerra, sono stati gli effetti indiretti. Lo stato di salute in Iraq è deteriorato a un livello mai visto sin dagli anni '50, simile a quello di stati dell'Africa Sub-Sahariana:[8] mancava la corrente per far funzionare le attrezzature mediche, l'insulina perché la sua distribuzione esponeva a rischi, erano riemersi casi di colera... dall'inizio della guerra, quattro milioni di iracheni (il 15% circa della popolazione) avevano abbandonato la loro casa, oltre due milioni oltrepassando i confini, e i bambini rappresentano circa la metà degli sfollati. Per molti anni a seguire la sopravvivenza di milioni di iracheni dipendeva da aiuti alimentari, soltanto un bambino iracheno su tre aveva accesso ad acqua potabile e uno su quattro era malnutrito.

Che cosa sta succedendo in Ucraina? La storia si ripete e per chi vuole approfondire, segnalo un webinar in inglese dal titolo: "War in Eastern Europe: on a brink of a humanitarian disaster", organizzato dall'International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW). Si tratta di un'organizzazione fondata nel 1980 da un piccolo gruppo di medici che lottarono per opporsi all'accumulo di armi nucleari. La medicina non ha nulla da offrire in caso di guerra nucleare e quei medici credevano che non c'era modo di cambiare una società moderna se non avendo cittadini istruiti e arrabbiati. L'IPPNW, che al tempo della guerra fredda univa sanitari russi e americani per prevenire la guerra nucleare, vinse nel 1985 il premio Nobel per la pace. La moderatrice dell'incontro è una cardiologa russa, Olga Mironova, nipote di uno dei fondatori dell'IPPNW. La prima bella presentazione, dal minuto 2:33 al minuto 12:22, è di Barry Levy, epidemiologo esperto dell'impatto della guerra sulla salute della popolazione. Dal minuto 13:55 al minuto 25:30 Linda Pentz Gunter tratta 6 possibili scenari che possono coinvolgere i reattori nucleari ucraini. Piuttosto tecnica ma forse meno interessante della precedente e della successiva. Dal minuto 29:20 al minuto 40:02 Ira Helfand, co-presidente dell'IPPNW, tratta della possibile escalation di una guerra nucleare. Impressionante.

Questo il link al webinar: https://www.youtube.com/watch?v=6aPPU2eexnE&ab_channel=IPPNWcentraloffice. E per finire, segnalo questa campagna lanciata da IPPNW: https://secure.avaaz.org/campaign/en/no_nuclear_war_loc/?copy

A cura di Luca Iaboli

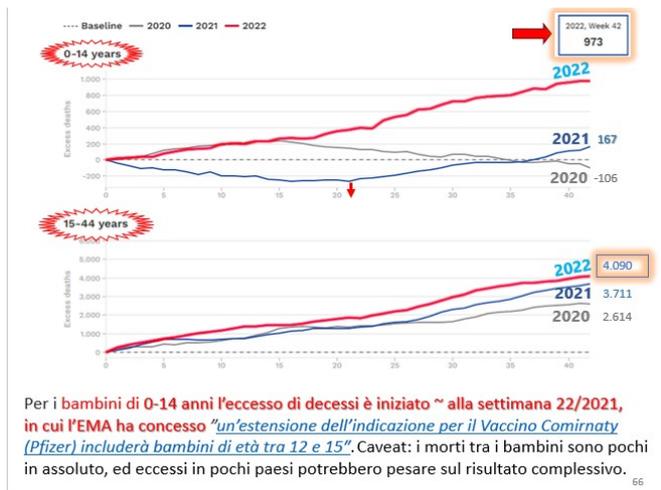
1. Louise R. and Doug S. War's Iraqi Death Toll Tops 50,000. Los Angeles Times, June 25, 2006
2. <http://www.iraqbodycount.org>
3. Iraqi health minister estimates as many as 150,000 Iraqis killed by insurgents. International Herald Tribune, November 9, 2006
4. Alkhuzai AH et al. Violence-Related Mortality in Iraq from 2002 to 2006. N Engl J Med 2008;358:484-93
5. Burnham G. et al. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. Lancet 2006;368:1421-8
6. <http://www.opinion.co.uk/Newsroom.details.aspx?NewsID=88>
7. Murray CJL et al. Armed conflict as a public health problem. BMJ 2002;324:346-9
8. Roug L. Decrepit healthcare adds to toll in Iraq. Los Angeles Times, November 11, 2006

I dati inglesi di mortalità totale 2022 per stato vaccinale anti-COVID-19 richiedono di cambiare strategie

In collaborazione con Gianni Malatesta, fisico e matematico, l'ing. Giovanni Di Palmo e lo statistico Marco Alessandria, abbiamo presentato a una rivista scientifica un articolo sui nuovi dati inglesi di mortalità totale per stato vaccinale, che cambiano in modo drastico gli scenari finora considerati e richiedono a nostro avviso un cambio altrettanto importante di strategie di contrasto alla pandemia. In attesa di ricevere la risposta della rivista e senza anticipare parti dell'articolo, preme tuttavia segnalare l'enormità del problema che traspare.

L'Ufficio Nazionale di Statistica (ONS UK) ha infatti reso disponibili i tassi standardizzati, calcolati dall'ONS stesso, dei morti in Inghilterra anche nei mesi da gennaio a maggio 2022, distinti tra non vaccinati e vaccinati con una, due o tre dosi di vaccini anti-COVID-19.[1] La drammatica novità è che i tassi di mortalità totale nei vaccinati con una o due dosi da gennaio a maggio 2022 superano sempre numericamente quelli dei non vaccinati, in tendenza o in modo statisticamente significativo. Con tre dosi la mortalità resta nel complesso ancora inferiore a quella dei non vaccinati, ma sale in tutte le classi d'età in tendenza in modo coerente, e in tre classi anche in valore assoluto negli ultimi mesi. Ciò contrasta in modo clamoroso con i dati dei corrispondenti primi 5 mesi del 2021, quando la mortalità nei vaccinati era sempre stata molto inferiore, anche se un ruolo può avervi avuto anche il cosiddetto bias del vaccinato (o dell'aderente) sano, sorprendentemente importante quanto misconosciuto ai più. In base a questo bias, riscontrabile in moltissimi campi dell'epidemiologia, chi aderisce volontariamente a un trattamento ha tassi di mortalità totale inferiori anche di 2 o persino di 3-4 volte rispetto a chi non aderisce, per motivi tuttavia indipendenti dal trattamento stesso. Non c'è però motivo di pensare che tale bias sia venuto del tutto meno nel 2022, in cui però altre potenti forze stanno trainando un aumento di mortalità.

I drammatici dati del 2022 fanno pensare a possibili fattori di danno emergenti associati allo stato vaccinale, in particolare agli inoculi ripetuti, e richiedono una urgente ridiscussione delle strategie finora adottate. Chi desiderasse approfondire questo tema, può farlo con la presentazione tenuta dal sottoscritto nell'incontro di *InfoVax evidence based* e strategie anti-COVID-19 di domenica 30 ottobre 2022.[2] Qui mi limito a riportare l'impressionante eccesso di mortalità rilevato nel network EuroMOMO,[3] che pubblica i dati settimanali di mortalità nei paesi europei (e di Israele) che inviano tali dati, nei bambini da 0 a 14 anni, dato non riportato nell'articolo di cui in premessa. In questo caso la mortalità non è suddivisa in base allo stato vaccinale dei bambini, come per i dati ONS riferiti a soggetti dai 10 anni in su, ma colpisce il fatto che la curva di mortalità 2021, che proseguiva la discesa del 2020 fino alla settimana 20 circa, si inverte dalla settimana 22, data in cui l'EMA ha autorizzato la somministrazione del vaccino Pfizer ai bambini dai 12 ai 15 anni. Da quel momento la curva dell'eccesso di mortalità ha iniziato a salire senza accennare ad arrestarsi, come mostra ancor meglio la seconda slide riprodotta, che ha incollato la curva 2022 nel punto in cui terminava quella del 2021.



A nostro avviso, per principio di precauzione, si imporrebbe subito una moratoria quanto meno della vaccinazione dei bambini di 0-11 anni, che allo stato delle conoscenze corrono rischi minimi da COVID-19, a maggior ragione con le varianti oggi dominanti, senza ricevere dalle vaccinazioni neppure vantaggi nella protezione della comunità;[4-6] e una moratoria della spinta a vaccinare/rivaccinare ragazzi e giovani-adulti non ancora vaccinati, nonché in genere della pressione a ricevere nuovi inoculi rivolta a chi non ne avesse forti indicazioni mediche.

Alberto Donzelli

1. [Deaths by vaccination status, England - Office for National Statistics](#)
2. https://drive.google.com/file/d/1cXTkiaXPRpaFaphkj3JVTsCQuUd3XN1W/view?usp=share_link;
<https://cmsindipendente.it/infovax>; slide dalla 56 in poi
3. [Graphs and maps — EUROMOMO](#)
4. Dorabawila V, Hoefler D, Bauer UE, et al. Risk of infection and hospitalization among vaccinated and unvaccinated children and adolescents in New York after the emergence of the Omicron variant. JAMA 2022;327:2242-4
5. Sacco C, Del Manso M, Mateo-Urdiales A, et al. Effectiveness of BNT162b2 vaccine against SARSCoV-2 infection and severe COVID-19 in children aged 5-11 years in Italy: a retrospective analysis of January-April, 2022. Lancet 2022;400:97-103
6. Lin DY, Gu Y, Xu Y, et al. Effects of vaccination and previous infection on Omicron infections in children. N Engl J Med 2022;387:1141-3