

Discussione iniziata in Rete Sostenibilità e Salute, proseguita come CMSi rivolta anzitutto a personale sanitario

(45° incontro, 2-7-'23)

Gruppo di studio Info-VAX*
(*evidence based*)
e strategie anti COVID-19



*** facciamo riferimento al metodo e alle prove (*evidence*) scientifiche disponibili per individuare le migliori strategie attuabili, e chiediamo di aprire un dibattito scientifico in merito**

Alberto Donzelli – Presidente e Coordinatore
Comitato scientifico della Fondazione e *Allineare Sanità Salute*
www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Il gruppo si è costituito per approfondire temi medico-scientifici legati alla COVID-19 con un **approccio scientifico basato sulla evidence** (prove – *EBM, EB Prevention, EB Health Care*), promuovendo un confronto approfondito fra addetti ai lavori per un **dibattito scientifico aperto**, che accetti anche un effettivo contraddittorio

Non accetteremo alcuna strumentalizzazione che screditi il metodo scientifico utilizzato, né tollereremo appellativi quali *negazionisti, complottisti* o altro, che mettano in discussione il decoro, la professionalità, la dignità della professione medica svolta dai componenti del gruppo di studio.



Avv. Michele
Cattadori

Se si configurassero illeciti civili o penali, procederemo subito alla tutela del gruppo e/o dei suoi componenti in tutte le sedi, giudiziali e non, ritenute competenti.

Già Direttore del **Servizio Educazione all'Appropriatezza e Medicina basata sulle Prove** di una grande Azienda Sanitaria pubblica italiana

Da **pensionato** lavoro **a titolo gratuito** e non ho conflitti di interesse da dichiarare.

Come Presidente della Fondazione Allineare Sanità & Salute, dichiaro che la Fondazione si regge sul principio di trasparenza e di indipendenza dal Consiglio Direttivo, Comitato scientifico e dalle Aziende sanitarie.

È importante che chi parla a un pubblico rilasci sempre una dichiarazione in proposito! Non ho conflitto, ma **allineamento** con gli interessi del SSN e della Salute della comunità dei cittadini. Ma verificate!

Alberto Donzelli – Presidente Consiglio direttivo
e Coordinatore Comitato scientifico della Fondazione

www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Associazione della TOS (terapia ormonale sostitutiva menopausa) con la demenza (da S 6)
- Rapporto rischi/benefici attesi dalla TOS (da S 10)
- Segnali di abbandono del paradigma/nave che affonda? (da S 22)
- Ma OMS, EMA, EU non demordono, accentuano stretta e disinformazione (da S 24)
- Eccessi di mortalità bambini in Europa EuroMOMO (da S 38) e polemiche sterili
- ... ma **NO** a screening cardiologico alla cieca nei bambini 0-14 anni (S 40)
- Grave distorsione nel presentare i dati di mortalità. Australia: caso di studio (da S 41)
- Es. di sottovalutazione reazioni avverse ai vaccini (in immunodepressi; o paralisi di Bell) (da S 60)
- Long-Covid? Grossolana sopravvalutazione senza controlli appropriati (da S 63)



Mission

fornire ai Sistemi
Sanitari un supporto di
ricerca, conoscenze e strategie
per superare il **conflitto di interessi con la Salute**
che coinvolge un numero crescente di attori in Sanità, con
accelerazioni spaventose nella pandemia (es. di disease mongering →)



OPEN ACCESS



Menopausal hormone therapy and dementia: nationwide, nested case-control study

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072770>

Nelsan Pourhadi,^{1,2} Lina S Mørch,² Ellen A Holm,^{3,4} Christian Torp-Pedersen,^{5,6} Amani Meaidi²

For numbered affiliations see end of the article

Correspondence to: N Pourhadi
nelsan.pourhadi@regionh.dk
(ORCID 0000-0002-5647-1018)

Additional material is published online only. To view please visit the Journal online.

Cite this as: *BMJ* 2023;381:e072770
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072770>

Accepted: 16 May 2023

ABSTRACT

OBJECTIVES

To assess the association between use of menopausal hormone therapy and development of dementia according to type of hormone treatment, duration of use, and age at usage.

DESIGN

Nationwide, nested case-control study.

SETTING

Denmark through national registries.

PARTICIPANTS

5589 incident cases of dementia and 55 890 age matched controls were identified between 2000 and 2018 from a population of all Danish women aged 50-60 years in 2000 with no history of dementia or contraindications for use of menopausal hormone

treatment at the age 55 years or younger (1.24 (1.11 to 1.40)). Findings persisted when restricted to late onset dementia (1.21 (1.12 to 1.30)) and Alzheimer's disease (1.22 (1.07 to 1.39)).

CONCLUSIONS

Menopausal hormone therapy was positively associated with development of all cause dementia and Alzheimer's disease, even in women who received treatment at the age of 55 years or younger. The increased rate of dementia was similar between continuous and cyclic treatment. Further studies are warranted to determine whether these findings represent an actual effect of menopausal hormone therapy on dementia risk, or whether they reflect an underlying predisposition in women in need of these treatments.

Nel mondo le donne hanno più demenza dei maschi, anche correggendo per longevità.

Chi ha assunto **TOS** ha avuto maggior **rischio di demenza (+24%)**, peggio con maggior durata d'uso: **≤1 anno +21%**, **≥12 anni +74%**.

L'aumento è stato sempre significativo, sia con **EP continua (+31%)**, che **ciclica (+24%)**, e c'è stato **anche nelle ≤55 anni (+24%)**, aggiungendo prove al grande RCT WHIMS, che aveva dimostrato **doppia probabile demenza** con TOS nelle partecipanti (≥65 anni).

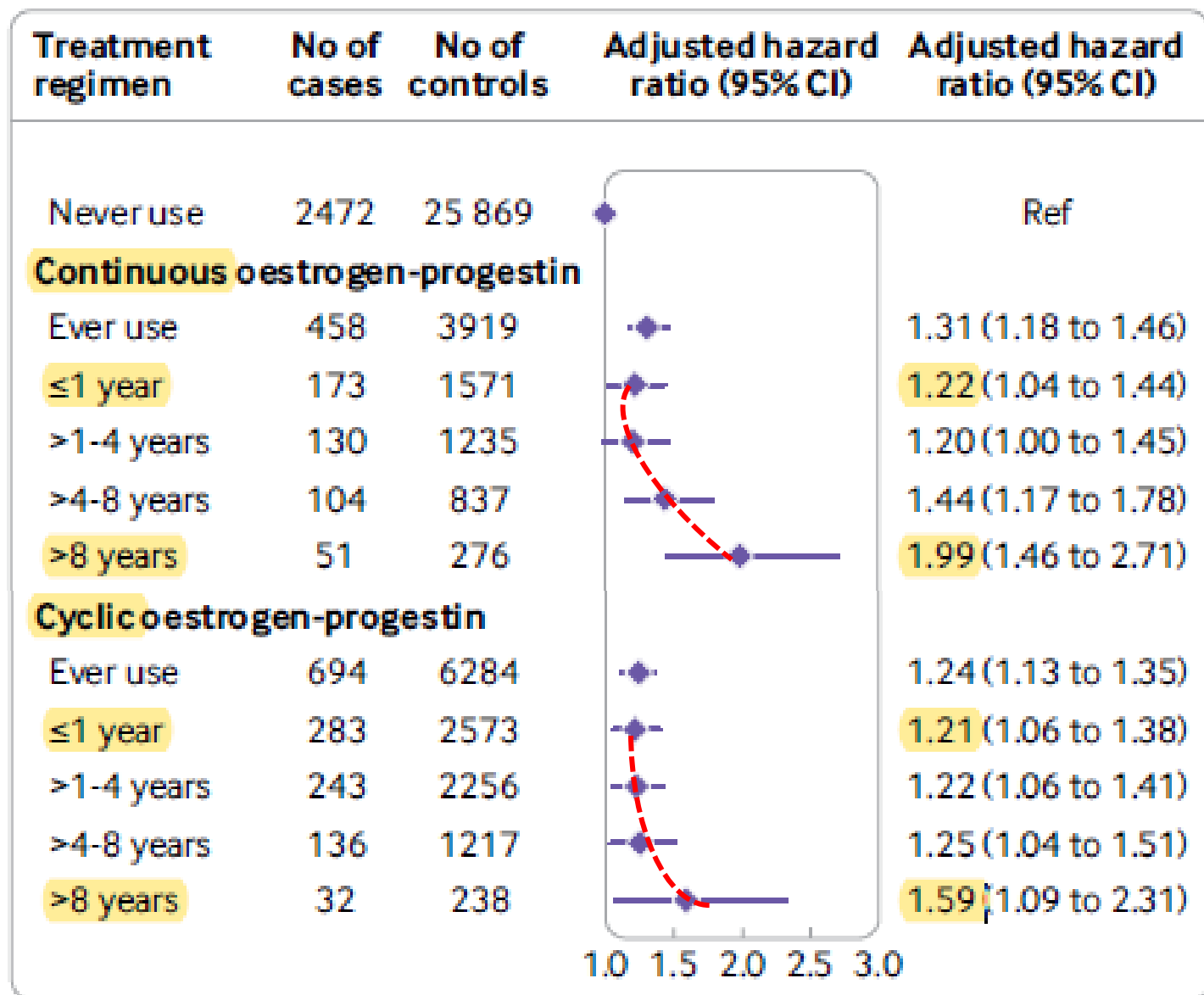


Fig 2 | Adjusted hazard rate ratios with 95% confidence intervals (CI) of all cause dementia according to regimen of oestrogen-progestin treatment and duration of use.

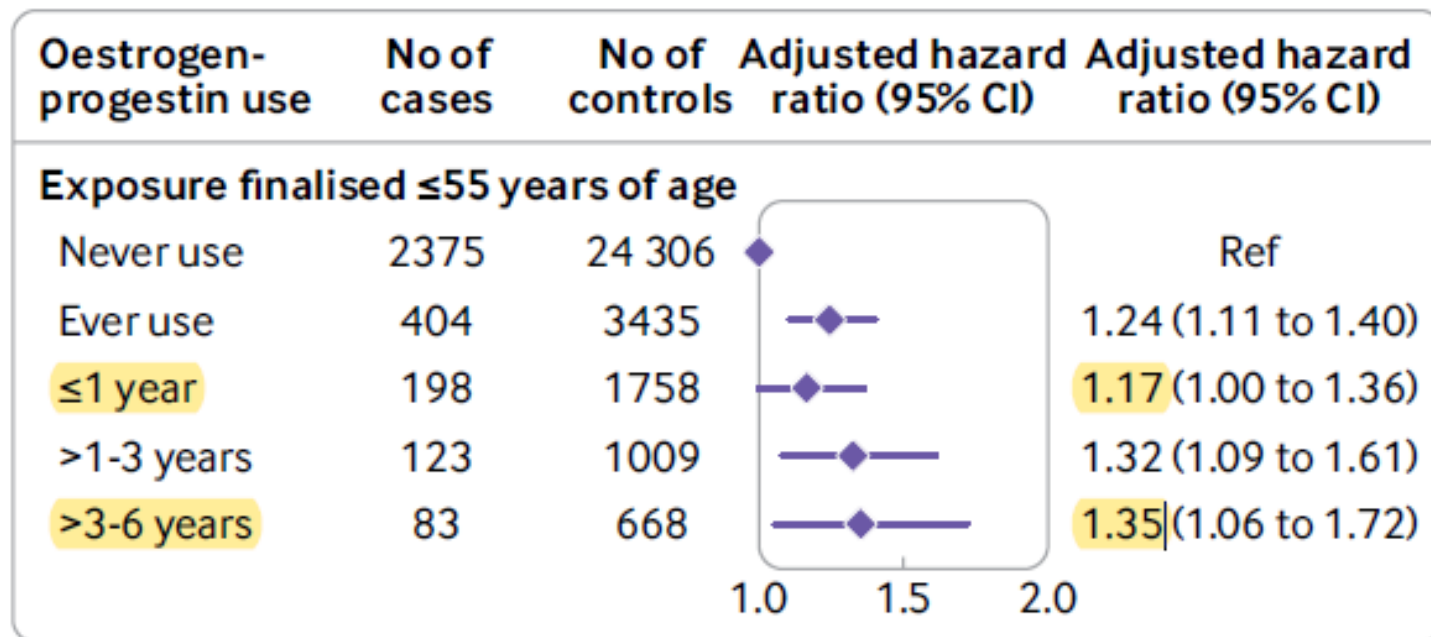


Fig 3 | Adjusted hazard rate ratios with 95% confidence intervals (CI) of all cause dementia according to hormone therapy use exclusively for women 55 years and younger.

Oggi la raccomandazione standard di molte Società Professionali * per timing e durata della TOS è: «intorno all'età della menopausa, preferibilmente per un massimo di 5 anni»

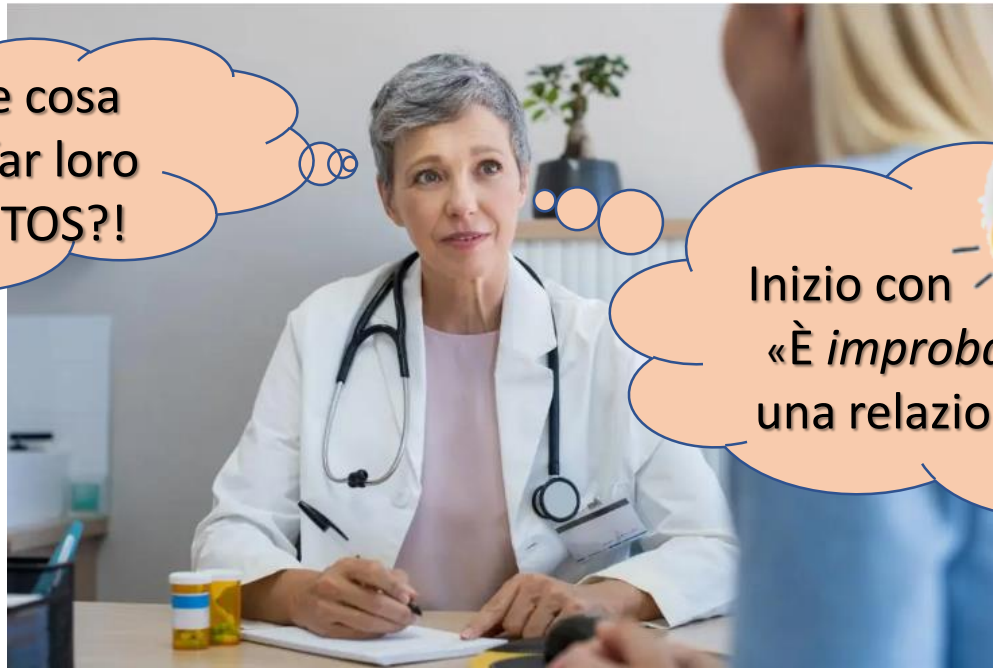
* Martin KA, **Manson JE**. Approach to the patient with menopausal symptoms. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:4567-75

Commento esperti (di cui una dichiara «No COI») conclude: «**ma causalità improbabile...**»

Raccomandaz. nel tempo su TOS di Società Professionali di Ginecologia:

- 1) a tutte! (x cuore ecc.)
- 2) se sintomatiche
- 3) x non >5 anni
- 4) alle giovani...

E adesso che cosa
diremo, per far loro
assumere la TOS?!



Inizio con  il dire
«È *improbabile* che sia
una relazione causale!»



«È difficile far sì che qualcuno capisca,
quando il suo stipendio dipende
dal fatto che non capisca»

Upton Sinclair

Pillole di buona pratica clinica

Domanda: La terapia ormonale sostitutiva (TOS) era abusata per prevenire malattie croniche in postmenopausa, ma ricerche valide ne hanno dimostrato **senza effetti avversi**. Ora viene indicata a dosi e per tempi minori se i sintomi menopausali limitano la qualità di vita. Le nuove prove ne ridurranno l'uso!

Fonte (F): Cardhner G et al. Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Women. US Preventive Services Task Force (USPSTF) Evidence Report, JAMA 2017; 318:2234-49. **F2:** USPSTF. Hormone Therapy in Postmenopausal Women: Primary Prevention of Chronic Conditions. Recommendation Statement, JAMA 2017; 318:2224-33.

Introduzione. Ampi studi osservazionali hanno a lungo portato fuori strada i ricercatori, mostrando nelle donne con TOS in menopausa miglior salute, meno fratture, eventi cardiovascolari (CV), declino cognitivo e mortalità. La protezione CV sembrava persino maggiore in prevenzione secondaria. Anche studi randomizzati (RCT) su parametri di laboratorio (testi surrogate) sembravano supportare la prevenzione CV: minor colesterolemia e fibrinogeno, miglior rapporto cLDL:HDL e funzione endoteliale, e la TOS si è diffusa nei paesi industrializzati.

L'RCT HERS² su donne cardiopatiche ha per primo messo in dubbio i benefici CV degli estrogeni. In seguito il grande studio WHI in la prevenzione primaria ha mostrato un eccesso di rischi dimostrando un eccesso di rischi dopo 5,6 anni il beneficio con soli estrogeni. Infatti i risultati hanno mostrato una riduzione significativa di fratture, ma assenza di protezione coronarica e maggior rischio cerebrovascolare e di demenza (con estrogeni). Altri RCT hanno confermato l'inefficacia preventiva CV degli estrogeni. La disponibilità di terapie di pari efficacia e con meno effetti avversi non fa più raccomandare gli estrogeni neppure per prevenire osteoporosi e fratture. Precedenti Pillole³ hanno già trattato la TOS, ma è tempo di ritornare sul tema con ulteriori aggiornamenti.

La posizione dell'US Preventive Services Task Force (USPSTF)
L'USPSTF è un'Agenzia indipendente, leader mondiale in tema di prevenzione e cure primarie, che formula raccomandazioni su interventi preventivi. Nel 2012 aveva già espresso sulla TOS in menopausa per prevenire condizioni croniche una **raccomandazione contraria** (grado D), cioè: moderata/alta certezza che l'intervento non abbia benefici netti o che i danni superino i benefici → **sconsigliare**. Nel 2018, dopo una nuova revisione di tutte le prove disponibili¹, ha aggiornato la raccomandazione², riconfermando il **grado D** → **sconsigliare la TOS** per la prevenzione di condizioni croniche. Ecco i motivi.

Benefici della TOS preventiva
TOS estrogenica combinata: prova

Esito	Tasso differenziale assoluto eventi per 10.000 donne/anno (95% CI)
Incontinenza urinaria	+67% (da +46 a +116)
Demenza (probabile)*	+22 (da +12 a +35)
Trombosi venosa**	+21 (da +10 a +34)
Malattia colica	+9 (da +2 a +16)
Idrus	+9 (da +1 a +19)
Cancro al seno invasivo	+8 (da 0 a +18)
Malattia coronarica	+1 (da -1 a +3)
Cancro al polmone	+1 (da -1 a +3)
Cancro alla cervice	+1 (da -1 a +3)
Mortalità tutte le cause	+1 (da -1 a +3)
Fratture osteoporotiche	-44 (da -54 a -33)
Diabete	-6 (da -14 a +2)
Cancro colorettale	-1 (da -3 a +1)
Cancro endometrio	-1 (da -3 a +1)

*dopo i 65 anni **include trombosi profonda ed embolia polmonare

**971 danni
65 benefici**

Diagnostica: Di fatto No. L'ultima revisione dell'USPSTF ribadisce le conclusioni 2012 **contro la TOS** (con estrogeni, o soli estrogeni in donne isterectomizzate) nella prevenzione primaria di patologie croniche. Ma il modo di presentare i dati e alcune omissioni consentono ancora messaggi ambigui ed eccessi prescrittivi.

Si ringrazia Regione Lombardia

Rischi/benefici attesi della TOS menopausale

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Terapia ormonale sostitutiva in menopausa? Se la conosci...

Domanda: La terapia ormonale sostitutiva (TOS) si invocava per prevenire malattie croniche in postmenopausa, ma ricerche valide ne hanno dimostrato **senza effetti avversi**. Ora è indicata a dosi e per tempi minori se i sintomi menopausali limitano la qualità di vita. Nuove raccomandazioni ne ridurranno l'uso!

Introduzione. Per molto tempo ricerche di disegno inadeguato han fatto credere che la terapia ormonale sostitutiva (TOS) in menopausa garantisse miglior salute con meno fratture, danni cardiovascolari (CV), declino cognitivo e mortalità. La protezione CV sembrava persino maggiore nelle donne cardiopatiche. Anche ricerche più valide (cioè randomizzate) hanno contribuito all'equivoco, perché la TOS riduce i livelli di colesterolo e aumenta quello buono (HDL). Così si è diffuso l'entusiasmo per la TOS. Il primo RCT pubblicato¹ su donne cardiopatiche ha però messo in dubbio i benefici CV degli estrogeni. In seguito il grande RCT WHI su donne senza malattie CV ha chiarito che non le può prevenire², dimostrando anzi un eccesso di rischi che ha fatto interrompere lo studio prima del termine prestabilito. Infatti c'è stata una riduzione significativa di fratture, ma assenti rischi di ictus e di demenza (con estrogeni). Altri RCT hanno confermato l'inefficacia preventiva CV degli estrogeni, che oggi non si raccomandano più neppure per prevenire osteoporosi e fratture, preferendo terapie con pari efficacia e minori effetti avversi. In pratica, miglioramenti in alcuni esami di laboratorio spesso oggi si traducono in vera prevenzione.

Precedenti Pillole³ hanno già parlato di TOS, ma è tempo di ritornare sul tema con ulteriori aggiornamenti.

La posizione dell'US Preventive Services Task Force
L'USPSTF è un'Agenzia indipendente, leader mondiale in tema di prevenzione e cure primarie, che formula raccomandazioni su interventi preventivi. Nel 2018, dopo una nuova revisione di tutte le prove disponibili¹, ha riconfermato un giudizio negativo: **grado D** → **sconsigliare la TOS** per la prevenzione di condizioni croniche. Ecco le motivazioni.

Benefici della TOS preventiva
TOS con estrogeni-progestinici (estrogeni + progestinici):
- prove convincenti di moderato beneficio nel ridurre le fratture in postmenopausa, e prove adatte di un piccolo beneficio nel ridurre il rischio di diabete, TOS con soli estrogeni (limitata a donne isterectomizzate);
- prove convincenti di beneficio moderato nel ridurre il rischio di cancro al seno invasivo e di un piccolo beneficio nel ridurre il rischio di diabete. Prove convincenti di assenza di benefici per il cuore.

Danni della TOS preventiva
TOS estrogenica combinata: prova convincente di danni

Esito	Differenza assoluta eventi per 10.000 donne/anno
Incontinenza urinaria	+67%
Demenza (da 65 anni)	+22%
Trombosi venosa**	+22%
Malattia colica	+21%
Cancro al seno invasivo	+8%
Malattia coronarica	+1%
Cancro al polmone	+1%
Cancro alla cervice	+1%
Mortalità tutte le cause	+1%
Fratture osteoporotiche	-44%
Diabete	-6%
Cancro colorettale	-1%
Cancro endometrio	-1%

**971 danni
65 benefici**

Diagnostica: No. L'ultima revisione dell'USPSTF ribadisce le conclusioni del 2012 **contro la TOS** (con estrogeni, o soli estrogeni in donne isterectomizzate) nella prevenzione primaria di patologie croniche. Ma il modo di presentare i dati e alcune omissioni consentono ancora informazioni parziali ed eccessi prescrittivi.

Si ringrazia Regione Lombardia

JAMA | US Preventive Services Task Force | RECOMMENDATION STATEMENT

Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Women US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

JAMA. 2017;318(22):2224-2233. doi:10.1001/jama.2017.18261

Summary of Recommendations and Evidence

The USPSTF recommends against the use of combined estrogen and progestin for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women. (D recommendation)

The USPSTF recommends against the use of estrogen alone for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women who have had a hysterectomy (D recommendation) (Figure 1).

Tasso differenziale stimato di eventi con estrogeno+progestinico vs placebo in postmenop.

Esito		Tasso differenziale assoluto <u>eventi x 10.000 donne/anno</u> (95% CI)	
D a n n i	Incontinenza urinaria	+876	(da +606 a +1.168)
	Demenza (probabile) ^a	+22	(da +4 a +53)
	Tromboembol. venoso ^b	+21	(da +12 a +33)
	Malattia colecistica	+21	(da +10 a +34)
	Ictus	+9	(da +2 a +19)
	Ca. al seno invasivo	+9	(da +1 a +19)
	Malattia coronarica	+8	(da 0 a +18)
	Ca. al polmone	+1	(da -4 a +7)
	Ca. alle ovaie	+2	(da -1 a +6)
	Ca. alla cervice	+1	(da -1 a +4)
B e n e f.	Mortalità tutte le cause	+1	(da -9 a +12)
	Fratture osteoporotiche	- 44	(da -71 a -13)
	Diabete	-14	(da -24 a -3)
	Ca. coloretale	-6	(da -9 a -1)
	Ca. endometriale	-1	(da -3 a +3)



>971 danni
65 benef.

^a Donne ≥65 anni

^b Include **trombosi venosa profonda** ed **embolia polmonare** ¹¹

Tab. 2 - Stima di eventi con solo estrogeni o con placebo in postmenopausa

Esito		Differenza assoluta di <u>eventi x 10.000 donne/anno</u>	
D a n n i	Incontinenza urinaria	+1.261	statisticamente significativa
	Malattia alla cistifellea	+30	« «
	Tromboembolismo venoso *	+11	« «
	Ictus	+11	« «
	Demenza (probabile) **	+12	
	Cancro coloretale	+2	
	Cancro al polmone	+1	
	Mortalità tutte le cause	+1	
B e n e f.	Tutte le fratture	-53	« «
	Diabete	(oltre) 1.329 danni -19	« «
	Cancro al seno invasivo	82 benefici -7	
	Malattia coronarica	-3	



* Include **trombosi venosa profonda** ed **embolia polmonare**

** Donne ≥65 anni

Effects of Estrogen plus Progestin on Health-Related Quality of Life

Jennifer Hays, Ph.D., Judith K. Ockene, Ph.D., Robert L. Brunner, Ph.D., Jane M. Kotchen, M.D., M.P.H., JoAnn E. Manson, M.D., Dr.P.H., Ruth E. Patterson, Ph.D., R.D., Aaron K. Aragaki, M.S., Sally A. Shumaker, Ph.D., Robert G. Brzyski, M.D., Ph.D., Andrea Z. LaCroix, M.P.H., Ph.D., Iris A. Granek, M.D., and Barbara G. Valanis, M.D., for the Women's Health Initiative Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

The Women's Health Initiative (WHI) and other clinical trials indicate that significant health risks are associated with combination hormone use. Less is known about the effect of hormone therapy on health-related quality of life.

METHODS

The WHI randomly assigned 16,608 postmenopausal women 50 to 79 (mean, 63) with an intact uterus at base line to estrogen plus progestin (conjugated equine estrogen plus 2.5 mg of medroxyprogesterone acetate [CEE/MPA]) or placebo (in 8102 women). Quality-of-life outcomes were assessed at base line and at one year in all women and at three years in women who remained in the study.

RESULTS

Randomization to estrogen plus progestin had no effect on health, vitality, mental health, or physical functioning. At one year, there was no clinically meaningful benefit in terms of sleep disturbance (0.4 point on a 20-point scale, in terms of pain 1.9 points on a 100-point scale, and in terms of pain 1.9 points on a 100-point scale). At three years, there were no significant benefits in terms of any quality-of-life outcomes. Among women 50 to 54 years of age with moderate-to-severe vasomotor symptoms at base line, estrogen and progestin improved vasomotor symptoms and resulted in a small benefit in terms of sleep disturbance but no benefit in terms of the other quality-of-life outcomes.

CONCLUSIONS

In this trial in postmenopausal women, estrogen plus progestin did not have a clinically meaningful effect on health-related quality of life.

From the Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (J.H.); Division of Preventive and Population Sciences, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh (J.K.O.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (R.L.B.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (J.M.K.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (J.E.M.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (R.E.P.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (A.K.A.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (S.A.S.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (R.G.B.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (I.A.G.); Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston (B.G.V.). Address reprint requests to Dr. Hays at the Center for Women's Health, Department of Medicine, Baylor College of Medicine, 6535 Fannin St., M.S. A701, Houston, TX 77025, or at jhays@bcm.tmc.edu.

*The Women's Health Initiative Investigators are listed in Appendix 1.

This article was published at www.nejm.org on March 17, 2003.

CONCLUSIONS
In this trial in postmenopausal women, estrogen plus progestin did not have a clinically meaningful effect on health-related quality of life.

Ginecologo dirà:
«ma avevano in
media 63 anni...»



E allora limitiamoci a quelle più giovani...

Table 4. Changes in Quality-of-Life Scores from Base Line to Year 1 among 574 Women 50 to 54 Years of Age with Moderate-to-Severe Vasomotor Symptoms at Base Line.*

Quality-of-Life Measure	Estrogen-plus-Progestin Group		Placebo Group		Mean with Estrogen plus Progestin minus Mean with Placebo	
	No. of Women	Mean (±SD) Score	No. of Women	Mean (±SD) Score	Mean ±SE	P Value
General health	269	0.0±13.6	223	-0.9±14.7	1.0±1.3	0.45
Physical functioning	261	-0.4±15.1	221	-1.5±13.9	1.2±1.3	0.38
Role limitations due to physical problems	269	-0.9±37.9	225	0.9±28.1	-1.8±3.1	0.54
Bodily pain	271	-0.5±21.7	228	-1.8±20.8	1.3±1.9	0.50
Energy and fatigue	267	0.6±18.5	221	1.7±19.0	-1.1±1.7	0.53
Social functioning	269	-3.8±23.3	227	0.2±22.7	-4.0±2.1	0.06
Role limitations due to emotional problems	267	-2.6±37.0	223	2.5±39.4	-5.2±3.5	0.14
Mental health	267	0.3±15.9	225	-0.3±15.2	0.6±1.4	0.68
Depression score	255	-0.1±2.4	213	-0.4±2.3	0.3±0.2	0.23
<u>Sleep disturbance</u>	260	1.8±4.8	216	0.8±4.6	<u>1.0±0.4</u>	<u>0.02</u>
Satisfaction with sex	221	0.1±1.2	201	-0.2±1.3	0.2±0.1	0.06

* Scales are described in the Methods section. For the depression score, higher scores indicate lower quality of life. For all other measures, higher scores indicate better quality of life. Details on scoring are shown in Appendix 2. Because of rounding, differences between groups may not equal the differences between the two means given.

Solo 1 vantaggio
statisticamente
significativo
(ma di quale
rilievo clinico?!)
un **5% in meno**
di disturbi
del sonno...



Ginecologo: «Ma l'obiettivo primario di WHI non era la qualità di vita con TOS...»

Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial

Amanda J Welton, former quality of life manager,¹ Midge R Vickers, former head, MRC general practice research framework,¹ Joseph Kim, statistician,² Deborah Ford, senior statistician,³ Beverley A Lawton, director women's health research centre,⁴ Alastair H MacLennan, professor and head discipline of obstetrics and gynaecology,⁵ Sarah K Meredith, senior clinical epidemiologist,³ Jeannett Martin, former senior nurse manager,¹ Tom W Meade, emeritus professor,² for the WISDOM team

¹MRC General Practice Research Framework, Stephenson House, London NW1 2ND

²London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

³MRC Clinical Trials Unit, London

⁴Women's Health Research Centre, Department of Primary Health Care and General Practice, Wellington School of Medicine and Health Sciences, New Zealand

⁵Discipline of Obstetrics and Gynaecology, School of Paediatrics and Reproductive Medicine, University of Adelaide, Women's and Children's Hospital, Adelaide SA 5005, Australia

Correspondence to: A H MacLennan
a.maclennan@adelaide.edu.au

Cite this as: BMJ 2008;337:a1190
doi:10.1136/bmj.a1190

ABSTRACT

Objective To assess the effect of combined hormone replacement therapy (HRT) on health related quality of life.

Design Randomised placebo controlled double blind trial.

Setting General practices in United Kingdom (384), Australia (94), and New Zealand (24).

Participants Postmenopausal women aged 50-69 at randomisation; 3721 women with a uterus were randomised to combined oestrogen and progestogen (n=1862) or placebo (n=1859). Data on health related quality of life at one year were available from 1043 and 1087 women, respectively.

Interventions Conjugated equine oestrogen 0.625 mg plus medroxyprogesterone acetate 2.5/5.0 mg or matched placebo orally daily for one year.

Main outcome measures Health related quality of life and psychological wellbeing as measured by the women's health questionnaire. Changes in emotional and physical menopausal symptoms as measured by a symptoms questionnaire and depression by the Centre for Epidemiological Studies depression scale (CES-D). Overall health related quality of life and overall quality of life as measured by the European quality of life instrument (EuroQol) and visual analogue scale, respectively.

Results After one year small but significant improvements were observed in three of nine components of the women's health questionnaire for those taking combined HRT compared with those taking placebo: vasomotor symptoms (P<0.001), sexual functioning (P<0.001), and sleep problems (P<0.001). Significantly fewer women in the combined HRT group reported hot flushes (P<0.001), night sweats (P<0.001), aching joints and muscles (P<0.001), insomnia (P<0.001), and vaginal dryness (P<0.001) than in the placebo group, but greater proportions reported breast tenderness (P<0.001) or vaginal discharge (P<0.001). Hot flushes were experienced in the combined HRT and placebo groups by 30% and 29% at trial entry and 9% and 25% at one year, respectively. No significant differences in other menopausal symptoms, depression, or overall quality of life were observed at one year.

Conclusions Combined HRT started many years after the menopause can improve health related quality of life. Trial registration ISRCTN 63718836.

INTRODUCTION

The quality of an individual's life is an important point in medical and health outcomes research in many circumstances quality of survival, quality of the way patients feel or function, and quality about the effect of health care. Health related quality of life (HRT) on health related quality of life has been shown to be a good outcome measure in the randomised controlled trial.

Health related quality of life (HRT) and psychological wellbeing as measured by the women's health questionnaire. Changes in emotional and physical menopausal symptoms as measured by a symptoms questionnaire and depression by the Centre for Epidemiological Studies depression scale (CES-D). Overall health related quality of life and overall quality of life as measured by the European quality of life instrument (EuroQol) and visual analogue scale, respectively. Results After one year small but significant improvements were observed in three of nine components of the women's health questionnaire for those taking combined HRT compared with those taking placebo: vasomotor symptoms (P<0.001), sexual functioning (P<0.001), and sleep problems (P<0.001). Significantly fewer women in the combined HRT group reported hot flushes (P<0.001), night sweats (P<0.001), aching joints and muscles (P<0.001), insomnia (P<0.001), and vaginal dryness (P<0.001) than in the placebo group, but greater proportions reported breast tenderness (P<0.001) or vaginal discharge (P<0.001). Hot flushes were experienced in the combined HRT and placebo groups by 30% and 29% at trial entry and 9% and 25% at one year, respectively. No significant differences in other menopausal symptoms, depression, or overall quality of life were observed at one year.

Conclusions Combined HRT started many years after the menopause can improve health related quality of life.

Sempre caro mi fu quell'ermo «can»...



Qui non ci stava manco un might! 15

Table 4 | Differences in generic visual analogue scale for overall quality of life between treatment groups

	Combined HRT		Placebo		Mean (95% CI) difference between treatment groups*
	No with data	Mean (SE)	No with data	Mean (SE)	
Baseline	1042	78.1 (0.4)	1083	78.1 (0.4)	—
4 weeks	1009	74.9 (0.5)	1049	76.3 (0.4)	-1.6 (-2.7 to -0.4)
14 weeks	951	74.9 (0.5)	1051	76.0 (0.4)	-1.3 (-2.4 to -0.1)
27 weeks	878	75.7 (0.5)	1035	75.6 (0.5)	-0.2 (-1.4 to 1.0)
40 weeks	827	75.6 (0.5)	983	75.7 (0.5)	-0.2 (-1.4 to 1.1)
52 weeks	1041	77.1 (0.5)	1086	77.4 (0.4)	-0.5 (-1.6 to 0.7)

*Adjusted for baseline score.

In the WHI E + P trial, hot flashes, night sweats, vaginal dryness, and joint pain/stiffness were significantly reduced 1 year after initiating CEE + MPA compared with placebo.

~~however~~, other symptoms, including breast tenderness, vaginal discharge, uterine bleeding, and urinary incontinence, increased.⁶⁻⁸ Furthermore, WHI E + P trial participants who had reported moderate or severe menopausal symptoms at baseline were much more likely to report similar symptoms 8 to 12 months after the 5.6-year trial ended compared with participants who were asymptomatic at baseline; however, those who had been assigned to CEE + MPA were more than five times as likely to report symptoms after discontinuing pills compared with those assigned to placebo, regardless of the presence or absence of symptoms at baseline.⁸ Combined

Ma com'è possibile?! Se:



Symptom Experience After Discontinuing Use of Estrogen Plus Progestin

Judith K. Ockene, PhD, MEd

David H. Barad, MD, MS

Barbara B. Cochrane, PhD, RN

Joseph C. Larson, MS

Margery Gass, MD

Sylvia Wassertheil-Smoller, PhD

JoAnn E. Manson, MD, DrPH

Vanessa M. Barnabei, MD, PhD

Dorothy S. Lane, MD, MPH

Robert G. Brzyski, MD

Milica

Context Little is known about women's experiences after stopping menopausal hormone therapy.

Objective To describe women's symptoms and management strategies after discontinuing the intervention in a large estrogen plus progestin trial.

Design, Setting, and Participants Cross-sectional survey of women (N = 9351) at 40 clinical centers who had been randomized to receive conjugated equine estrogens plus medroxyprogesterone acetate (CEE + MPA) or placebo in the estrogen plus progestin trial. Surveys were mailed 1 to 2 years after the intervention was stopped. Surveys were mailed to women who had not stopped taking the study pills earlier. Logistic regression was used to model vasomotor symptoms as functions of former treatment group and other appropriate covariates.

Measures and Main Results Symptoms (vasomotor or pain and stiffness) and management strategies were reported by 21.2% of former CEE + MPA and 4.8% of placebo group respondents overall and by 55.5% and 21.3%, respectively, with these symptoms at baseline (randomization). Compared with respondents in the former placebo group, moderate or severe vasomotor symptoms (adjusted odds ratio [AOR] 5.82; 95% confidence interval [CI], 4.92-6.89) and pain or stiffness symptoms (AOR, 2.16; 95% CI, 1.95-2.40) were more likely in respondents in the former CEE + MPA group. Both vasomotor symptoms (AOR, 5.36; 95% CI, 4.51-6.38) and stiffness symptoms (AOR, 3.21; 95% CI, 2.90-3.56) also were more likely in respondents with these symptoms at baseline. Women reported a wide range of strategies to manage vasomotor symptoms.

Results Respondents' mean (SD) age at trial stop date was 69.1 (6.7) years. They averaged 5.7 years of taking study pills. Moderate or severe vasomotor symptoms after discontinuing study pill use were reported by 21.2% of former CEE + MPA and 4.8% of placebo group respondents overall and by 55.5% and 21.3%, respectively, with these symptoms at baseline (randomization). Compared with respondents in the former placebo group, moderate or severe vasomotor symptoms (adjusted odds ratio [AOR] 5.82; 95% confidence interval [CI], 4.92-6.89) and pain or stiffness symptoms (AOR, 2.16; 95% CI, 1.95-2.40) were more likely in respondents in the former CEE + MPA group. Both vasomotor symptoms (AOR, 5.36; 95% CI, 4.51-6.38) and stiffness symptoms (AOR, 3.21; 95% CI, 2.90-3.56) also were more likely in respondents with these symptoms at baseline. Women reported a wide range of strategies to manage vasomotor symptoms.

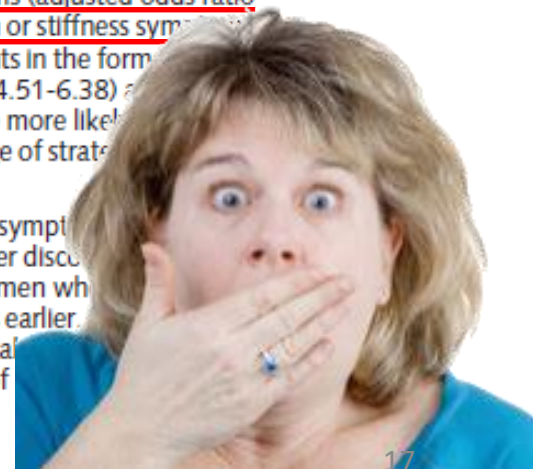
Conclusions More than half of the women with vasomotor symptoms at randomization to active CEE + MPA also reported these symptoms after discontinuing the study pills. However, these participants did not include women who were not going to be randomized or who had stopped taking the study pills earlier. These findings should be considered when advising women to treat menopausal symptoms with hormone therapy for as short duration as possible. Investigation of strategies to manage menopausal symptoms is warranted.

JAMA. 2005;294:183-193

Conclusions

More than half of the women with vasomotor symptoms at randomization to active CEE + MPA also reported these symptoms after discontinuing use of

RECOMMENDED GUIDELINES AND prescribing practices for menopausal hormone therapy (MHT) have changed significantly^{1,2} since publication of the Women's Health Initiative (WHI) estrogen plus progestin (E + P) trial findings that the overall health risks of taking conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate for disease prevention exceed the benefits.³ Management of vasomotor and vaginal dryness symptoms remains the cornerstone of opinion in favor of MHT use. Women frequently cite relief from vasomotor symptoms^{4,5} and improve



study pill use. Among respondents in both former treatment groups who reported none or only mild vasomotor symptoms at baseline, those women previously assigned to CEE + MPA were 7 times more likely than those assigned to placebo to have these symptoms after discontinuing study pill use.

**Perché – Nessssuno
mi - ha - detto
Niente ?!!**



Ma... lo sa il mio ginecologo?



Short-term use of CEE + MPA may only alleviate symptoms temporarily for many women, including older women, who may experience a return of menopausal symptoms after stopping MHT.

Menopausal symptom experience before and after stopping estrogen therapy in the Women's Health Initiative randomized, placebo-controlled trial

Robert L. Brunner, PhD,¹ Aaron Aragaki, MS,² Vanessa Barnabei, MD, PhD,³ Barbara B. Cochrane, PhD, RN,⁴ Margery Gass, MD,⁵ Susan Hendrix, DO,⁶ Dorothy Lane, MD, MPH,⁷ Judith Ockene, PhD,⁸ Nancy F. Woods, PhD, RN,⁴ Shagufta Yasmeen, MD,¹⁰ and Marcia Stefanick, PhD⁹

Among women still taking study pills, women taking CEE who were not experiencing hot flashes at baseline were more likely to report moderate to severe hot flashes after stopping pills than were women taking placebo (Table 4). A similar pattern was seen for night sweats although the interaction was not statistically significant. Women taking CEE were also more likely (increase of about 8%) to report joint pain after stopping regardless of whether the symptom was present or absent before stopping.

Among women still taking study pills, those assigned to CEE who had not reported hot flashes or night sweats before stopping were more likely to report hot flashes and night sweats after stopping compared with placebo (Table 5). It should be noted that in absolute numbers, about 3% of women reported these symptoms. A similar pattern was seen for breast tenderness, although the interaction was not

symptoms before starting or placebo. The role of hormone use and symptom
0.
ear after randomization to
6) who continued taking
(mean, 7.4 ± 1.1 y from
med. Generalized linear
ss, and mood swings as a
y pills.
ere symptom at baseline.
was similar among age
whereas breast tenderness
closure. After stopping,
l symptoms at baseline,
EE (9.8%) versus placebo
e than five times as many
in women with baseline
significantly higher after
cts should be considered

Per qualche sintomo meno *prima*, devo averne di più *dopo*?!

TABLE 5. Multivariable adjusted^a risk of incident symptoms after stopping^b by prevalence of symptoms before stopping^c
WHI CEE subsample (n = 3,496)^d

Symptom prevalence before stopping	CEE, % ^e (n ^f)	Placebo, % (n)	RR (95% CI) ^g
Hot flashes			
Not present	9.3 (1,640)	2.2 (1,663)	3.64 (2.54-5.20)
Present	35.3 (34)	30.6 (62)	0.85 (0.44-1.64)
Night sweats			
Not present	9.3 (1,588)	3.4 (1,610)	2.30 (1.69-3.13)
Present	46.4 (84)	36.8 (114)	1.18 (0.82-1.71)
Breast sensitivity			
Not present	1.8 (1,589)	1.2 (1,688)	1.66 (0.89-3.09)
Present	18.1 (83)	17.8 (45)	1.06 (0.47-2.39)
Vaginal dryness			
Not present	3.2 (1,546)	2.4 (1,586)	1.36 (0.87-2.11)
Present	32.2 (118)	30.9 (136)	0.85 (0.58-1.25)
Joint pain			
Not present	18.3 (1,146)	15.4 (1,231)	1.24 (1.02-1.51)
Present	64.6 (511)	55.1 (497)	1.14 (1.03-1.27)
Mood swings			
Not present	3.4 (1,561)	2.8 (1,624)	1.17 (0.77-1.78)
Present	34.0 (103)	29.0 (100)	1.27 (0.79-2.05)



Non saprei, ma
non fatemi ripetere...

Lo sanno i ginecologi?!

WHI, Women's Health Initiative; CEE, conjugated equine estrogens; RR, relative risk.

^aAdjusted for age, race, and other factors.

^bIncidence of new symptoms after stopping.

^cPrevalence of symptoms before stopping.

^dWomen who were still taking study pills) and completed all surveys.

^eProportion of women with symptoms.

^fNumber of participants in each group.

^gMultivariate adjusted relative risk.

placebo groups with or without symptoms before stopping; denominator of (5).
symptoms after stopping of CEE compared with placebo.

Consiglio Europeo della Salute
prese a Bruxelles: “A
ampliare...

Sono que... termine del Consiglio /
Europeo d... sciolto a Bruxelles venerdì scorso.
Per i vacci... ministri hanno convenuto che il nemico

maggiore è la disinformazione e l'esitazione vaccinale che ne
de...
a q... del carcinoma polmonare, prostatico e gastrico. CONCLUSIONI SUL
VACCINI, CONCLUSIONI SUL CANCRO.

Screening del carcinoma polmonare, prostatico e gastrico

Considerando che la precedente raccomandazione del 2003 sullo screening dei tumori si limitava al carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, gli Stati membri hanno convenuto di ampliarla a:

- **carcinoma polmonare:** i paesi dovrebbero esaminare la **fattibilità e l'efficacia dello screening con l'utilizzo della tomografia computerizzata a bassa dose**. Si dovrebbe prestare particolare attenzione all'identificazione e targeting di profili di rischio elevato
- **carcinoma prostatico:** in considerazione dello stato attuale delle conoscenze e della quantità di screening opportunistici, i paesi dovrebbero **valutare la fattibilità e l'efficacia dell'attuazione di programmi organizzati**
- **carcinoma gastrico:** i paesi e le regioni che presentano tassi di incidenza e di mortalità elevati per il carcinoma gastrico dovrebbero prendere **in considerazione le strategie di screening dei tumori**

Dopo il nemico n. 1 EU, che sarebbe
«combattere l'esitazione vaccinale»,
il 2° obiettivo → ampliare screening tumori, e...

settembre 2022

Disease mongering
mancherebbe giusto uno screening x le demenze...



Segnali...

Direttrice CDC USA Rochelle Walensky da gennaio 2021, **dimissioni a fine giugno 2023**



Prof. Antoni Fauci **lascia**
Consigliere Medico Casa Bianca
e Direttore National Institute
Allergy & Infectious Diseases

... di fuga?



Dr. Francis Collins, ex Direttore
National Institutes of Health,
aveva **già lasciato** dopo 12 anni...



Dr. Ashish Jha, Coordinatore
COVID della Casa Bianca,
congedo a fine giugno 2023



È forse ora
di scendere?



Per altro, fino a 10 giorni prima di uscire di scena, Walensky ha continuato a battersi per **garantire eque coperture vaccinali anche ai non assicurati...**



Perspective

Uninsured and Not Immune — Closing the Vaccine-Coverage Gap for Adults

Erika Wallender, M.D., M.P.H., Georgina Peacock, M.D., M.P.H., Melinda Wharton, M.D., M.P.H., and Rochelle P. Walensky, M.D., M.P.H.

The U.S. Covid-19 vaccination strategy was simple: get safe and effective vaccines into arms as quickly as possible by making them free and accessible. This strategy worked: more

viders. When fully implemented, the program would offer free access to the 14 routine vaccines recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for roughly 23 million uninsured adults between 19 and 64 years of age (about 12% of working-age adults) in the United

L'alert dell'Oms: "Il mondo deve prepararsi ad una possibile pandemia più letale del Covid"

"La minaccia di un'altra variante emergente del Covid capace di causa nuove ondate di malattia e morte resta viva. E non si può escludere la minaccia di un altro agente patogeno emergente con un potenziale ancora più mortale. Quando la prossima pandemia busserà alla porta – e lo farà – dobbiamo essere pronti a rispondere in modo deciso, collettivo ed equo". Così il direttore generale dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus. Identificate nove malattie che potrebbero rappresentare un rischio per la salute pubblica



24 MAG - Il mondo deve prepararsi alla prossima pandemia che potrebbe essere "ancora più mortale" di quella causata dal Covid. A lanciare l'allarme poche settimane dopo la dichiarazione di fine dello stato di emergenza dovuto al virus Sars-Cov-2 è stato il direttore generale dell'Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ieri nel corso di una riunione dell'Assemblea mondiale della sanità

L'Oms raccomanda di proseguire le vaccinazioni con i vaccini disponibili in vista di uno scenario "base", che al momento sembra attendibile:

- intervallo più lungo per i **booster aggiuntivi** (**oltre** al 1° booster...) **a gruppi prioritari**
- ai gruppi a rischio medio non siano più raccomandati **di routine** altri richiami **oltre il 1°**
- **richiamo aggiuntivo in gravidanza** entro metà 2° secondo semestre, se l'ultima dose è stata somministrata >6 mesi prima
- **richiamo aggiuntivo (2° booster)** per gli **operatori sanitari** 12 mesi dopo ultima dose
- serie primaria + **booster** per giovani adulti sani
- per **bambini e adolescenti sani** considerare serie primarie, in base a contesto, costi...

Gli «esperti» OMS non allentano la presa...

WHO Interim Recommendations^a for the optimal use of COVID-19 vaccination: primary series and booster doses in the context of Omicron and high population-level immunity

HIGH priority-use groups

Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Groups with the highest risk of death from COVID-19			
Older adults ^c Younger adults with significant comorbidities or severe obesity	Recommended	Recommended (12 months after previous dose)	Most efficient use of COVID-19 vaccines with greatest impact on reducing deaths.
Subgroup of older adults: Oldest adults ^d Older adults with multiple significant comorbidities	Recommended	Recommended (6 months after previous dose)	
Groups with special considerations for vaccination			
Adults, adolescents and children 6 months and older with moderate to severe immunocompromising conditions	Recommended as extended primary series ^e	Recommended (Approximately 6 months after previous dose; optimal time interval should be discussed with the treating physician)	Vaccine effectiveness is lower for persons with immunocompromising conditions. For additional protection, personal protective measures, vaccinating close contacts, and early treatment in case of a SARS-CoV-2 infection is recommended.
Pregnant adults and adolescents ^f	Recommended	Recommended once during a pregnancy (If previous dose was ≥ 6 months ago)	Rationale for immunization during pregnancy is three-fold: to protect the pregnant person, the foetus, and the infant up to age 6 months.
Frontline health workers	Recommended	Recommended (12 months after previous dose)	Rationale is to maintain health care system resilience.



WHO Interim Recommendations^a for the optimal use of COVID-19 vaccination: primary series and booster doses in the context of Omicron and high population-level immunity

MEDIUM priority-use groups

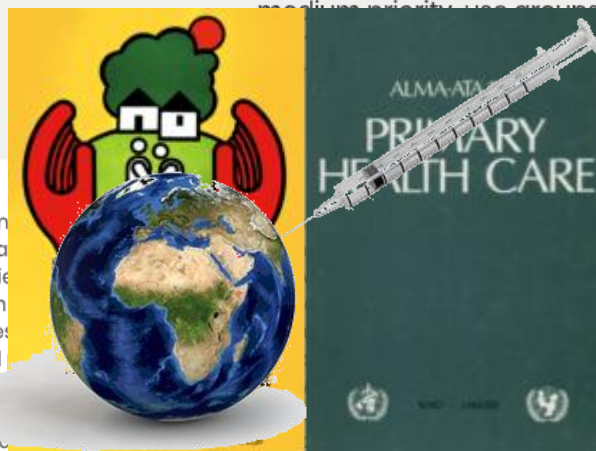
Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Healthy younger adults ^a Children and adolescents aged 6 months to 17 years with severe obesity or comorbidities that put them at higher risk of severe COVID ⁱ	Recommended	Not routinely recommended. ^h	Benefit of additional boosters is marginal.

LOW priority-use groups

Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Healthy children and adolescents aged 6 months to 17 years ^c	Countries could consider based on disease burden, cost effectiveness and other health or programme priorities and opportunity costs.	Not routinely recommended. ^h	Benefit and cost-effectiveness of vaccinating healthy children and adolescents is substantially lower compared to high and medium priority-use groups and compared to preventable diseases

a. These recommendations are time-limited and may change as more evidence becomes available or the epidemiology of COVID-19 changes. WHO currently does not recommend booster doses 6-12 months after the completion of the primary series. b. Extended primary series means use in pregnancy may differ by vaccine. c. Vaccines are not recommended for inclusion in national immunization schedules unless they may be offered in individual circumstances where added benefit is expected to be maximized. This recommendation acknowledges that some countries may elect to offer booster doses for health priorities. i. Regulatory approvals or WHO EUL for the age indication differ by vaccine.

Evoluzione OMS
da Alma Ata...



or the epidemiology of COVID-19, recommended 6-12 months after the completion of the primary series; often it is 75 or 80% of the population. WHO EUL for the "extended" means that such recommendations are based on evidence. However, vaccination may be associated with additional disease epidemiology, and other factors.

► COVID, LA RESA DEI CONTI

Le virostar insistono:
«Il virus c'è ancora,
altre dosi ai fragili»

Da Burioni alla Viola a Remuzzi, gli pseudo esperti continuano lo show: «Una pandemia finisce solo quando ne inizia un'altra»

di PATRIZIA FLODER REITTER



■ L'impressione, è che luminari virostar siano rimasti orfani dello stato di emergenza sanitaria internazionale e dichiarano concluso il 5 maggio. Certo, di riempirci avvertimenti, di messaggi allarmati, di vanto di attenzione lasciato dalle pandemie, finalmente decisa, sa perché il virus «non creerà più apprensione», come ha convenuto Gianni Rezza, rettore generale della previsione al ministero della Sa-

Ha cominciato lo stesso direttore generale dell'Oms, **Teros Adhanom Ghebreyesus**, annunciando la decisione ma subito puntualizzando: «Il virus è qui per rimanere. Sta ancora uccidendo e sta ancora cambiando». Si è affrettato a dire che «resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti», atterrito dall'idea che le popolazioni pensino che il Covid non è più qualcosa di cui preoccuparsi.

Professori di cura non hanno voluto essere da meno, nel cercare di soffocare il respiro di sollievo per un fine emergenza, arrivato dopo tre anni di sofferenze fisiche, mentali e disastri economici. «Però la malattia continua ad essere una delle patologie temibili perché ancora oggi provoca morti nel nostro Paese», ha ricordato **Filippo Anelli**, presidente della Fimomec, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici. Certo, anche tumori, diabete, ictus, problemi cardiovascolari, ma non per questo viviamo in ap-

CORSELLI

«Un vademecum per gestire i malori alla guida»

Il leader del Movimento Diritti Civili, **Franco Corbelli**, accusa l'Oms di «aver completamente ignorato la vera, drammatica emergenza del momento, quella delle morti improvvisi e delle gravi reazioni avverse». Il Movimento ha lanciato sul proprio profilo Facebook «un vademecum, con qualche consiglio utile» per prevenire i malori fatali alla guida «che, solo per un miracolo e qualche gesto eroico, non si stanno trasformando in vere e proprie stragi».

preensione continua. **Roberto Burioni**, virostar ancora in vena di impartire lezioni sul Covid, pochi giorni prima del fine pandemia si lamentava sui social: «In molti hanno spostato il dibattito sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini dalla scienza (fatta di numeri) alla politica (fatta di opinioni). Il risultato è stato catastrofico e ha causato la morte di molte persone. Speriamo di imparare per il futuro (ma non sono ottimista)».

La verità è un'altra. Campagne vaccinali, decreti dal governo e quasi tutte le sentenze della magistratura non prestano ascolto alla scienza. «Ora dobbiamo vedere quanto dura l'equilibrio raggiunto», avverte il senatore **Andrea Crisanti**, passato dalla virologia alle fis-

del Pd e poco convinto che si possa parlare di normalità. Smettendo per un attimo di promuovere il suo libro sulle diete, la professoressa **Antonella Viola** tiene a farci sapere che «il virus circola e non sappiamo come evolverà e non possiamo prevedere se ci saranno picchi stagionali o me-

«Qualche studioso afferma che una pandemia finisce davvero solo quando ne comincia un'altra», non è molto incoraggiante **Giuseppe Remuzzi** direttore dell'Istituto farmacologico Mario Negri, che aggiunge: «Altri coronavirus arriveranno, questa è l'unica certezza».

«One Health», siamo sotto attacco da parte di tutta una serie di altre patologie infettive dalle quali dovremmo essere in grado di guardare e di rispondere in maniera più pronta rispetto a quanto fatto nella pandemia da Sars-CoV-2», sottolinea **Roberta Siligoi**, presidente della Sipi, la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica. «Bisogna prepararsi alla stagione fredda, usando il vaccino», raccomanda **Walter Ricciardi**, già consulente dell'ex ministro della Salute, **Roberto Burioni**.

A Che tempo che fa, **Benedetta Allegranzi**, leader tecnico prevenzione e controllo delle infezioni dell'Oms, domenica annunciava: «Noi l'abbiamo già raccomandato, soprattutto nelle persone fragili le vaccinazioni andrebbero ripetute ogni quattro, sei mesi». Quando è stato chiesto che cosa i fragili ha risposto: «Anziane, persone sopra i 70-80 anni, con patologie come un tumo-

Ha cominciato lo stesso direttore generale dell'Oms, **Teros Adhanom Ghebreyesus**, annunciando la decisione ma subito puntualizzando: «Il virus è qui per rimanere. Sta ancora uccidendo e sta ancora cambiando». Si è affrettato a dire che «resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti», atterrito dall'idea che le popolazioni pensino che il Covid non è più qualcosa di cui preoccuparsi».

«Qualche studioso afferma che una pandemia finisce davvero solo quando ne comincia un'altra», non è molto incoraggiante **Giuseppe Remuzzi** direttore dell'Istituto farmacologico Mario Negri, che aggiunge: «Altri coronavirus arriveranno, questa è l'unica certezza».

A Che tempo che fa, **Benedetta Allegranzi**, leader tecnico prevenzione e controllo delle infezioni dell'Oms, domenica annunciava: «Noi l'abbiamo già raccomandato, soprattutto nelle persone fragili le vaccinazioni andrebbero ripetute ogni quattro, sei mesi». Quan-



Che tempo che fa
7 maggio 2023

Vaccini

IL CANALE DELLA PREVENZIONE

VAI ALLA HOMEPAGE DI SALUTE



Posso fare la quarta dose per evitare di ammalarmi di Covid in vacanza?

*Risponde Francesco Vitale** 22 GIUGNO 2023 |

Non dovremmo più considerare la vaccinazione anti-Covid nella logica delle dosi. Sarebbe **più opportuno infatti abituarsi all'idea del richiamo, ormai da considerarsi annuale**, in virtù del fatto che il virus è al momento destagionalizzato.

Infatti mentre altre infezioni, come l'influenza, le vediamo solo in un determinato periodo dell'anno, della durata di qualche mese – da novembre fin verso marzo – a oggi l'infezione da Covid non è stagionale. Ne consegue che la vaccinazione può essere fatta in qualsiasi momento dell'anno, insieme all'influenza magari o meno, purché una volta l'anno.

Questo, a mio avviso, **dovrebbe essere l'indicazione per tutti**, mentre **per le persone più fragili sarebbe opportuno vaccinare due volte l'anno**.

È difficile far sì che qualcuno capisca,
quando il suo stipendio dipende dal fatto che non capisca
Upton Sinclair



Se però il DG WHO questa volta risponderà alla Lettera aperta CMSi,
e soprattutto se ci proverà di aver ragione,
siamo pronti a prenderne atto pubblicamente

di PATRIZIA FLODER REITTER

■ Google e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) hanno lavorato insieme «per fare avere le giuste informazioni alle persone quando ne avevano più bisogno», in epoca Covid. Adesso, «aumenteremo il nostro impatto sulla salute per miliardi di persone», dichiara l'azienda statunitense sviluppatrice dell'omonimo motore di ricerca, annunciando un accordo di collaborazione pluriennale con l'Oms «per continuare a fornire informazioni sanitarie credibili», rispondendo «a problemi di salute pubblica emergenti e futuri».

Prospettiva rassicurante? Niente affatto. Non bastano i finanziamenti dati, per fornire garanzie. Google fa sapere di aver donato all'Oms oltre 320 milioni di dollari in pubblicità tramite Ad Grants, il programma per le no profit che permette di creare delle campagne sulla rete di ricerca. Si tratta della donazione più grande, in assoluto, fornita dall'azienda informatica. E, sempre Google, annuncia di avere stanziato altri 50 milioni di dollari per il 2023, sempre «per sostenere l'Oms nel continuare il suo lavoro di grande impatto nella sanità pubblica». In nome della scienza o dando voce solo a quello che si vuole propagandare in via ufficiale, come quando si è sostenuto il vaccino quale unico rimedio, senza contraddittorio?

Basta guardare l'esito della strategia messa in atto con l'Oms, racchiusa nel dossier *Il potere della collaborazione di fronte alla pandemia di Covid-19*: Google e l'Organizzazione mondiale della sanità. Vi si legge che, dall'inizio dell'emergenza sanitaria internazionale, le persone che si sono affidate a Google «centinaia di milioni di volte al giorno, con domande relative alla salute», sarebbero state aiutate a trovare «prodotti di alta qualità, informazioni affidabili basate su dati pertinenti su dove vivevano, da fonti attendibili in risposta alle esigenze degli utenti». Hema Budaraju, direttore senior dell'impatto sociale

L'Oms intasca 370 milioni per appaltare a Google la tecnocensura sanitaria

Patto tra l'Organizzazione guidata da Tedros e il colosso delle Big tech per dare soltanto comunicazioni giudicate «credibili». Una stretta già vista in pandemia



SILENZIATORE Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità

[Ansa]

della ricerca presso Google, ha sostenuto: «Non importa quello che stai cercando, la nostra mission è darvi informazioni tempestive, pertinenti». Pechato che nulla risulti dal motore di ricerca di Google in tema di studi che rivelino complicanze nelle campagne vaccinali e nell'utilizzo dei farmaci anti Covid a mRNA, se non per classificarli come fake news.

Il metodo adottato, grazie al quale ogni opinione contraria

al vaccino veniva esclusa dal motore di ricerca, è subito chiarito. Per quando riguarda Youtube, la piattaforma video di Google che nel 2021 ha registrato oltre 110 miliardi di visualizzazioni sulla salute, «l'obiettivo principale è stato la rimozione di disinformazione dannosa, promuovendo contemporaneamente contenuti da autorità sanitarie credibili». È proprio l'azienda a vantarsi di aver rimosso «oltre 1,5

milioni di video correlati alla pericolosa disinformazione del coronavirus, bufale e fake news», nei primi due anni della pandemia.

Nemmeno veniva lasciata agli utenti, la facoltà di scegliere che cosa leggere o come documentarsi perché da Internet sparisce ogni riferimento estraneo al flusso informativo mainstream. Ma non basta, per il gigante della ricerca online, che afferma di voler conti-

nuare la collaborazione con l'Oms per «sostenere la trasformazione digitale in contesti con poche risorse», attraverso anche Open health stack, un programma lanciato a marzo per consentire agli sviluppatori di creare app relative alla salute di nuova generazione, con soluzioni già usate nell'Africa subsahariana, in India e nel Sud Est asiatico. App che seguirebbero le raccomandazioni dell'agenzia (co-

me è accaduto in epoca Covid?) e che nascono avvalendosi di sviluppatori specializzati nel settore sanitario come Ona, Iprid Solutions, Argusoft, Intellisoft, cui saranno fornite «le giuste informazioni di cui hanno bisogno, decisioni basate sull'evidenza per i loro pazienti». Quale evidenza? Quella che epura i contraddittori nel mondo scientifico?

Il tutto, grazie a partnership con multinazionali come Samsung. Salute sì, forse, ma anche tanto business con la benedizione dell'Oms. Google dichiara pure l'obiettivo di «preparare le comunità per future minacce alla salute pubblica», rivelando una presunzione assoluta nel fornire strumenti adeguati, sempre d'intesa con l'Oms, «per un positivo impatto sulla vita delle persone», fa sapere la dottoressa Karen DeSalvo, responsabile sanitario dell'azienda informatica.

Non più solo sul Covid: Ad Grants sarà usato per tematiche quali salute mentale, influenza, vaiolo delle scimmie, Ebola, con oltre 28 milioni di annunci di servizio pubblico in sei lingue. Quest'anno arriveranno altri 50 milioni di dollari per sostenere la versione gratuita di Google Ads, marketing digitale, grazie alla quale l'Oms metterà in contatto «il maggior numero possibile di persone con informazioni autorevoli».

Molti dubbi rimangono sull'effettiva autorevolezza dei contenuti forniti a così tanti utenti e sull'oscurazione, invece, di questioni scomode ma fondamentali di salute pubblica. Anche perché Andy Pattison, responsabile dei canali digitali dell'Organizzazione mondiale della sanità, sostiene che «il lavoro svolto durante la pandemia ci ha permesso di dare informazioni importanti a così tante persone che ne avevano bisogno, come altrimenti non avremmo potuto fare». Una trasformazione digitale, con gli approcci di censura scientifica che abbiamo drammaticamente sperimentato in tre anni di emergenza Covid, non fa sperare in molto di buono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Oms lancia una nuova crociata: ora il nemico è il sale negli alimenti

VERITÀ 11-3-23

L'agenzia Onu chiede ai Paesi di ridurre il consumo di sodio del 30% entro il 2025

di VALERIO BENEDETTI

■ Una vita sciapa, insapore e inodore. È forse questo l'obiettivo dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità? Il dubbio, in effetti, viene. Soprattutto leggendo il rapporto appena pubblicato dall'agenzia dell'Onu, che ha dichiarato guerra al sale. Esatto: le Nazioni unite, attraverso la Fao, non solo ci propongono una dieta a base di insetti, ma ora, con l'Oms, vogliono anche imporre agli Stati di ridurre le quantità di sodio contenute negli alimenti.

L'agenzia diretta da Tedros Adhanom Ghebreyesus, dopo la gestione catastrofica della pandemia, ha fissato un obiettivo molto chiaro: ridurre l'as-

sunzione di sodio del 30% entro il 2025 a livello globale. Il motivo? Pur essendo un nutriente essenziale per l'essere umano, il sodio, se consumato in quantità eccessive, può portare a malattie cardiache, ictus e morte prematura. Naturalmente, quando parliamo di alimentazione, ci riferiamo soprattutto al sale (cloruro di sodio) e ad altri condimenti minori come il glutammato di sodio.

Adnan Ghebreyesus, oggi però, lamenta che l'Oms, solo nove nazioni hanno varato politiche che prevedono una riduzione obbligatoria del sodio sulle nostre tavole. Si tratta di Brasile, Cile, Repubblica ceca, Lituania, Malesia, Messico, Arabia Saudita, Spagna e Uruguay. Gli altri Stati membri, invece,

hanno adottato misure più blande, come ad esempio l'Italia: nessun limite al sale in cucina, di cui però si sconsiglia l'utilizzo in quantità eccessive.

«Le diete malsane», ha dichiarato Ghebreyesus, «sono una delle principali cause di morte e malattia a livello globale e l'OMS ha il compito di porre fine a questa crisi». Il rapporto appena pubblicato, ha proseguito il direttore generale dell'Oms, «mostra che la maggior parte dei Paesi deve ancora adottare politiche obbligatorie di riduzione del sodio, esponendo così la propria popolazione al rischio di infarto, ictus e altri problemi di salute».

Insomma, in un periodo in

cui Orazio Schillaci spinge per una nuova stretta sul fumo, adesso arriva anche la richiesta dell'Oms di razionare il sale sulle nostre tavole. Le parole hanno sempre un peso, certo, ma a questo punto non è affatto fuori luogo pensare che un'organizzazione come l'Onu, che ha definito la vittoria Sgarbi in polemica proprio con il ministro della Salute. D'altra parte, non è che ci volesse l'Oms per stabilire che l'abuso di un determinato alimento non è mai una buona cosa. Ma non per questo si può andare avanti a botte di divieti, razionamenti e sanzioni.

E poi, sia detto per completezza, non si capisce bene con quale autorevolezza l'Oms pretenda ancora di parlare. Nel momento in cui si è palesa-

to un evento che doveva vederla protagonista e punto di riferimento globale (la pandemia), l'Organizzazione mondiale della sanità ha inanellato una serie impressionante di topiche madornali. Prima sottovalutando il Covid, poi elogiando la «dedizione» e la «trasparenza» della Cina (sic), e infine orchestrando una campagna di terrorismo psicologico senza precedenti. Lo scorso dicembre, tanto per dire, l'Oms ha diffuso un video in cui soste-

neva che l'attivismo contro i vaccini, ribattezzato «anti scienza», «è ora diventato una delle principali forze omicide a livello globale».

L'anti scienza, infatti, secondo l'Oms ucciderebbe «più persone di cose come la violenza armata, il terrorismo globale, la proliferazione nucleare o gli attacchi informatici». Ecco, vale rivolgersi ai cartomanti. Sarebbero più credibili.

© SIPROSA/AGENCE FRANCE PRESSE

non credibili.....

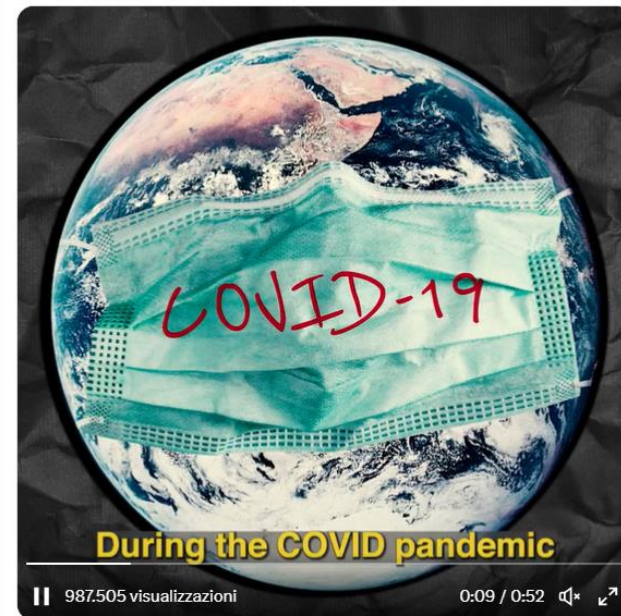
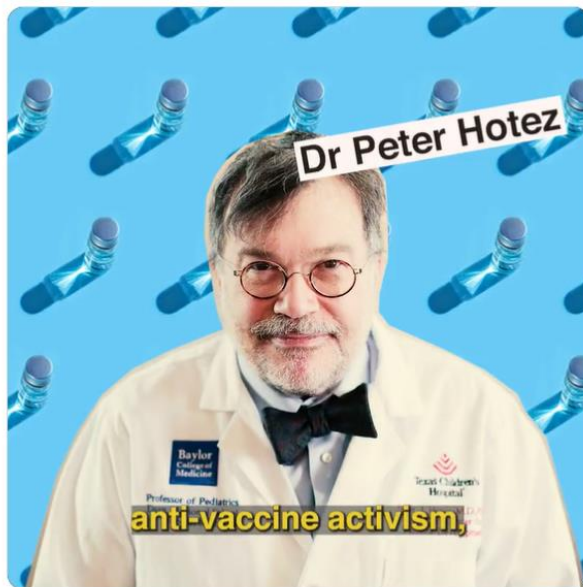
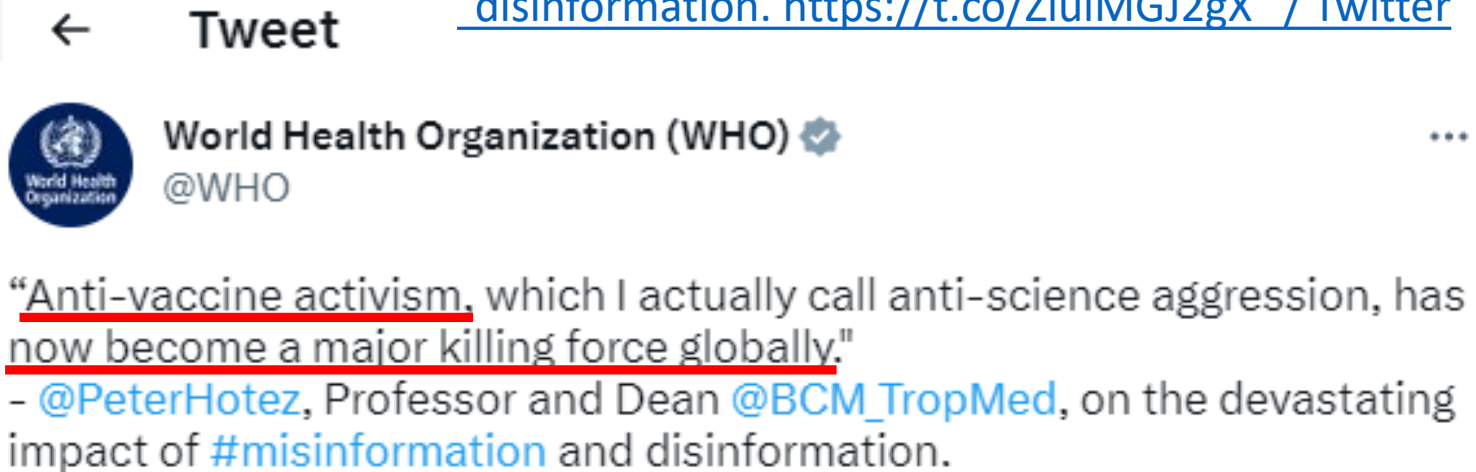
APG redros Adhanom Ghebreyesus, direttore dell'Oms [Ansa]



neva che l'attivismo contro i vaccini, ribattezzato «anti scienza», «è ora diventato una delle principali forze omicide a livello globale».

L'anti scienza, infatti, secondo l'Oms ucciderebbe «più persone di cose come la violenza armata, il terrorismo globale, la proliferazione nucleare o gli attacchi informatici». Ecco,

World Health Organization (WHO) su Twitter: "“Anti-vaccine activism, which I actually call anti-science aggression, has now become a major killing force globally.” - @PeterHotez, Professor and Dean @BCM_TropMed, on the devastating impact of #misinformation and disinformation. <https://t.co/ZluiMGJ2gX>" / Twitter



Vaccini monovalenti contro ceppi XBB. Indicazioni Ecdc e Ema per campagna vaccinale d'autunno 2023



Raccomandato per over 60 e per persone con sistema immunitario indebolito e condizioni base che li mettono a più alto rischio di Covid grave in modo indipendente dall'età e le donne in gravidanza. Per i bambini di età inferiore ai 5 anni, senza storia di vaccinazione o precedente infezione da Sars-CoV-2, è indicata una serie primaria composta da 2 o 3 dosi a seconda del vaccino specifico. IL DOCUMENTO 06 GIU -

- per gli individui di **età superiore ai 5 anni**, quando la vaccinazione è raccomandata ... è indicata una singola dose del vaccino appena adattato;
- per i bambini di **età inferiore ai 5 anni**, senza storia di vaccinazione o precedente infezione da Sars-CoV-2, è indicata una serie primaria composta da **2 o 3 dosi** a seconda del vaccino specifico appena adattato ...

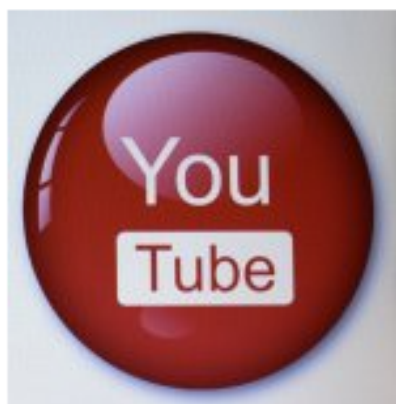
Chi ha **sistema immunitario indebolito** può aver bisogno di dosi aggiuntive.

Gruppi raccomandati per essere presi di mira dalle campagne vaccinali 2023: **operatori sanitari** per la probabile maggiore esposizione a nuove ondate di Sars-CoV-2 e del loro ruolo chiave nel **funzionamento dei sistemi sanitari**.

Oms Europa e YouTube per la qualità delle informazioni sanitarie online. Nel 2021 più di 110 miliardi di visualizzazioni sulla salute

QS 20 giugno 2023

Tuttavia le informazioni sanitarie online imprecise o fuorvianti possono rappresentare un rischio significativo per la propria salute. Una recente revisione dell'OMS ha mostrato che l'infodemia e la disinformazione influiscono negativamente sui comportamenti di salute delle persone. Da qui l'impegno per lavorare insieme per informazioni sanitarie accreditate e sicure.



20 GIU - L'Ufficio dell'OMS per la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti ha recentemente unito le forze con YouTube Health per ospitare un seminario a Berlino per migliorare la qualità delle informazioni sanitarie online e sostenere gli sforzi degli Stati membri in questo settore. Questo sforzo collaborativo, si legge in una nota dell'Oms, pone le basi per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e rendere universalmente accessibili informazioni sanitarie di alta qualità.

"Non vediamo l'ora di lavorare insieme per un mondo in cui le persone possano accedere alle informazioni sanitarie di cui hanno bisogno online senza doverne indovinare l'accuratezza", ha osservato la dott.ssa **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttrice della divisione OMS/Europa delle politiche e dei sistemi sanitari nazionali.



o una
de tut-
eme le
nemo-
gono a
ntano
io que-
opola-
ricor-
a real-
davan-
ti e molto più di una crisi dell'informazione e della libera espressione: è una crisi dell'umanità».

A Londra, dal palco della Methodist Central Hall, **Matt Taibbi** lancia l'allarme: il giornalista americano che assieme ai colleghi **Michael Shellenberger** e **Bari Weiss**, attraverso i *Twitter Files* ha svelato come un sistema politico-affaristico abbia condizionato il social prima dell'arrivo di **Elon Musk** usando il pretesto della moderazione nei confronti di disinfor-

«La libertà di parola è sotto attacco»

A Londra il dibattito sul futuro della comunicazione con i giornalisti dei *Twitter Files*
«Il politically correct è lo strumento per imbavagliare le coscienze, bisogna ribellarsi»

zione e hatespeech per oscurare e silenziare ogni personalità dissidente rispetto ai diktat del progressismo americano, ora denuncia la guerra delle élite al libero pensiero e propone un'alleanza per resistere a questo attacco. In un evento pubblico svoltosi venerdì sera - presenti anche l'attore e attivista **Russell Brand** e **Stella Assange**, moglie del fondatore di Wikileaks divenuto la vittima più nota di un potere che non tollera circoli la verità sui propri crimini - **Taibbi** e **Shellenberger** hanno chiamato le persone a reagire verso quello che definiscono «Censorship Industrial Complex», un apparato

che si muove con logiche militari di propaganda e mobilitazione nei confronti del «nemico» di volta in volta indicato in un'ottica binaria e manichea, e agisce attraverso «agenti» che praticano proprio quella disinformazione che, paradossalmente, sostiene di voler debellare.

Il risultato è un inganno universale, fondato sulla disinformazione e l'indottrinamento di massa attraverso un linguaggio che ribalta la realtà: si afferma di voler difendere, proteggere, informare, ma si punta ad addomesticare e sorvegliare la popolazione, cui viene fatto credere che ogni contestazione politica

faccia il gioco dell'avversario di turno e rappresenti un salto alla democrazia.

In questo modo, con l'ausilio di un vocabolario dai significati rovesciati («credibilità», «inclusività», «responsabilità») che diventa il paravento per nascondere il loro contrario, questo sistema-montre decostruisce il complesso valoriale occidentale e abbatte i diritti fondamentali, tra cui quello di esprimere liberamente il proprio pensiero.

L'evento di Londra nasce per sensibilizzare l'opinione pubblica su quanto sta accadendo in Occidente: Germania, Austria, Nuova Zelanda e

Australia sono pronti a considerare reato le opinioni fuori dal coro su guerra, immigrazione, gender; in Uk si sta considerando di forzare la lettura di messaggi WhatsApp e in Brasile di chiudere Telegram, colpevole di aver avvertito gli iscritti che la libertà di parola è minacciata; in Irlanda rischia di passare una legge che permette alla polizia di entrare nelle case per controllare i contenuti di pc e telefonini senza che ci siano prove di reato. Mentre l'Unione europea si appresta ad applicare il *Digital Services Act*, nuovo regolamento che con la scusa di creare uno spazio digitale più «affidabile» introduce nuove

La Verità, 25-6-2022

forme di pressione sulle piattaforme che non applicano i parametri «anti disinformazione» imposti dal potere.

Il tutto è in linea con il piano di imbavagliamento dell'Onu annunciato nei giorni scorsi dal suo segretario generale, **Gutierrez**, che in un video messaggio ha lanciato l'offensiva finale: «contro la minaccia globale rappresentata da disinformazione e odio» veicolati online, ha ammonito **Gutierrez**, «serve una risposta coordinata globale».

«Ostacolare la libertà di espressione sarà l'unico modo per imporre una certa agenda» aveva anticipato **Shellenberger** alla *Verità* annunciando l'iniziativa londinese. E difatti si affaccia una censura senza precedenti. Contro la quale - si è detto a Londra - occorre mobilitarsi con una rete internazionale a protezione dell'umano; prima che sia troppo tardi.

Sergio Mattarella ieri ha fatto giustizia dell'ultima moda di social, istituzioni europee e anime belle del giornalismo, ovvero la lotta alle cosiddette *fake news*. Il capo dello Stato

cata: «Sarebbe fuorviante e contraddittorio con le stesse disposizioni costituzionali immaginare che organismi terzi possano ricevere incarico di certificatori della liceità dei flussi informativi».

Schiaffo del Colle ai censori del Web

L'affondo di **Mattarella** contro fact checker e distributori di patenti di affidabilità: «Alla base della buona informazione c'è la fiducia. No a certificatori terzi della verità»

di **FRANCESCO BONAZZI**

Le notizie non sono come il prosciutto e non possono essere certificate da nessuno. Almeno nel mondo libero. **Sergio Mattarella** ieri ha fatto giustizia dell'ultima moda di social, istituzioni europee e anime belle del giornalismo, ovvero la lotta alle cosiddette *fake news*. Il capo dello Stato ha fatto appello alla responsabilità di ognuno nel saper informare correttamente e ha messo in guardia dai bolli verdi o rossi. Dietro i quali, per altro, c'è un discreto giro di soldi e di carriere che magari il «certificatore» di turno si costruisce, a volte, senza aver mai trovato una notizia o aver mai preso una querela.

L'occasione per la sortita di **Mattarella** sulla libertà d'informazione è stato il settantesimo compleanno del-

l'Uspi, l'unione della stampa periodica. In un messaggio all'associazione, il presidente della Repubblica ha osservato: «Nel mondo libero, l'esercizio della democrazia si fonda anzitutto sulla responsabilità di ogni protagonista della formazione nel saper distinguere i fatti dalle opinioni, nella libertà di accesso a un sistema di diffusione sempre più articolato». Poi è arrivato al cuore del problema, aggiungendo: «Si tratta di un tema di particolare delicatezza che non trova limite, criterio e misura nella semplice moltitudine ed eterogeneità dei contenuti propalati dalle piattaforme. La autenticità dell'informazione è affidata, dalle leggi, alla professionalità e deontologia di ciascun giornalista». Deontologia che per legge è affidata anche all'ordine dei giornalisti, come

per le altre professioni regolamentate, ma che fa parte del bagaglio professionale di ognuno e, soprattutto, del patto di fiducia che ogni media stringe con i propri lettori. Un po' a sorpresa, però, **Mattarella** ha completato il ragionamento con una staccata: «Sarebbe fuorviante e contraddittorio con le stesse disposizioni costituzionali immaginare che organismi terzi possano ricevere incarico di certificatori della liceità dei flussi informativi».

Ma chi saranno gli «organismi terzi certificatori» ai quali faceva riferimento il capo dello Stato? **Mattarella** non è entrato nel dettaglio e si è limitato a lanciare un messaggio, restando al di sopra delle possibili polemiche. Leggendo le sue parole, però, è impossibile non pensare a una realtà come gli americani di

NewsGuard, che operano anche in Italia e distribuiscono icone verdi (vere) o rosse (bufale) sulle notizie. *NewsGuard* è sostenuta da colossi come Google Chrome, Microsoft Edge, Firefox e Safari. Poi ci sono le piattaforme social, bisognose di rifarsi la verginità vista la montagna di idiozie che talvolta hanno veicolato. Facebook in Italia ha arruolato diversi «certificatori» e collabora, a pagamento, con *Open* (il sito di news di **Enrico Mentana**) e con *Pagella politica*. I cinesi di TikTok hanno assoldato una dozzina di partner per il «fact checking», fra i quali la redazione di *Facta News* (collegata a *Pagella politica*). *Facta News*, come si apprende dal suo sito internet che è ben più trasparente di tanti altri media online, racconta che «si occupa di contrastare la di-



A DIFESA DEI CRONISTI Il presidente Sergio Mattarella [Ansa]

informazione e la circolazione di notizie false». Con lo slogan «scegli a chi non credere», ecco il suo obiettivo: «aiutare i lettori a capire quali notizie, tra quelle che circolano sui media o sui social network, sono false, decontestualizzate o imprecise».

Il punto, al di là dei fondi europei che circolano e dei grandi clienti Usa, è esattamente questo: capire le notizie e contestualizzarle. Dovrebbe essere la scuola a cre-

scere cittadini capaci di leggere una notizia, distinguere da una baggianata e chiedersi chi è il proprietario del media che la diffonde. E per parte loro, come ha ricordato **Mattarella**, i giornalisti devono essere responsabili e avere un'etica. Il problema non è se ci sono troppe o poche *fake news*. Il problema è che scaricano gli editori puri e quindi, stranamente, scaricano anche le notizie.

Aggiornamenti di

EUROMOMO

Week 26/2023

Graphs and maps

Last updated on week 26, 2023 [Print](#)

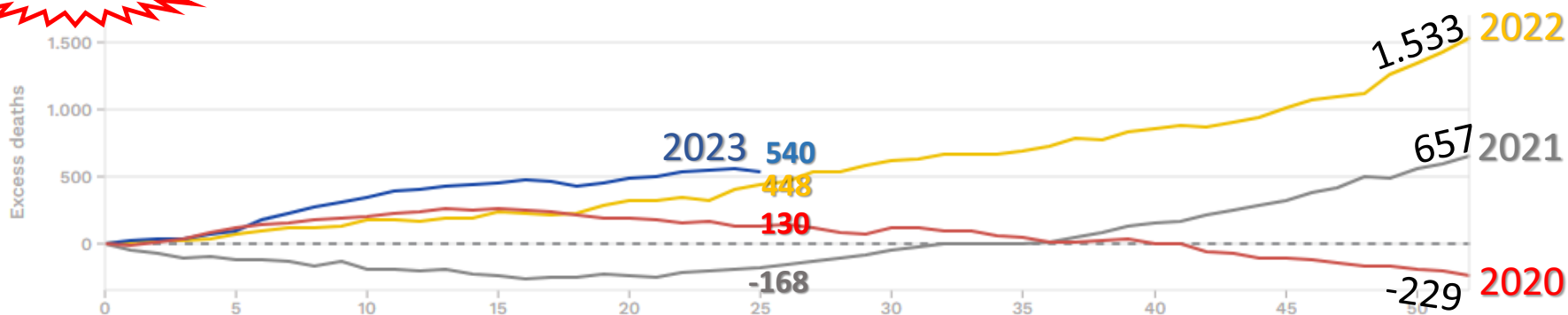
These graphs were generated in week 2023-26 with data from 26 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), UK (Scotland), and UK (Wales).

Malta and Ukraine did not contribute to this week's data.

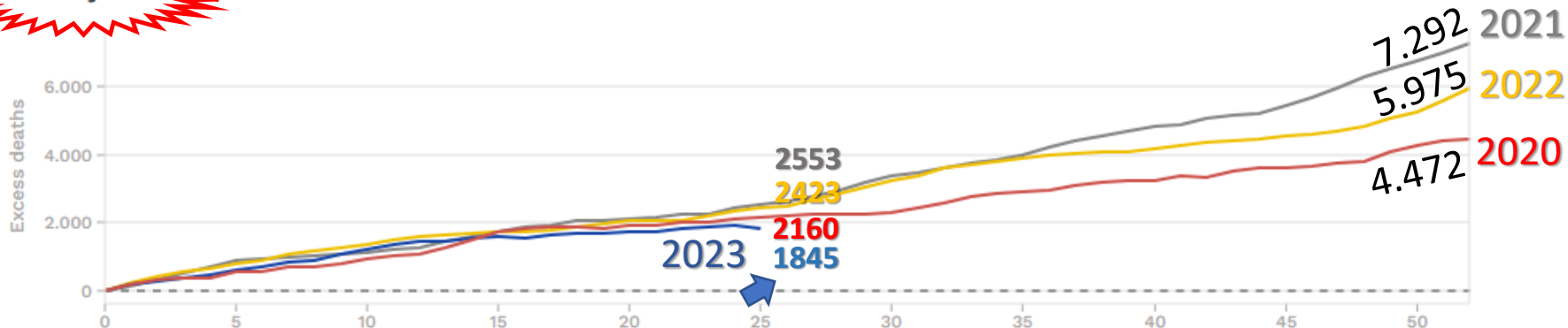
Ukraine, Germany (Berlin) and Germany (Hesse) were not included in the pooled data.

---- Baseline — 2020 — 2021 — 2022 — 2023

0-14 years



15-44 years



Crollo di nascite in Svizzera nel 2022

«Vanno indagati gli effetti dei vaccini»

I dati elvetici mostrano un calo della natalità del 10%. Il professor Beck: «Fenomeno scollegato da cause economiche o sociali»

di ANGELA CAMUSO

■ Sono crollate in maniera drammatica le nascite in Svizzera nell'anno 2022. Un fenomeno storico, vista la portata del crollo: «Tra il 2015 e gennaio e non rispetto alla tra il 2015 e dati nazionali, rigo si è registrato di addirittura il tasso di natalizzazione del n nascite per donna fertile è diminuito fenomeno di que si è registrato in Sv gli ultimi 108 anni allo scoppio della guerra mondiale, crollo fu del 13,5% (gli erano al fronte).

«Il fenomeno non appare correlabile, temporalmente, a nessuna altra causa tranne le vaccinazioni di massa anti-Covid», ha fatto notare in un

sui vari baby boom: quello registrato dopo la Prima guerra mondiale (+12%); dopo la Seconda guerra mondiale (+10%);

Analisi di un possibile collegamento tra il Vaccinazione Covid-19 e Diminuzione della natalità in Svizzera nel 2022

Rapporto per Swissmedic*

prof. dott. Konstantin Beck
Università di Lucerna

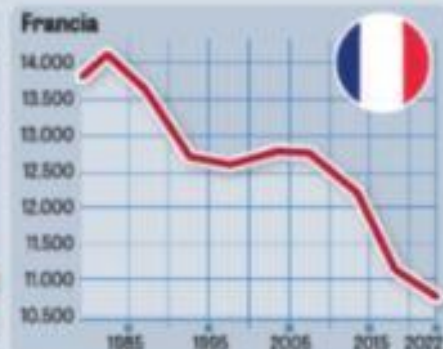
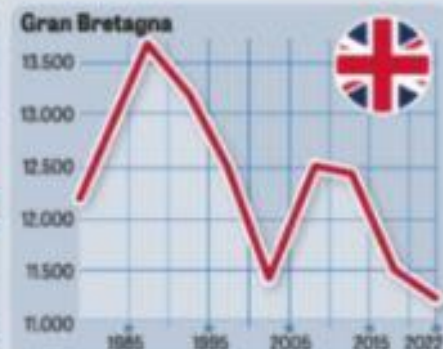
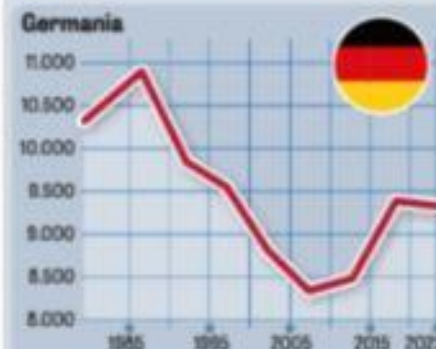
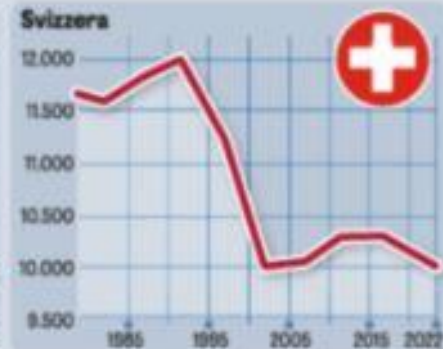
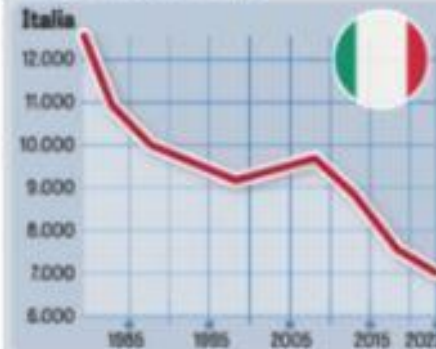
Prof. Emerito dott. Pietro Vernazza
San Gallo

...ione del 3,8%, ci stato il baby boom l'anno dopo, mentre nel 2022, con un tasso di disoccupazione dell'1,6%, ci sia stato un crollo delle nascite del 10%. In Svizzera infatti sono state

marcato delle nascite non spiegabile con il precedente boom. Un'altra possibile causa del calo potrebbe essere, riflette Beck, l'aumento degli aborti volontari tra il 2004 e il 2022. In Svizzera, il tasso degli aborti con proprio nel 2020 le autorizzazioni di gravidanza, nel 2021 c'è stato un boom. Al contrario, sono stati in calo gli aborti (-94), e sono nati 85 bambini. Anche la natalità sia diminuita causa del Covid non reggerebbe: se si confronta l'andamento delle nascite con i contagi in seconda ondata, si nota che i bambini nati tra luglio e novembre del 2021 sono aumentati. Invece, se si confronta il tasso di donne vaccinate di età compresa tra i 20 e i 49 anni con la variazione delle nascite nove

GLI ANDAMENTI

Nati ogni 1.000 abitanti



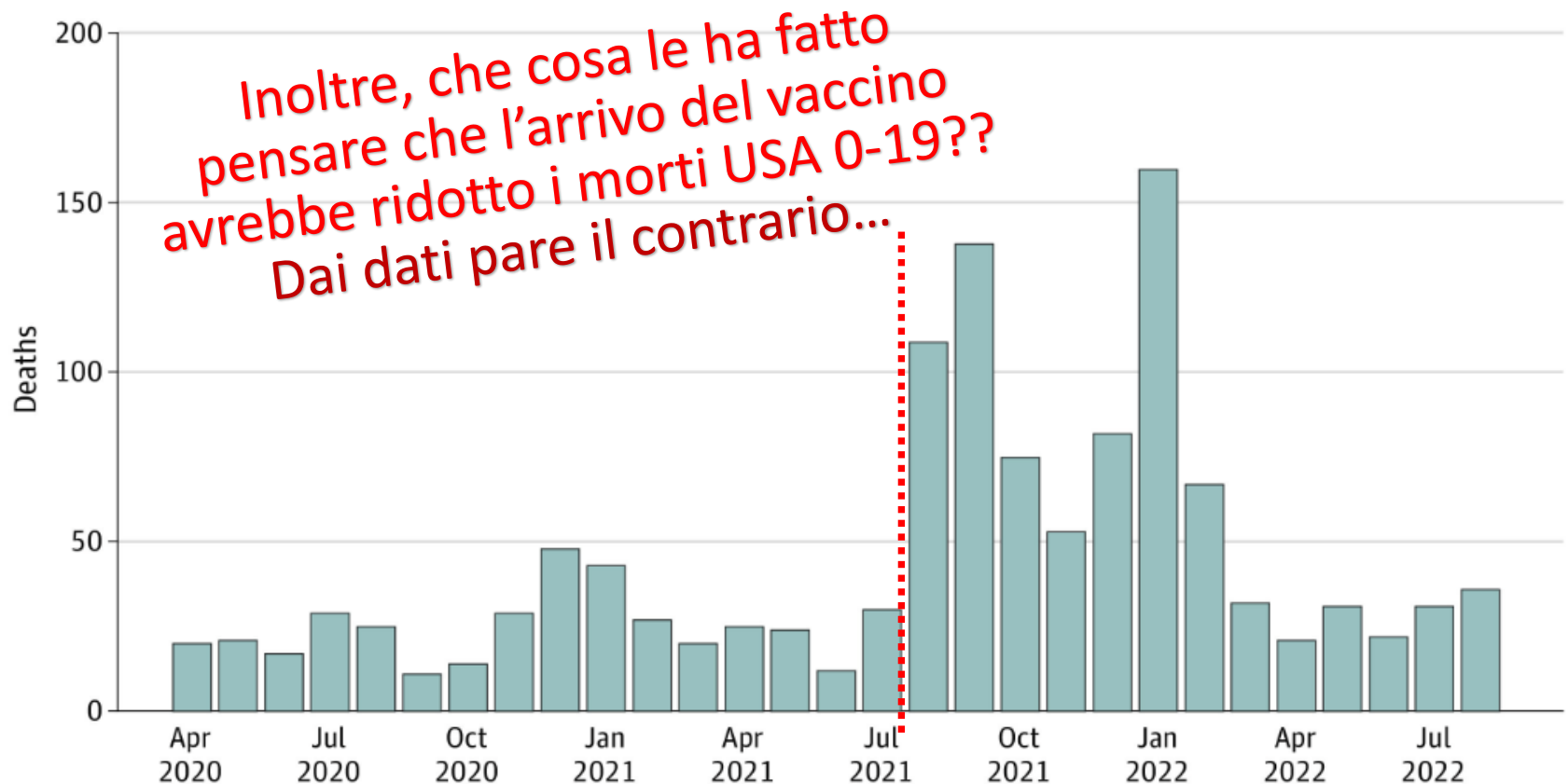
Fonte: Onu

L'Espresso

Lisa Iannattone, twitter15 giugno: «Neppure nei miei sogni più selvaggi avrei potuto predire un futuro in cui un nuovo virus sarebbe diventato il killer da infezione n. 1 nei bambini e che la leadership medica avrebbe deciso che il vaccino per questo virus NON è importante per i bambini e NON lo promuovesse».

Ma... nella fascia 0-19 anni le *morti COVID* erano solo 2% di tutte le morti, e solo nello 0,8% la COVID aveva davvero contribuito ([Never in my wildest dreams... – HART \(hartgroup.org\)](#))

B Monthly COVID-19 deaths in the US of children and young people aged 0 to 19 years



SOTTO L'ALTO PATROCINIO DELLA REGIONE ABRUZZO
APPROVATO CON DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 264 DEL 16.05.2023

SALA BRUGNOLI

PALAZZO CESARONI

Piazza Italia, 06121 Perugia PG

CHI TI AMA TI PROTEGGE

**SUBITO SCREENING CARDIACO
0-14 ANNI**

PERUGIA

**8 GIUGNO
DALLE 18:00**



Moderata l'evento
NIOLETTA DI SANTO

GIOVANNI FRAJESE

DOCENTE ENDOCRINOLOGIA

GIULIO M. PEDONE

DOCENTE OFTALMOLOGIA

MARCO CIPOLLETTI

CONSIGLIERE REGIONE ABRUZZO

VALERIO MANCINI

CONSIGLIERE REGIONE UMBRIA

MARIA F. D'AGOSTINO

PRESIDENTE COMMISSIONE PARI
OPPORTUNITÀ REGIONE ABRUZZO

SERGIO DE NICOLA

SOSTITUTO PROCURATORE GENERALE
PRESSO CORTE D'APPELLO CAGLIARI

ALESSANDRO CAPUCCI

DOCENTE DI CARDIOLOGIA

#DIFESAMINORI

**SUBITO SCREENING CARDIACO
0-14 ANNI**

No, grazie!

v. motivazioni
in scorsi incontri

**Questa iniziativa
sconsiderata va
subito fermata!**

**Sostituita offrendo
sorveglianza attiva
(ECG e troponina...)
pochi gg prima e dopo
chi si vaccinasse**

Grave distorsione nel presentare i dati di mortalità

https://www.academia.edu/85597731/Data_reporting_flaw_in_plain_sight_distorting_COVID_19_mortality_statistics

Data reporting flaw in plain sight distorting COVID-19 mortality statistics

Wilson Sy¹

Abstract

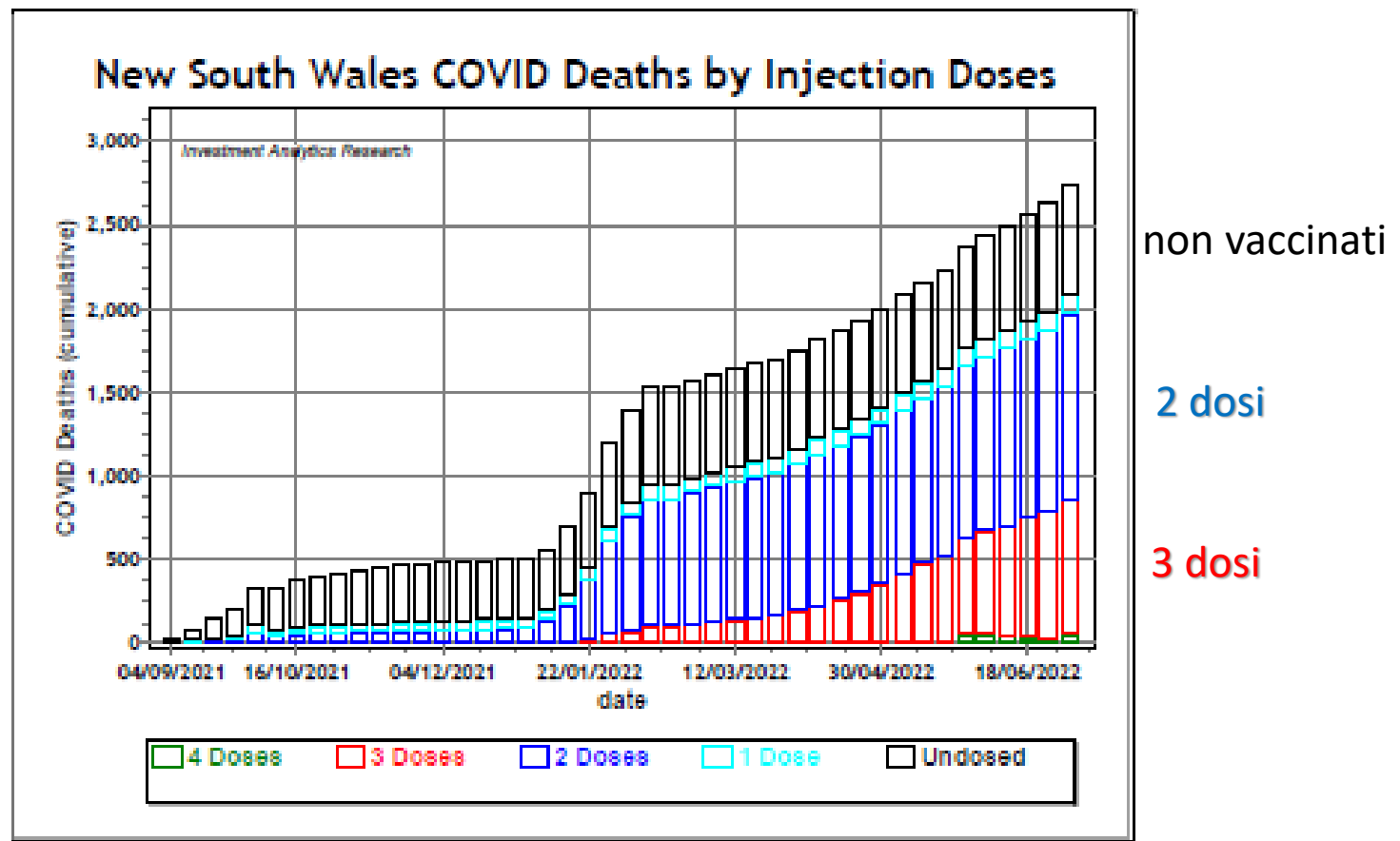
25 August 2022



Presidente di Wealth Securities Inc., broker di borsa leader nelle Filippine

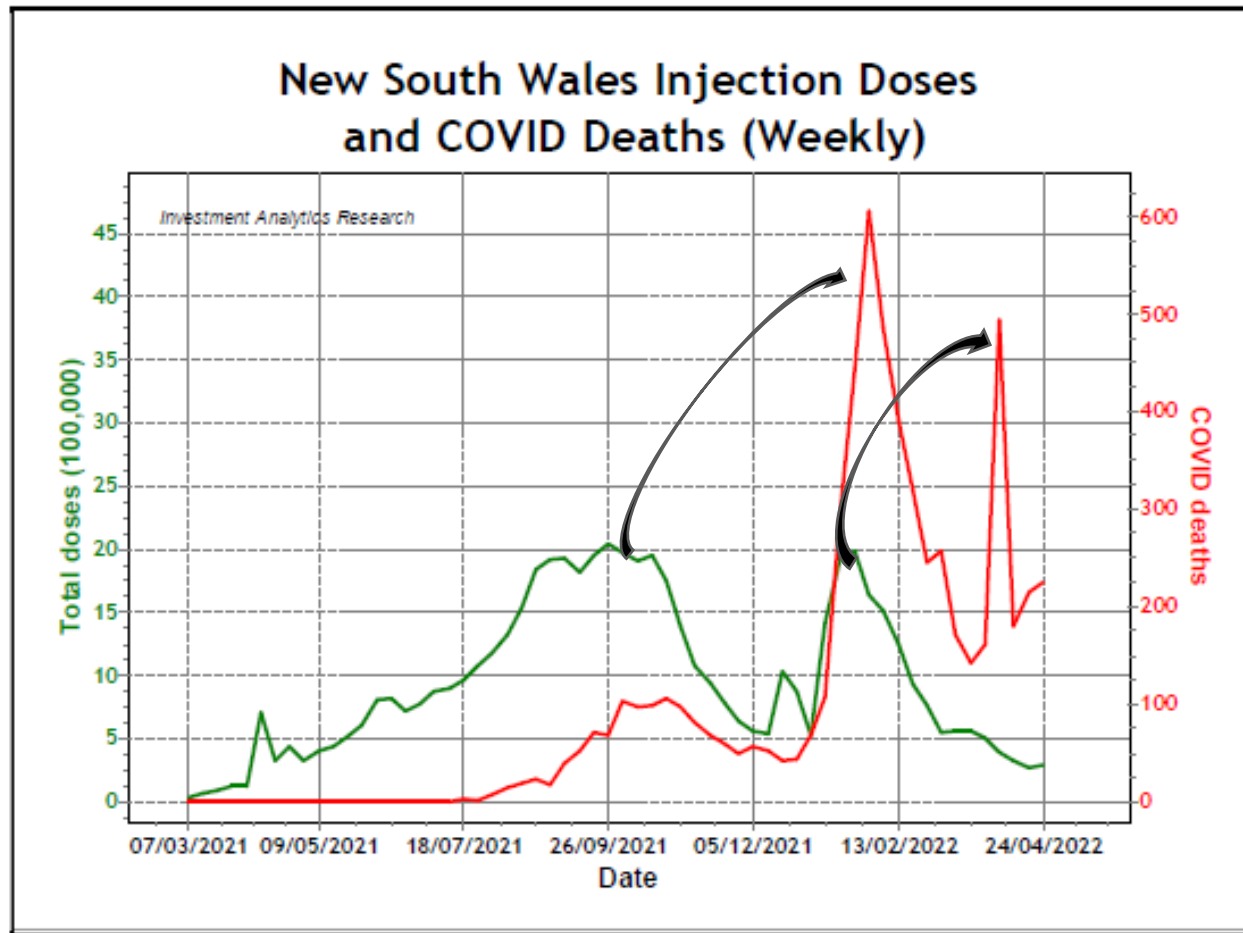
Despite widespread anecdotal and research evidence of severe disease and death closely associated with COVID-19 injections, their link to COVID mortality has been dismissed as rare and coincidental, because comprehensive statistical evidence has not been apparent in official mortality data. This paper solves this puzzle by identifying a systemic data flaw in the reporting convention which leads to misleading official reports obscuring the immediate fatal impact of COVID-19 injections, where “vaccine” deaths have been wrongly attributed to the “unvaccinated”.

Figure 3: NSW COVID Deaths by Injection Doses



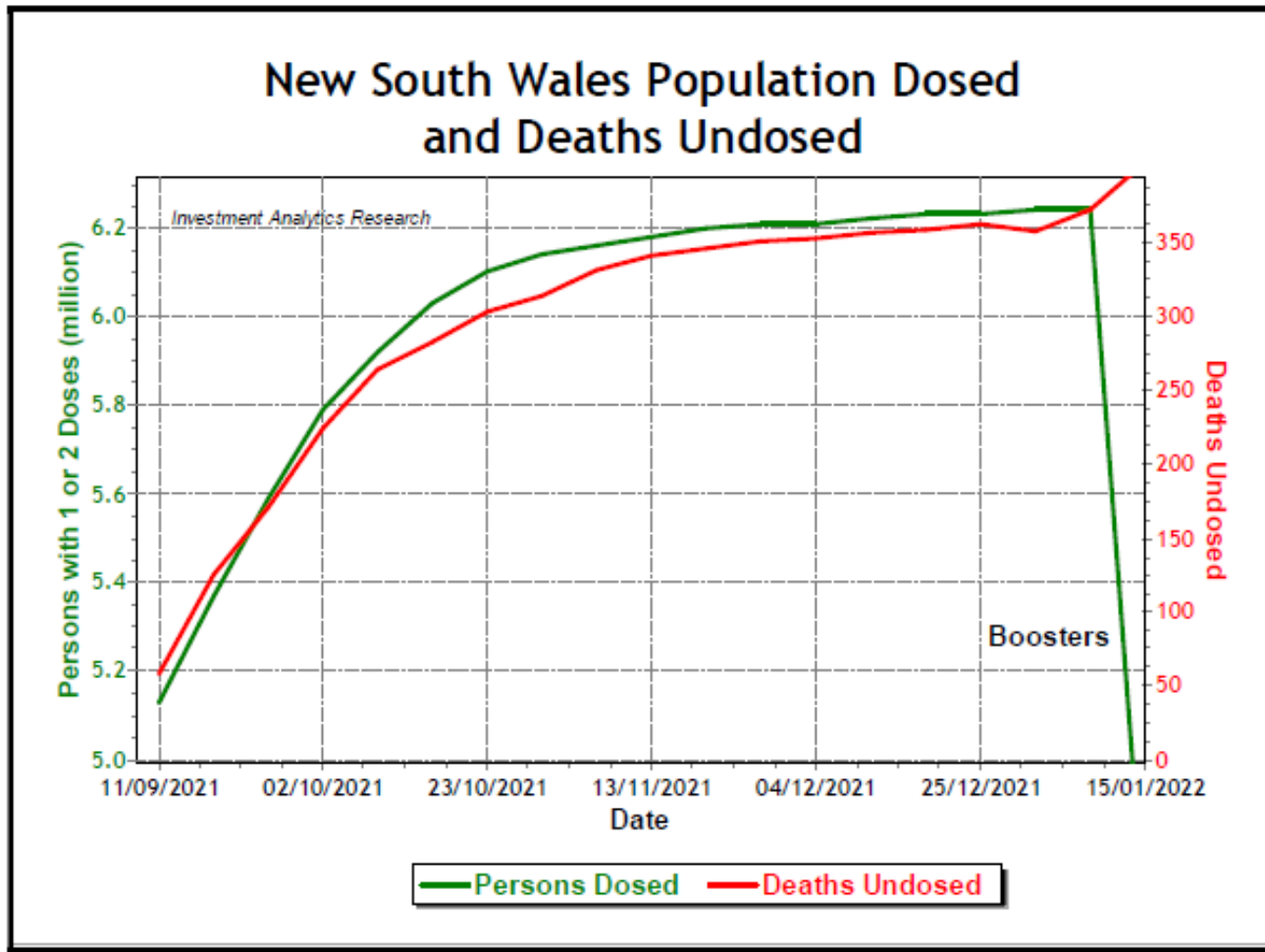
It is clear that even the altered official claims are false because COVID injections have been associated with manifold increases in severe illnesses and deaths. Somehow, an absurd blame has been put [6] on the “unvaccinated”, despite the fact that both their population and deaths (black bars in Figures 2 and 3) were quite constant in 2022, suggesting a steady death rate for the “unvaccinated”. In contrast, Figure 3 (blue and red bars) shows the rapid increase in deaths in 2022 came from the steady “vaccinated” population (see Figure 2).

Figure 4: NSW COVID Injection: Total Doses and Deaths



The injection peaks and troughs appear to lead COVID death peaks and troughs by one to four weeks. These obvious longer-term trends may have been missed by official reports which have a short-term focus on changes over days and weeks, with an abundance of confusing details. Nevertheless, the negative impact of COVID injection should still be visible in the short-term data, as we will show.

Figure 5: NSW One and Two-Dosed Population and Undosed New Deaths



high correlation between increased “vaccinated” population and increased “unvaccinated” deaths, suggests that “vaccinated” deaths have been wrongly attributed to the “unvaccinated”, due to the 21-day delay in the classification of “vaccination status” and the reclassification of the vaccinated as “no effective dose”. Therefore, people who died with one dose or even two doses have been classified as “unvaccinated”.

Table 3: NSW First Boosters: Weekly Changes in Population of 3 and 2 Doses and New Deaths

Date	Weekly change in population status		Weekly new death count		Weekly new excess deaths
	3 doses	2 doses	3 doses	2 doses	Australia
8 Jan 2022	-	6,538	0	45	380
15 Jan 2022	1,623,598	(1,616,367)	11	82	796
22 Jan 2022	472,948	(466,342)	11	138	927
29 Jan 2022	378,961	(373,529)	31	197	851
5 Feb 2022	379,659	(373,193)	19	129	819
12 Feb 2022	297,281	(290,964)	25	77	649

NB: i bidosati sono rimasti 5,5 volte meno di 1 mese prima, ma i morti/settimana sono ~gli stessi!

In Table 3, negative numbers are in brackets and the impact of boosters on the double-dosed population and their deaths are highlighted in yellow. Why should injecting boosters to some of the double-dosed population cause, or coincide with, the remaining double-dosed population dying?

**Figure 6: NSW Boosted Population (curva verde)
and New Deaths of Double-Dosed (curva rossa)**

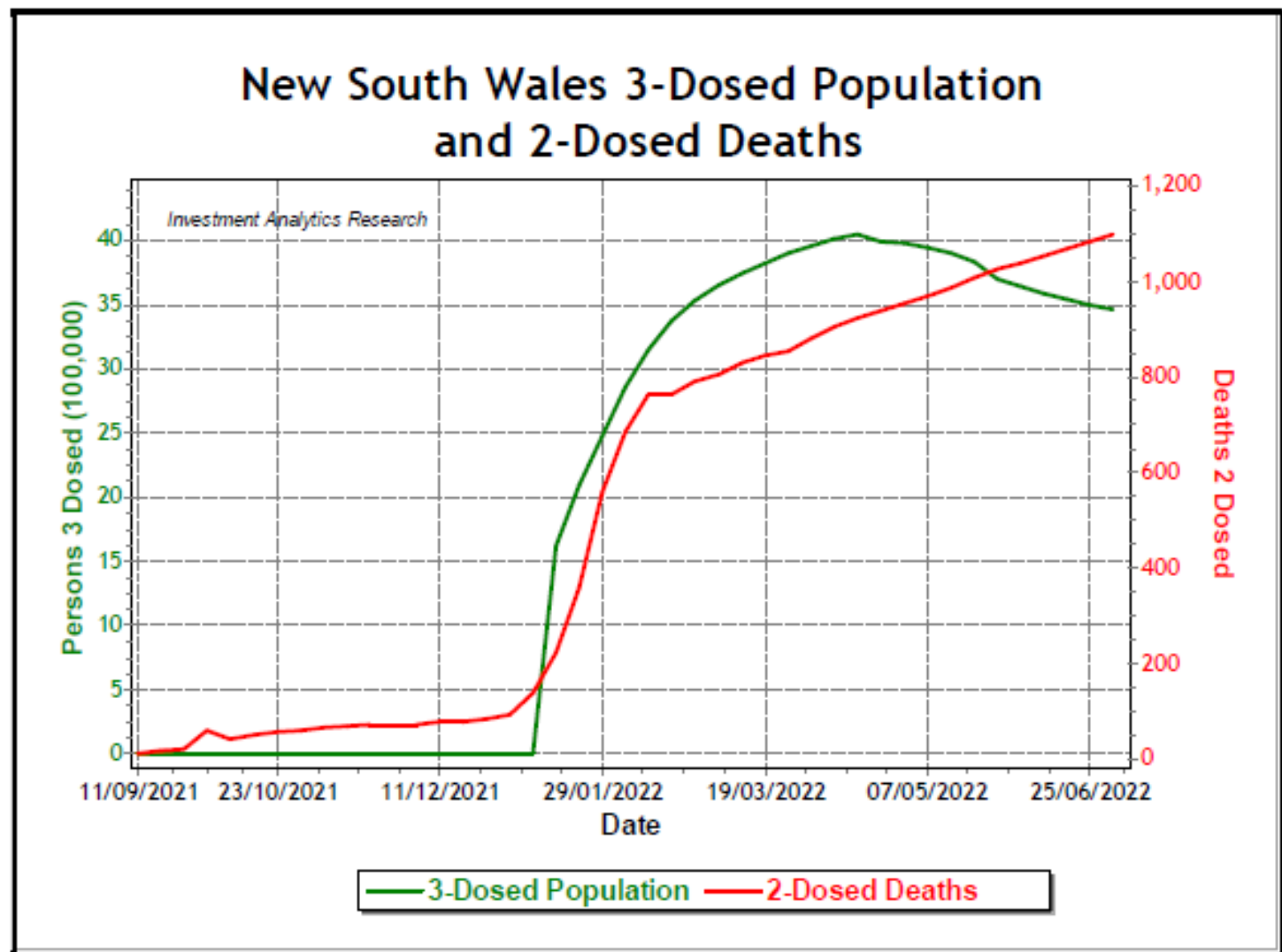


Table 4: NSW First Boosters: Weekly Changes in Population of 1 and 0 Doses and New Deaths

Date	Weekly change in population status		Weekly new death count	
	1 dose	0 doses	1 dose	0 doses
8 Jan 2022	(930)	(5,608)	0	14
15 Jan 2022	134	709,095	6	32
22 Jan 2022	985	(7,591)	5	45
29 Jan 2022	269	(5,701)	13	66
5 Feb 2022	(489)	(5,977)	3	34
12 Feb 2022	(498)	(5,819)	1	45

Again, in this period, the same pattern is observed: as the “unvaccinated” population declined (third column in aqua) due to persons leaving that cohort after injection, death rates rise for that cohort (last column) for no good apparent reason: why should some “unvaccinated” people getting injections be associated with the remaining people in that cohort suddenly dying?

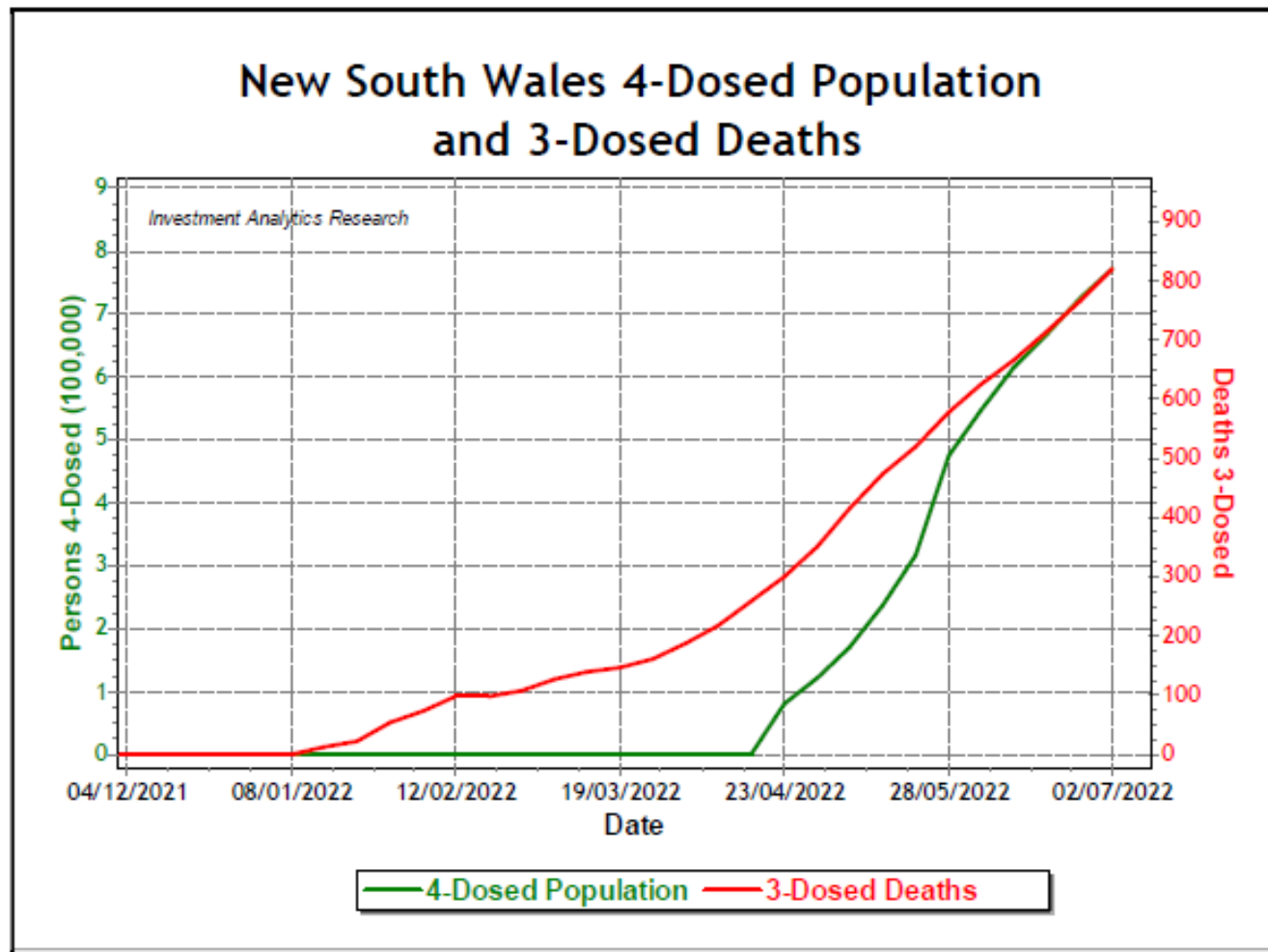
This same data anomaly of decreasing population accompanying by rising death rates continues for other cohorts in the rest of the dataset.

Table 5: NSW Second Boosters: Weekly Changes in Population of 2 to 4 Doses and New Deaths

Date	Weekly change in population status			Weekly new death count		
	4 doses	3 doses	2 doses	4 doses	3 doses	2 doses
23 Apr 2022	79,715	(56,119)	(20,444)	0	41	13
30 Apr 2022	41,721	(20,213)	(18,694)	0	53	15
7 May 2022	49,550	(27,953)	(18,589)	0	62	17
14 May 2022	66,167	(47,336)	(15,686)	0	58	16
21 May 2022	79,396	(62,008)	(14,486)	0	48	23
28 May 2022	159,707	(143,769)	(13,850)	50	58	17
4 Jun 2022	71,016	(54,685)	(13,829)	(6)	46	11
11 Jun 2022	68,556	(48,545)	(17,329)	(8)	42	16
18 Jun 2022	54,122	(47,791)	(3,619)	(7)	48	15
25 Jun 2022	57,482	(44,449)	(10,247)	(8)	51	16
2 Jul 2022	44,442	(32,321)	(9,882)	23	54	16

The phenomenon of decreasing population with increasing deaths is seen for 3-doses (yellow) and 2-doses populations (aqua). The rapidly increasing 4-doses population had few and even negative 4-doses deaths (likely data errors) in the same period, while the 3-doses deaths increased consistently and more rapidly as seen in Figure 7.

Figure 7: NSW Second Boosted Population 4 dosi (2° booster)
and New Deaths of First Boosted morti con 3 dosi



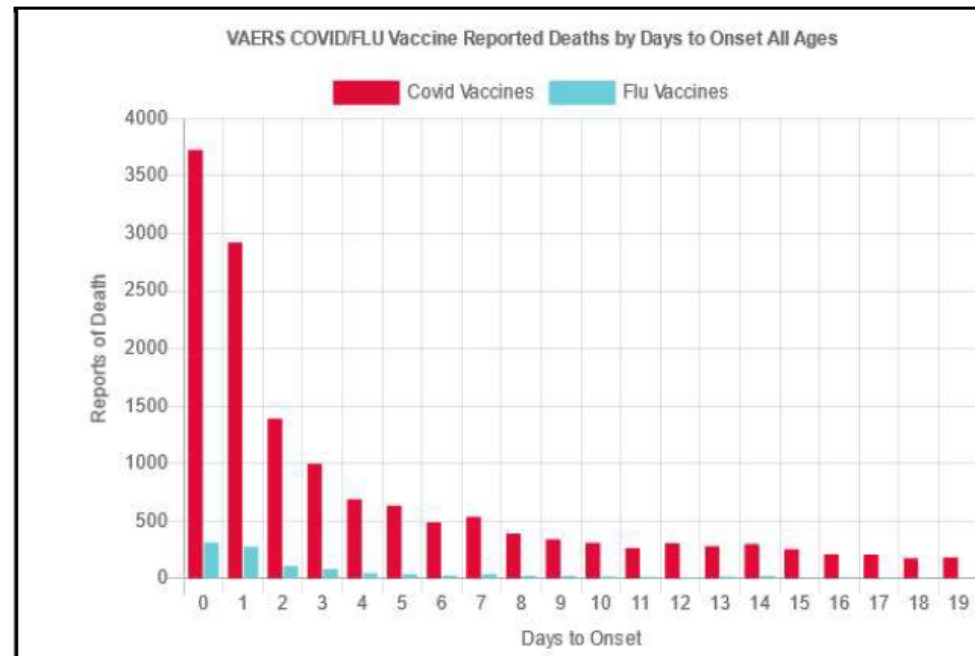
over various distinct periods, consistently shows a data anomaly which could be explained by flawed data due to the reporting convention on “vaccination status” which is systematically lagged by 14 days or 21 days for the undosed. Generally, the reporting convention erroneously inflates deaths of the “unvaccinated” and deflates the deaths of the “vaccinated”.

The data suggest that COVID injections have significant and immediate lethal impact consistent with the evidence of the OpenVAERS report cited in Figure 1. Significant numbers of deaths within 14-21 days after injections were reported not as caused by, or related, to the injections, but rather reported as COVID deaths of those who have not had those injections. The collected COVID data lead to two false and misleading conclusions:

- The new injections are safe associated with few deaths,
- The new injections are necessary, because of “waning” of previous injections with

“waning” is an illusion due to false reporting. That is, the causality may be just the opposite: COVID injections likely have caused many of the deaths which have been wrongly attributed to those without the injections. The extent to which the mortality statistics may be distorted

Figure 1: VAERS Reported Deaths by Days After Injection



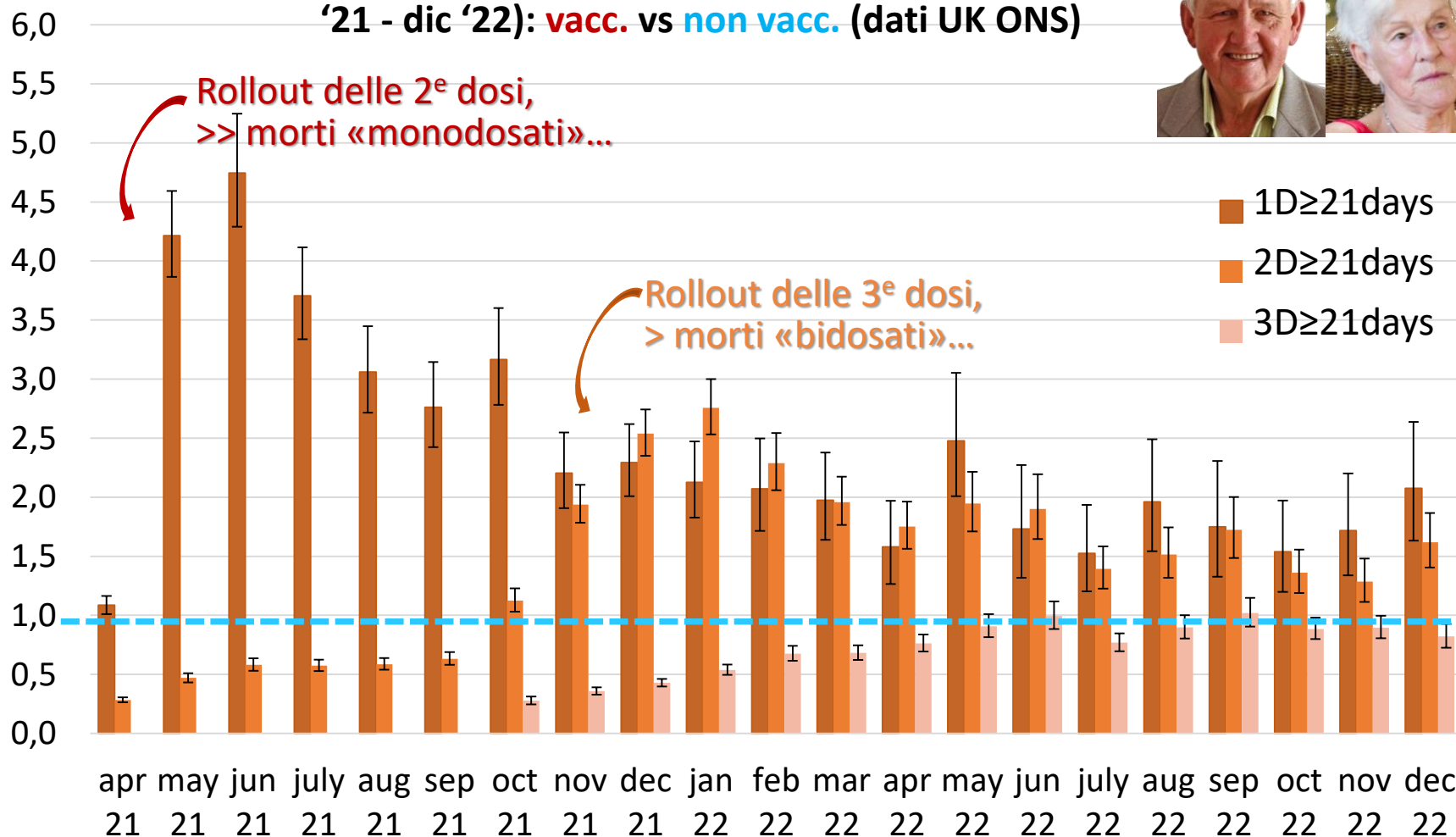
La mortalità è maggiore proprio nei giorni dopo la dose....



Gli effetti distorsivi spaventosi (finora non colti) della suddetta manipolazione spiegano anche l'andamento della mortalità nei dati Inglesi: un esempio a caso:

80-89 years

Inghilterra, RR mortalità tutte le cause (apr '21 - dic '22): **vacc.** vs **non vacc.** (dati UK ONS)



Research Article

*Journal of Clinical & Experimental Immunology***Australian COVID-19 pandemic: A Bradford Hill Analysis of Iatrogenic Excess Mortality**

Wilson Sy

Presidente Wealth
Securities Inc.***Corresponding author**
Wilson Sy, Australia

Submitted: 10 Mar 2023; Accepted: 15 Mar 2023; Published: 01 Apr 2023

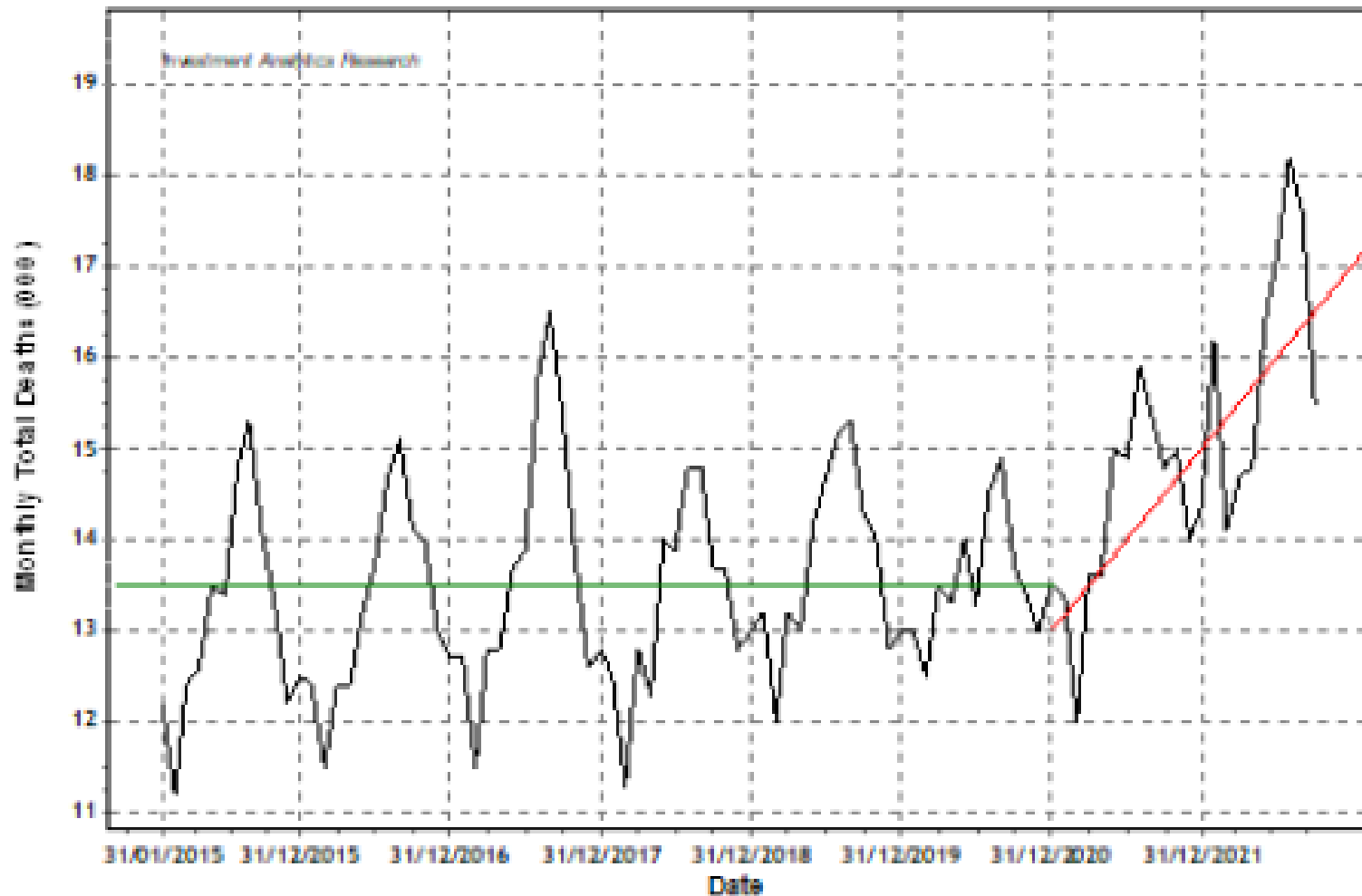
Citation: Sy, W. (2023). Australian COVID-19 pandemic: A Bradford Hill Analysis of Iatrogenic Excess Mortality. *J Clin Exp Immunol*, 8(2), 542-556.

I dati ufficiali Australiani non mostrano aumenti di mortalità nel 2020, implicando da una vecchia definizione WHO che non c'era stata alcuna pandemia COVID.

L'eccesso di mortalità è diventato significativo solo dal 2021, fortemente correlato (+74%) con vaccinazioni COVID di massa 5 mesi prima.

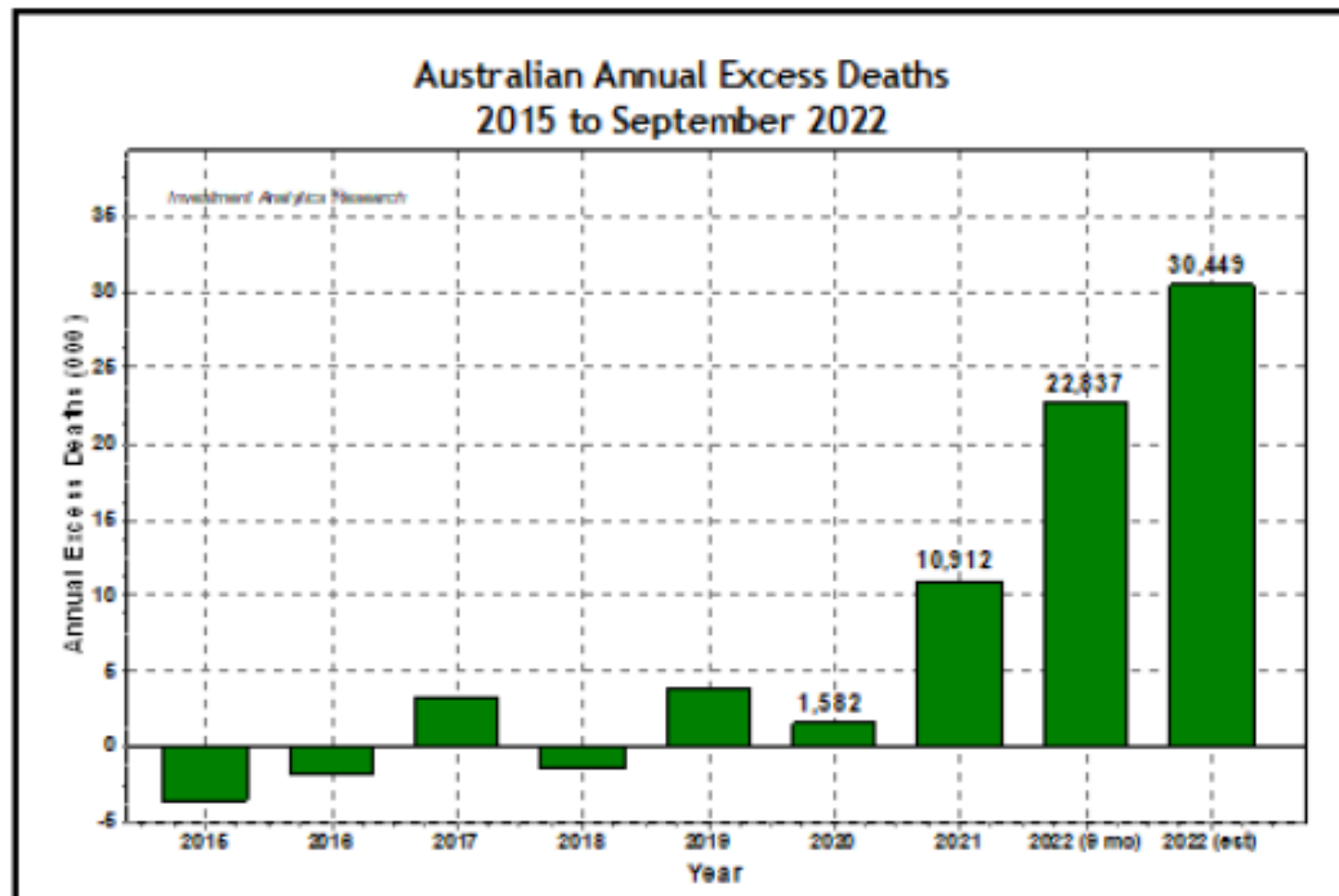
I **criteri principali di Bradford Hill** (**forza della correlazione, coerenza, specificità, temporalità, relazione dose-risposta**) sono **soddisfatti** dai dati, suggerendo **causalità** con le vaccinazioni COVID-19.

Australian Monthly All-Cause Mortality



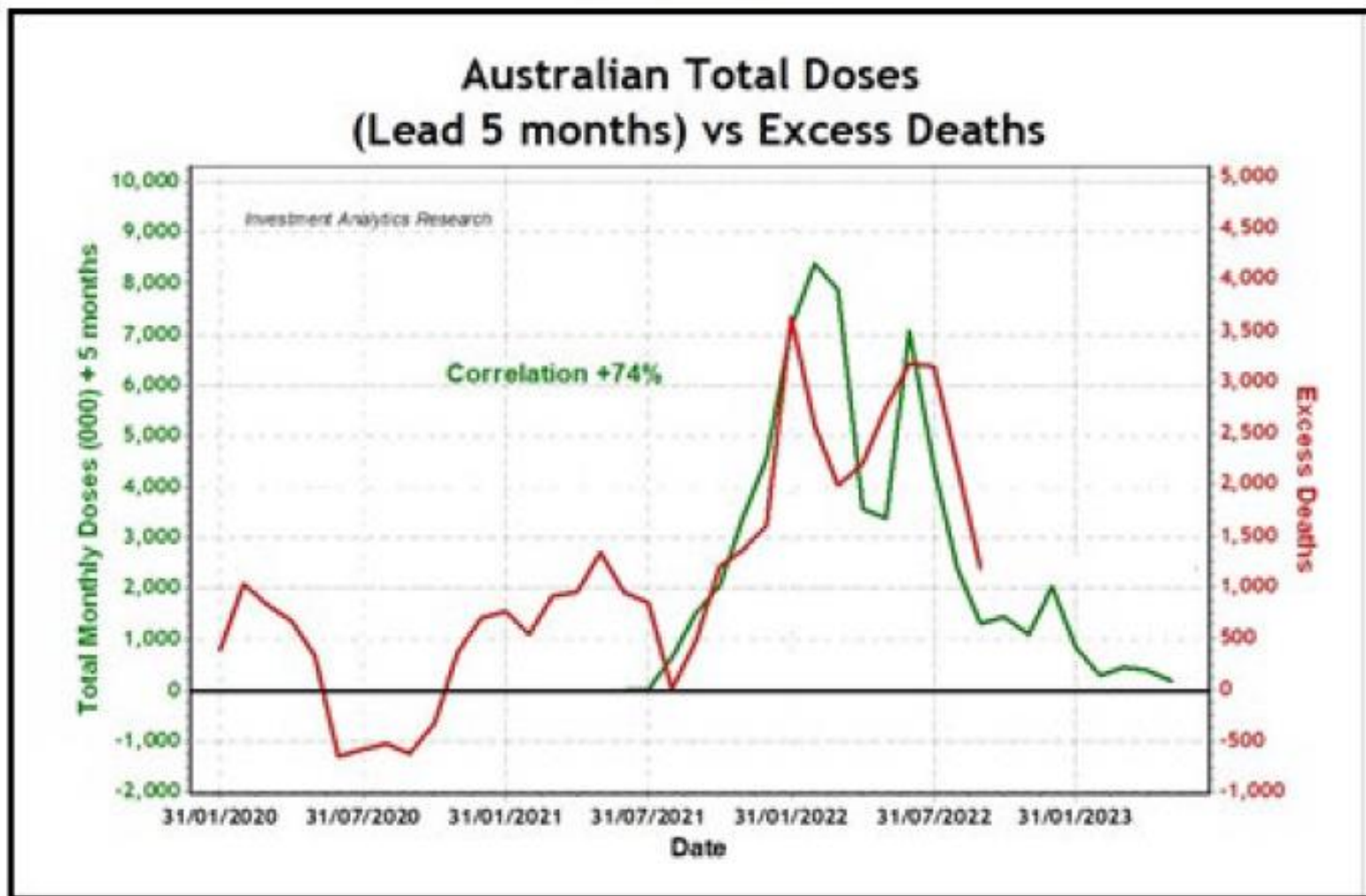
La **linea verde orizzontale** suggerisce che il 2020 è stato solo una continuazione del trend precedente, e che la fase pandemica è iniziata nel 2021 (**linea rossa**)

Figure 2



Clearly, dramatic rises in excess deaths have occurred since 2021, with the last bar (in Figure 2) being an annual estimate based on nine months of actual data. Relative to excess mortality in 2020, 2021 was nearly 7-fold and 2022 is already over 14-fold

Figure 8



Sy ipotizza
effetto com-
binato di una
possibile in-
fiammazione
fatale e un
effetto diffe-
rito di una
soppressione
immunitaria

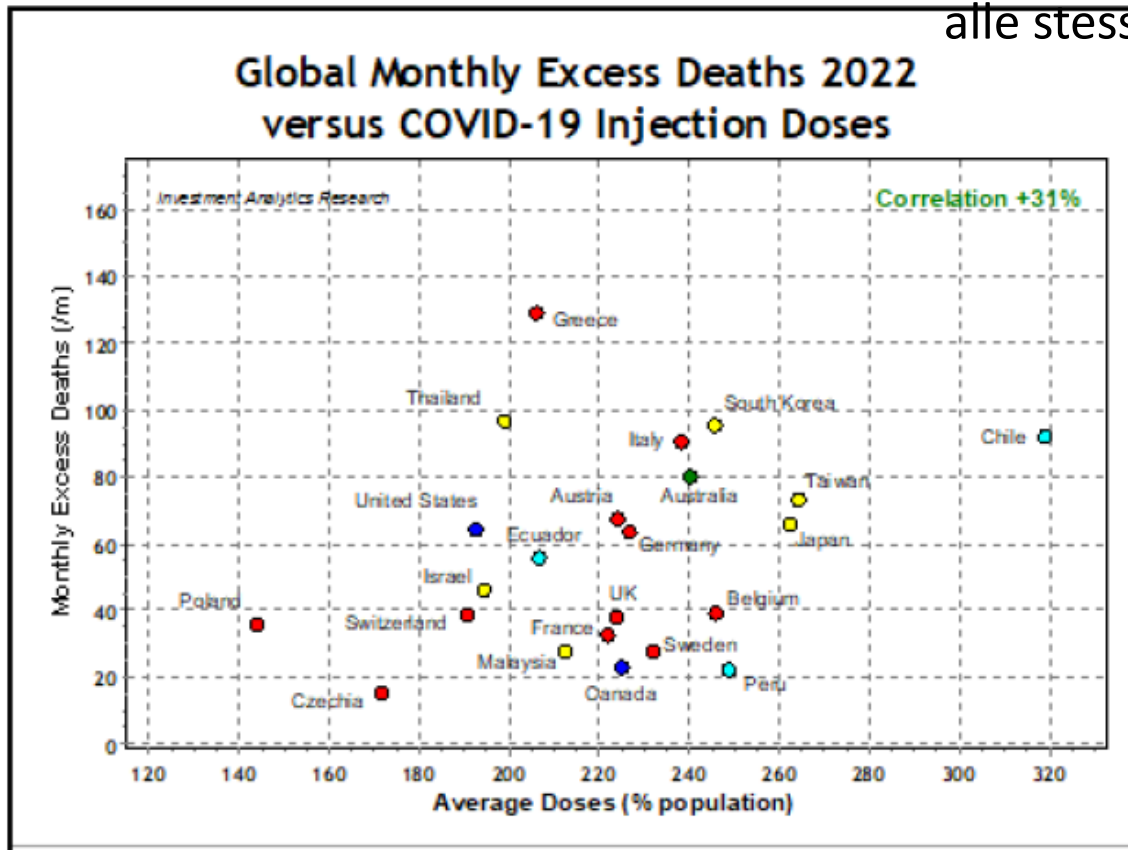
Se i dati relativi alle dosi totali mensili si spostano avanti di ~5 mesi, i due set di dati si sovrappongono bene, con la massima correlazione (+74%). [NB: a 4 mesi la correlazione sarebbe del 61%, a 6 mesi del 64%, dunque l'effetto delle iniezioni sulla mortalità totale spostato a 5 mesi è più forte rispetto ad altri spostamenti]

Lo spostamento avanti di 5 mesi soddisfa i primi **due punti** (criteri) **principali dei nove di Bradford Hill per stabilire una causalità:**

- 1) la **forza della correlazione** (+74%)
- 2) la **temporalità** (soddisfatta da uno spostamento regolare di 5 mesi dell'eccesso di mortalità)
- 3) terzo importante criterio: una prevedibile **relazione** monotonica **dose-risposta** (alte dosi → risposte più forti)
- 4) **coerenza/consistency**: si osservano simili associazioni altrove alle stesse condizioni



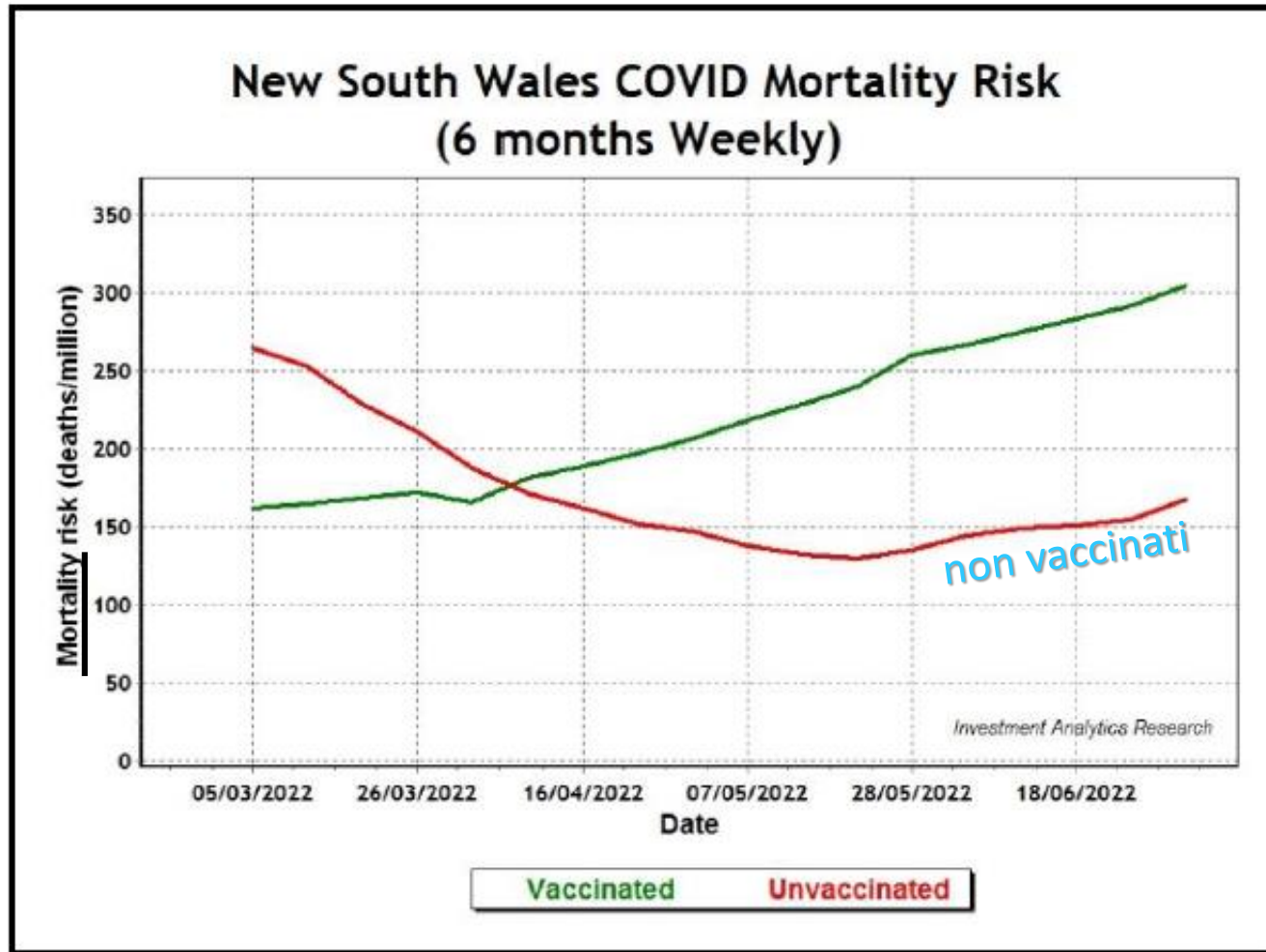
Epidemiologo UK (1897-1991)



Correlazione moderata:
+31%

5) la **specificità** (ci sono cause competitive per l'eccesso di mortalità con simile forza di associazione?). Non è un criterio necessario, ma se soddisfatto aiuta a trarre conclusioni sulla causa più probabile. Hill fa l'esempio di fumo e Ca polmone,

Figure 11



che ha anche molte altre cause, ma i fumatori hanno una significativa maggior incidenza di Ca polmonare.

Le autorità han fatto credere che l'eccesso di mortalità sia causato soprattutto dai non vaccinati, che in Australia sono solo il 2,5% degli adulti.

Come potrebbero spiegare la maggior parte dell'eccesso di mortalità??

Se si definiscono correttamente **non vaccinati** solo i **non/mai inoculati**, a giugno 2022 questi avevano **metà del rischio di morte** dei **vaccinati** (inoculati **con 1 o + dosi**).

6) la **coerenza**: l'ipotesi di un'origine iatrogena dell'eccesso di mortalità che segue a ~5 mesi le iniezioni di vaccino non contraddice alcuna ricerca valida (RCT) sulla sicurezza dei vaccini. Ad es. il RCT registrativo Pfizer è durato meno di 3 mesi (e con l'extension in aperto a ~6 mesi i vaccinati hanno avuto 21 morti vs 17 con placebo...)

7) la **plausibilità biologica**: una quantità di ricerche ha documentato la **tossicità della spike anche vaccinale**, in grado di produrre infiammazione in molti organi, fino alla morte. Si pensi anche alle teorie sulla soppressione **immunitaria** da **ADE**, allo **spostamento di anticorpi** da IgG3 a **IgG4 non neutralizzanti**, che impiegano qualche mese dopo la 2^a dose per raggiungere quantità immunosoppressive sufficienti.

8) **Prove sperimentali**: di laboratorio (in vitro) o cliniche (in vivo) che supportino la relazione tra causa ed effetto. Nelle autopsie l'assenza di nucleocapside virale e di IgG/IgM associate può indicare l'origine vaccinale della spike. In effetti ciò ha ampiamente confutato la spiegazione che il Long-COVID sia causa di quelle morti.

9) **Analogia**: con la «*pandemia*» *Suina* del 2009, che però non è mai diventata una *pandemia iatrogena*, e si è estinta da sé come forma più lieve di influenza stagionale. Una differenza importante è stata che **nel 2009 la produzione di vaccini e la loro inoculazione nella popolazione non è stata abbastanza veloce o diffusa**, e l'infezione da *Influenza Suina* si è estinta da sola.

La *preparazione pandemica* dei governi (con lockdown scientificamente ingiustificati, ecc.) può aver contribuito a prolungare il periodo di infezione.

Es. di grave sottosegnalazione/sottovalutazione di reazioni avverse

MENU | CERCA

la Repubblica

ABBONATI

GEDÌ SMILE



ACCEDI



Giorgio Palù: "Adesso basta con i falsi allarmi, i vaccini sono sicuri e l'Aifa vigila"

https://www.repubblica.it/cronaca/2021/03/14/news/giorgio_palu_adesso_basta_con_i_falsi_allarmi_i_vaccini_sono_sicuri_e_l_aifa_vigila_-301053180/

COVID-19 vaccination effectiveness and safety in vulnerable populations: a meta-analysis of 33 observational studies

Hui-Jun Li^{1†}, Qi-Chao Yang^{2†}, Yang-Yang Yao¹,

Frontiers Pharmacol, 23 June 2023
DOI 10.3389/fphar.2023.1144824

Risposte umorali e cellulari a vaccinazione minori nei vulnerabili, e tendenza a più reazioni avverse.

Reazioni avverse	OR	Int. Conf. 95%
Febbre	2,5	0,1 – 61
Brividi	2,0	0,1 – 54
Dolorabilità	2,7	0,5 - 15
Mialgia	10,3	0,6 - 191
Dolore sito d'iniezione	17,8	0,3 - 989
Fatica	22,9	0,5 – 1.164
Mal di testa	53,6	3,2 – 893

Association of SARS-CoV-2 Vaccination or Infection With Bell Palsy A Systematic Review and Meta-analysis

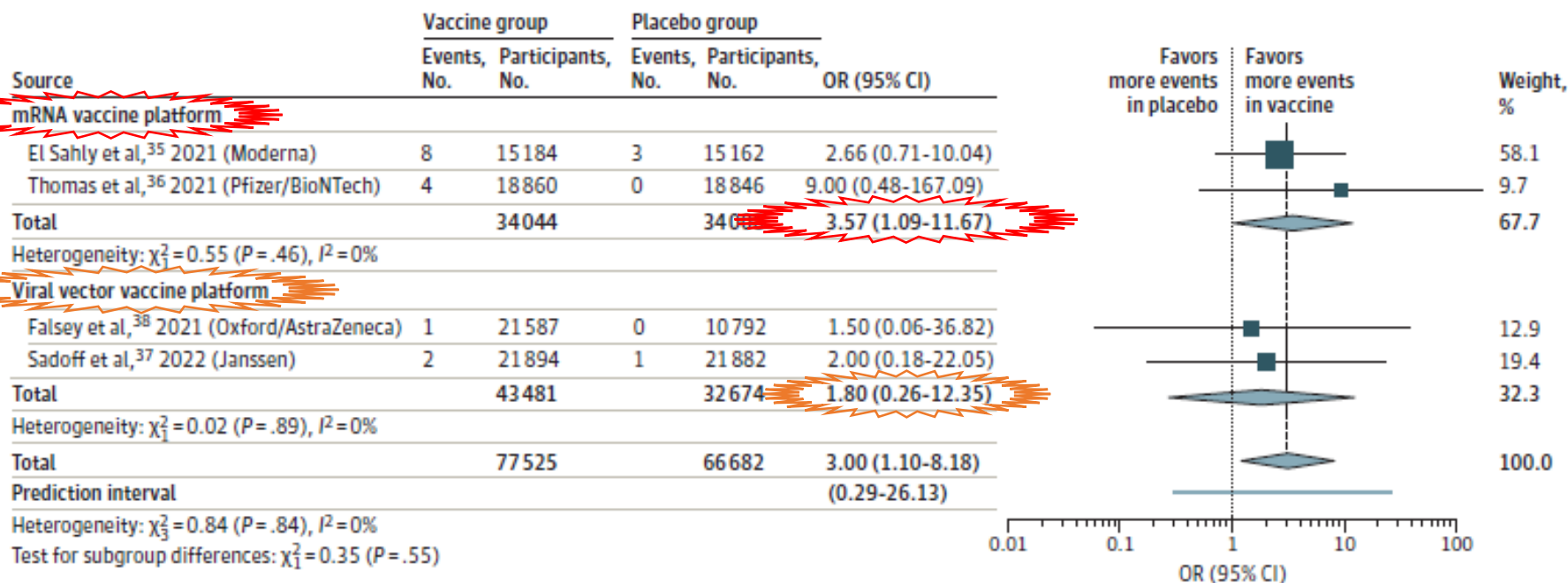
Ali Rafati, MD, MPH; Yeganeh Pasebani, MD; Melika Jameie, MD; Yuchen Yang, BS; Mana Jameie, MD; Mobina Amanollahi, MD; Delaram Sakhaei, MD; Mehran Rahimlou, PhD; Amir Kheradmand, MD

NB: vacc. antinfluenzale
è pure a rischio
(e anche COVID...)

[+ Supplemental content](#)

IMPORTANCE Bell palsy (BP) has been reported as an adverse event following the SARS-CoV-2 vaccination, but neither a causative relationship nor a higher prevalence than in the general

Figure 1. Bell Palsy Events in Groups of Vaccine Recipients vs Saline Placebo Recipients, With Data From Randomized Clinical Trials





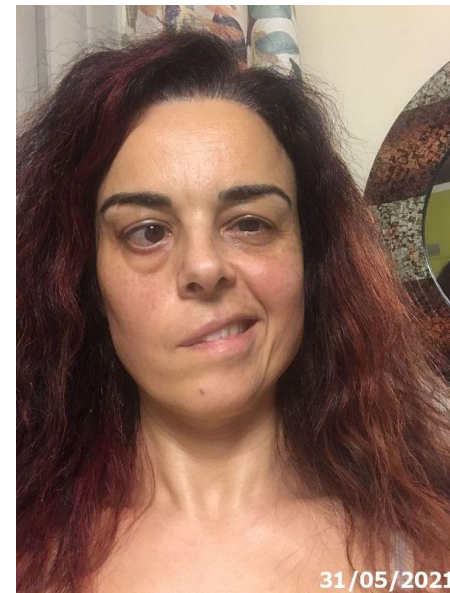
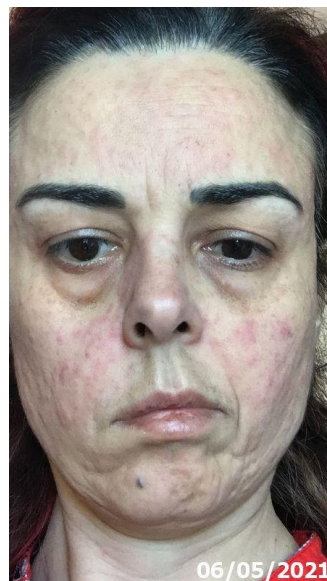
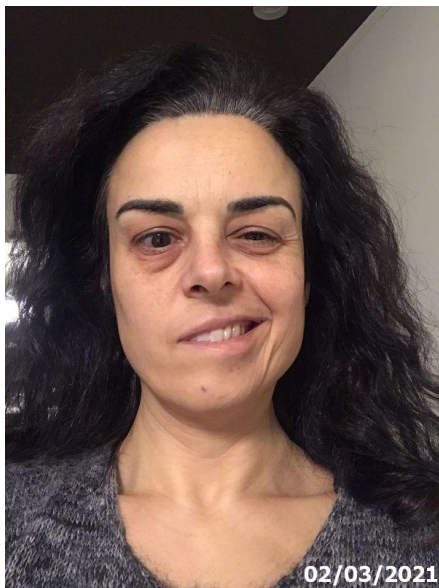
14-7-2019



20-8-2019



26-9-2019



Comparison of Medical and Mental Health Sequelae Following Hospitalization for COVID-19, Influenza, and Sepsis

Kieran L. Quinn, MD, PhD; Thérèse A. Stukel, PhD; Anjie Huang, MSc; Husam Abdel-Qadir, MD, PhD; Azmina Altaf, MSc; Chaim M. Bell, MD, PhD; Angela M. Cheung, MD, PhD; Allan S. Detsky, MD, PhD; Susie Goulding; Margaret Herridge, MD, MSc, MPH; Noah Ivers, MD, PhD; Lauren Lapointe-Shaw, MD, PhD; John Lapp, MPH; Candace D. McNaughton, MD, PhD, MPH; Afsaneh Raissi, BSc; Laura C. Rosella, PhD; Nahrain Warda, MSc; Fahad Razak, MD, MSc; Amol A. Verma, MD, MPhil

IMPORTANCE People who survive hospitalization for COVID-19 are at risk for developing new cardiovascular, neurological, mental health, and inflammatory autoimmune conditions. It is unclear how posthospitalization risks for COVID-19 compare with those for other serious infectious illnesses.

OBJECTIVE To compare risks of incident cardiovascular, neurological, and mental health conditions and rheumatoid arthritis in 1 year following COVID-19 hospitalization against 3 comparator groups: prepandemic hospitalization for influenza and hospitalization for sepsis before and during the COVID-19 pandemic.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this cohort study, apart from an elevated risk of venous thromboembolism within 1 year, the burden of postacute medical and mental health conditions among those who survived hospitalization for COVID-19 was comparable with other acute infectious illnesses. This suggests that many of the postacute consequences of COVID-19 may be related to the severity of infectious illness necessitating hospitalization rather than being direct consequences of infection with SARS-CoV-2.

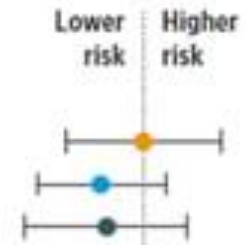
[+ Supplemental content](#)



v. Commento
di Perry Wilson
su Medscape

Selected Outcomes

Outcome	Hazard ratio (95% CI)
<u>Acute myocardial infarction</u>	
COVID-19 vs historical influenza	1.00 (0.48-2.06)
COVID-19 vs historical sepsis	0.67 (0.37-1.24)
COVID-19 vs contemporary sepsis	0.71 (0.33-1.51)



<u>Stroke</u>	
COVID-19 vs historical influenza	0.86 (0.73-1.01)
COVID-19 vs historical sepsis	0.90 (0.80-1.00)
COVID-19 vs contemporary sepsis	1.00 (0.87-1.14)



<u>Depression/anxiety</u>	
COVID-19 vs historical influenza	0.94 (0.84-1.06)
COVID-19 vs historical sepsis	0.84 (0.78-0.92)
COVID-19 vs contemporary sepsis	1.09 (0.97-1.21)



<u>Dementia</u>	
COVID-19 vs historical influenza	0.95 (0.79-1.14)
COVID-19 vs historical sepsis	0.84 (0.74-0.96)
COVID-19 vs contemporary sepsis	0.96 (0.82-1.11)

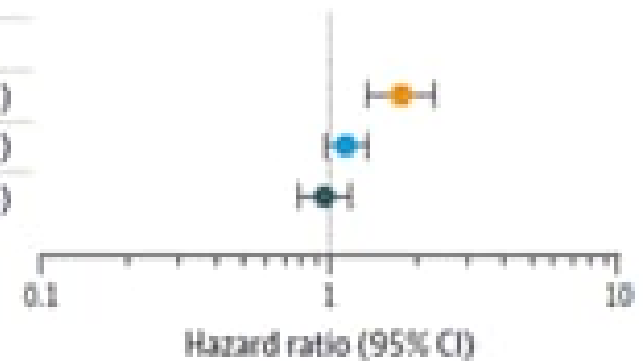


(dopo bilanciamento con *propensity score*...) in pratica non c'è differenza tra chi è sopravvissuto a un ricovero per COVID-19 e chi alle altre condizioni!

... salvo che per tromboembolismo venoso, dove i dimessi COVID vanno peggio

Venous thromboembolism

COVID-19 vs historical influenza	1.77 (1.36-2.31)
COVID-19 vs historical sepsis	1.14 (0.97-1.35)
COVID-19 vs contemporary sepsis	0.96 (0.78-1.18)

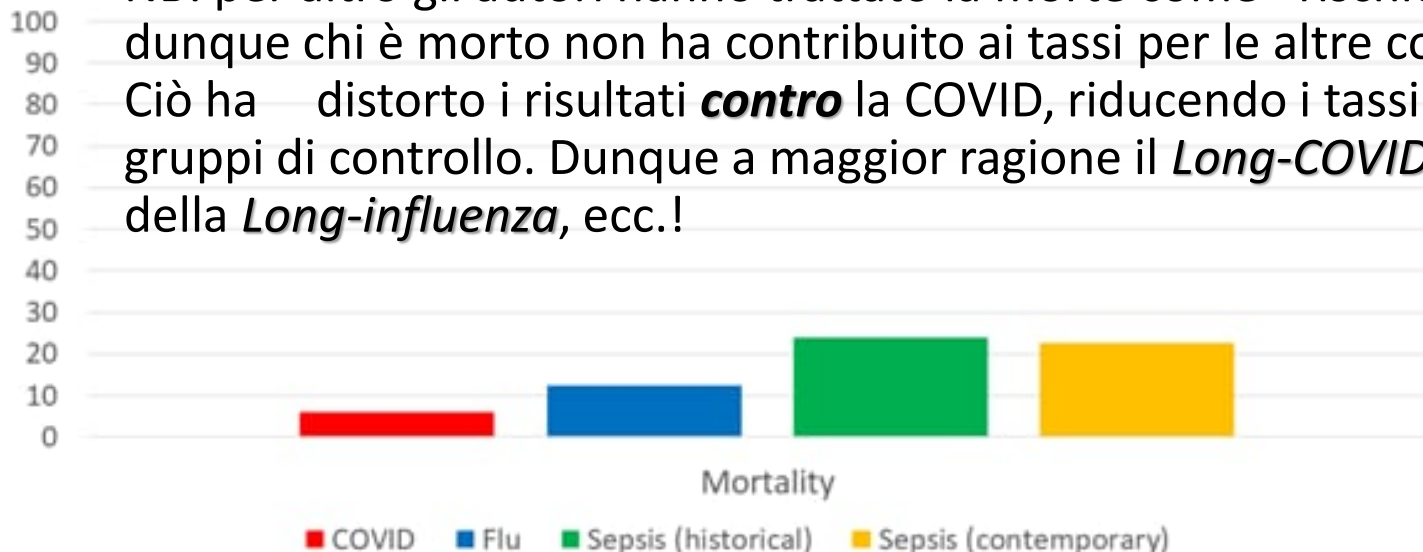


Post-discharge 1-Year Mortality (Unadjusted)

... invece la mortalità a un anno da COVID è molto minore (anche perché + giovani)

NB: per altro gli autori hanno trattato la morte come «rischio competitivo», dunque chi è morto non ha contribuito ai tassi per le altre condizioni.

Ciò ha distorto i risultati **contro** la COVID, riducendo i tassi degli eventi nei gruppi di controllo. Dunque a maggior ragione il **Long-COVID** NON è peggio della **Long-influenza**, ecc.!





Long Covid. Oms: “In Europa lo hanno sperimentato quasi 36 milioni di persone”

“Se non si svilupperanno una diagnostica e un trattamento specifici per il Long Covid non ci riprenderemo mai veramente dalla pandemia”. Lo sottolinea oggi il DG di Oms Europa rimarcando che il Covid pur non essendo più un'emergenza di sanità pubblica globale causa ancora poco meno di 1.000 morti a settimana nella Regione Europea. QS 27 GIU -

Lo ha detto oggi il Direttore generale di OMS Europa Hans Henri P. Kluge.

Per questo l'Oms sta incoraggiando ulteriori ricerche e nello stesso tempo continua a **sollecitare il proseguimento delle vaccinazioni perché**, conclude Kluge, **“il modo migliore per evitare il Long Covid è evitare il contagio”**.

E la **priorità resta quella di vaccinare le popolazioni vulnerabili**, gli **anziani**, le persone **con condizioni mediche** di base e gli **immunocompromessi** per i quali Oms Europa chiede di garantire almeno il 70% di copertura vaccinale, **comprese le dosi di richiamo primarie e aggiuntive**

Proposta. Per evitare che il DG OMS Europa continui *all'oscuro di tutto*, bisogna informarlo con urgenza che:

- 1) sulla specificità e gravità del Long-COVID ha informazioni inaccurate e obsolete
- 2) oggi ci sono terapie promettenti per sintomi da Long-COVID (v. Levo-arginina)
- 3) deve piantarla di usare ogni pretesto per spingere a vaccinarsi, perché ormai è provato che le vaccinazioni non «evitano il contagio», ma **anzi «nel tempo favoriscono i contagi!»**