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

Allineare Sanità & Salute
Fondazione

Dichiarazione

Già Direttore del Servizio Educazione all'Appropriatezza e Medicina basata sulle Prove - ex ASL di Milano (e già memb[illegible] CSS)

Da pensionato lavoro a titolo gratuito in sede pu[illegible] l'affitto) e non ho conflitti d'interessi d[illegible]

Come membro della Fond[illegible] *e Salute* dichiaro che la Fondazio[illegible]ontario e gratuito di Consi[illegible]scientifico e autori delle pubblicazioni. E[illegible]

no[illegible]senta conflitto, ma **allineamento** con gli interessi del SSN e della Salute della comunità dei cittadini.

La ripropongo a ogni presentazione, e penso che chi parla a un pubblico dovrebbe fare altrettanto

Alberto Donzelli – Presidente e Coordinatore
Comitato scientifico della Fondazione
www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Premessa dei componenti della CMSi

Gli scriventi fanno riferimento al metodo scientifico e alla medicina basata sulle prove, e **non intendono rinunciare a discutere nel merito di questi specifici vaccini e delle strategie vaccinali finora adottate**, come si considera normale poter fare con qualsiasi altro farmaco.

Sottopongono pertanto le proprie conoscenze e valutazioni in tema di vaccinazione antiCovid anzitutto ai colleghi medici e ai decisori in sanità pubblica, cui si è da tempo richiesto un confronto, aperti recepire correttivi e critiche basate su prove più valide.

E fanno anche riferimento all'art. 4 del Codice di Deontologia:
«… Il medico ispira la propria pratica professionale alle più aggiornate conoscenze scientifiche e rispetta l'autonomia e la dignità della persona **senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura**».

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, una **Commissione Medico-Scientifica** (**CMS**) indipendente, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle,

ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico** che possa affrontare con priorità i seguenti temi:

1) Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMoMo, Eurostat, Istat). Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Implicazioni.

2) Vaccini anti-Sars-CoV-2 e (labile) prevenzione dell'infezione. Implicazioni

3) Bilancio danni/benefici della vaccinazione pediatrica, per i singoli e la comunità

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (*perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti*)

5) Sorveglianza attiva vs sorveglianza passiva, che sottostima le reazioni avverse in misura enorme rispetto a quanto si pensa. Implicazioni.

[6) garanzie da trasmissione di tampone antigenico vs vaccinazione (2 dosi)]

I prodotti o principi attivi oggetto di questa presentazione, ampliano il ventaglio di cure disponibili per la COVID-19, anche a domicilio, **sempre di intesa con il curante**.

Sono stati scelti e inseriti con questi criteri di massima:

- prodotti o principi attivi di efficacia molto promettente, in base a studi randomizzati controllati (RCT) favorevoli e di discreta/sufficiente validità, integrati da studi osservazionali coerenti.

Anche dove le prove non siano definitive, curanti e assistiti informati li possono considerare a condizione che, insieme, siano anche:

- sicuri (primum non nocere!)
- biologicamente plausibili
- economici (con un costo-opportunità molto favorevole)
- accessibili (o che possano rapidamente diventarlo)
- senza megasponsor commerciali né ricercatori con grandi COI

Ciò non esaurisce certo il numero di terapie efficaci contro la Covid-19 (incluse terapie approvate o in corso di approvazione), che tuttavia al momento non rispondono a una o più delle condizioni-filtro qui utilizzate.

Sostanze anti-Covid sicure e poco costose: riduzione mortalità (solo RCT)

Sostanza (usata in RCT)	**Pazienti**	**< Mortalità** e **RR**		**RCT**
Iodopovidone (ogni 4 ore: gocce/occhio, 4/narice, sciac-qui/gargarismi 1' e sputare)	2/303 vs 17/303	**88%**	0,12 [0,03-0,50]	• Choudhury, 2021 (NB: l'ha usato all'1% in acqua. Se in commercio è al 10%, va diluito 10 volte)
Nigella sativa (Cumino nero) (0,5 gx2 olio, o ~2-5 g al dì x 14 gg)	2/317 vs 25/415	**87%**	0,13 [0,04-0,49]	• Ashraf, 2020 • Al-Haidari, 2021
Melatonina (3x2 o 3x3 o 10 mg al dì x 14 gg)	26/550 vs 69/1.100	**79%**	0,21 [0,08-0,56]	• Ramlall, 2020 • Sanchez-Gonzalez, 2021 • Mousavi, 2021 • Hasan, 2021
Curcumina + piperina (525x2 + 2,5 mg piperina 14 gg)	7/217 vs 29/217	**70%**	0,30 [0,14-0,64]	• Pawar, 2021 • Sankhe, 2021 • Valizadeh, 2020 • Tahmasebi, 2021
Ivermectina (0,2 mg/kg x alcuni gg)	40/1848 vs 68/1869	32%	0,68 [0,46-0,99]	• Mahmud, 2020 • Ravikirti, 2021 • Lopez-Medina, 2021 • Vallejos, 2021 • TOGHETER, 2021 • Hashim, 2020 • Okumus, 2021 • Shahbaznejad, 2021 • Gonzalez, 2021 • Abd-Elsalam, 2021 • Malaysia, 2021
Fluvoxamina (100 mg x 2 x 10 gg)	17/741 vs 25/756	32% n.s.*	0,68 [0,36-1,27]	• Reis, 2021 • Lenze, 2020
Quercetina (Fitosoma) (500 mg x 2 fino a 30 gg)	1/146 vs 10/477	46% n.s.	0,54 [0,12-2,40]	• Di Pierro, 2021 • Di Pierro, 2021 • Onal, 2021
Budesonide (800 mcg x 2 x 14 gg)	6/787 vs 10/799	39% n.s.	0,61 [0,22-1,67]	• Yu, 2021

* è il beneficio nell'analisi *intention-to-treat*. Quello nell'analisi *per-protocol* è parso molto migliore.

(→ c19early.com)

Per completezza anche:

indometacina (75-150 mg/die, a confronto con paracetamolo, + terapia standard base per tutti i partecipanti, comprensiva anche di ivermectina, in ricoverati Covid-19 lieve e moderato)

iota-carragenano (spray nasale 3 volte al dì, profilassi pre-esposizione),

entrambi sostenuti da un RCT con risultati convincenti, sicuri (sia iota-carragenano, sia indometacina 75-150 mg al dì, e per il breve periodo di utilizzo), economici, senza conflitti di interessi dei principali ricercatori. In entrambi i casi, però, non vi è stata riduzione di mortalità, perché non si sono verificati decessi in questi RCT.

A. Donzelli, dicembre '21

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI per la gestione domiciliare di COVID-19 Vers. 4 – Agg. 14/12/2021	
FARMACI SINTOMATICI	
Terapia sintomatica	**Paracetamolo o FANS** possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.

Farmaci contro Covid-19 nelle prime fasi: quali sarebbe meglio evitare?

20 novembre 2021

2° Seminario scientifico del Ciclo

"Proposte strategiche e operative di contrasto alla pandemia da Covid-19"

Perché no al paracetamolo

https://youtu.be/MH6M-PKUf-o

Perché insisto a far riferimento anche e sempre alla mortalità totale?

Perché:

1) È meno soggetta a errori di codifica e/o manipolazioni rispetto alla mortalità specifica (specie «da Covid-19»)

2) È quanto conta di più per la gente, se è aiutata a riflettere: vuole continuare a Vivere (in salute), non «morire di qualunque cosa, purché non da Covid…»!

3) Consente di razionalizzare e dimensionare rischi e timori. Es.: ogni giorno (senza pandemia) muoiono quasi 1800 italiani, ~250 per fumo, ~240 da sedentarietà, ~190 per inquinamento dell'aria, oltre 300 per mancato consumo di cereali integrali…)

Summary Basis for Regulatory Action

Date:	11/8/2021
From:	Ramachandra Naik, PhD, Review Committee Chair, DVRPA/OVRR (Biologo nella Divisione Vaccini FDA)
BLA STN:	125742/0
Applicant:	BioNTech Manufacturing GmbH (in partnership with Pfizer, Inc.)
Submission Receipt Date:	May 18, 2021
PDUFA Action Due Date:	January 16, 2022
Proper Name:	COVID-19 Vaccine, mRNA
Proprietary Name:	COMIRNATY
Indication:	Active immunization to prevent coronavirus disease 2019 (COVID-19) caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in individuals 16 years of age and older

Recommended Action: The Review Committee recommends approval of this product.

E la rottura del doppio cieco a 3 mesi è stata gravissima!

Prof. Duca, Med. Stat. and Biometrics, Milan University

L'affermazione (*non considerati correlati*) è molto discutibile, perché la randomizzazione dovrebbe assicurare la miglior confrontabilità tra i gruppi in studio e il controllo dei fattori di confondimento, e perciò far definire la relazione causale tra trattamenti ed effetti osservati

Pag.23

From Dose 1 through the March 13, 2021 data cutoff date, there were a total of 38 deaths, 21 in the COMIRNATY group and 17 in the placebo group. None of the deaths were considered related to vaccination.

1) Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Andamenti mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMOMO). Implicazioni

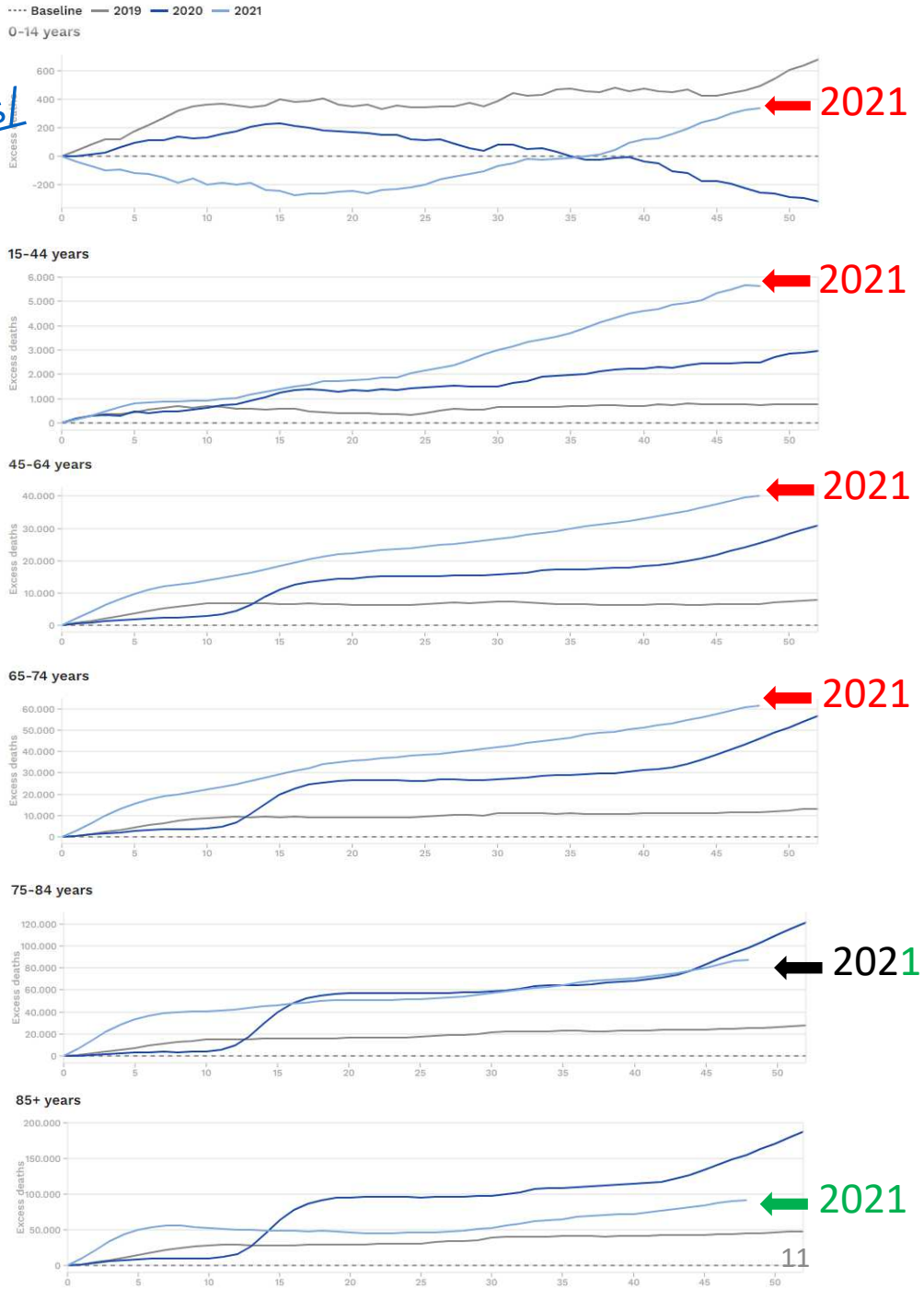
- La mortalità totale conta più di quella da Covid-19, anche per cittadini consapevoli
- In RCT Pfizer i morti sono stati 21 in vaccinati, 17 con placebo. In Moderna 16 e 16.
- In Europa (*EuroMOMO*) nelle classi d'età 15-74 anni la mortalità totale 2021 risulta oggi maggiore di quella 2020
- La vaccinazione antiCovid pare associata con ridotta mortalità da ogni causa nelle settimane 6-20 post inoculo, ma con aumento di mortalità nelle prime settimane e dopo la 20ª (*Pantazotos, 2021* su dati *EuroMOMO*)
- I rischi superano i benefici in età pediatrica, in adulti giovani o più anziani a basso rischio lavorativo, o in chi ha superato l'infezione (e negli anziani? → dati Istat)
- La vaccinazione degli adulti pare associata a maggior mortalità in giovani non vaccinati <15 anni (Europa, *Pantazotos, 2021*)
- Nella maggior parte delle Regioni italiane la mortalità 2021 (da gennaio a ottobre, *Istat*) eccede quella corrispondente del 2020, che resta superiore al 2021 solo per il forte eccesso di mortalità 2020 in varie province Lombarde
- Anche i decessi 15-39 anni in Italia invertono nel 2021 una decennale tendenza al decremento. Va approfondita con urgenza l'associazione con campagne vaccinali, frenando intanto le ulteriori estensioni ai minori.

https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/

Il 2021 mostra finora un eccesso di mortalità dai 15 ai 64 anni (vs 2020 e…), che va indagato

Eccesso di mortalità nei paesi europei (EuroMOMO)

Grafici che mostrano i decessi settimanali in eccesso (deviazione della mortalità dal livello atteso) nei paesi partner di EuroMoMo (Monitoring of excess Mortality…) che forniscono i dati per gli anni passati, tutte le età e fasce di età.



COVID vaccination and age-stratified all-cause mortality risk

Spiro P. Pantazatos[1,*] and Hervé Seligmann[2]

[1]Molecular Imaging and Neuropathology Area, New York State Psychiatric Institute and Department of Psychiatry, Columbia University Irving Medical Center, New York, NY;

[2]Independent Research Scientist, Jerusalem, Israel

Spiro Pantazatos,
Columbia University

- Correlazioni tra **n. dosi** somministrate (per settimana e mese) in vari Stati e **tasso di mortalità complessivo** osservato nei periodi successivi.
- Due set di **dati**:
  - **decessi mensili US** per fasce d'età e sesso,
  - eccesso di mortalità, Euromomo ***z-score settimanali* EU + Isreale** per 6 fasce d'età.
- **Analisi dati US**: x ogni mese e fascia d'età

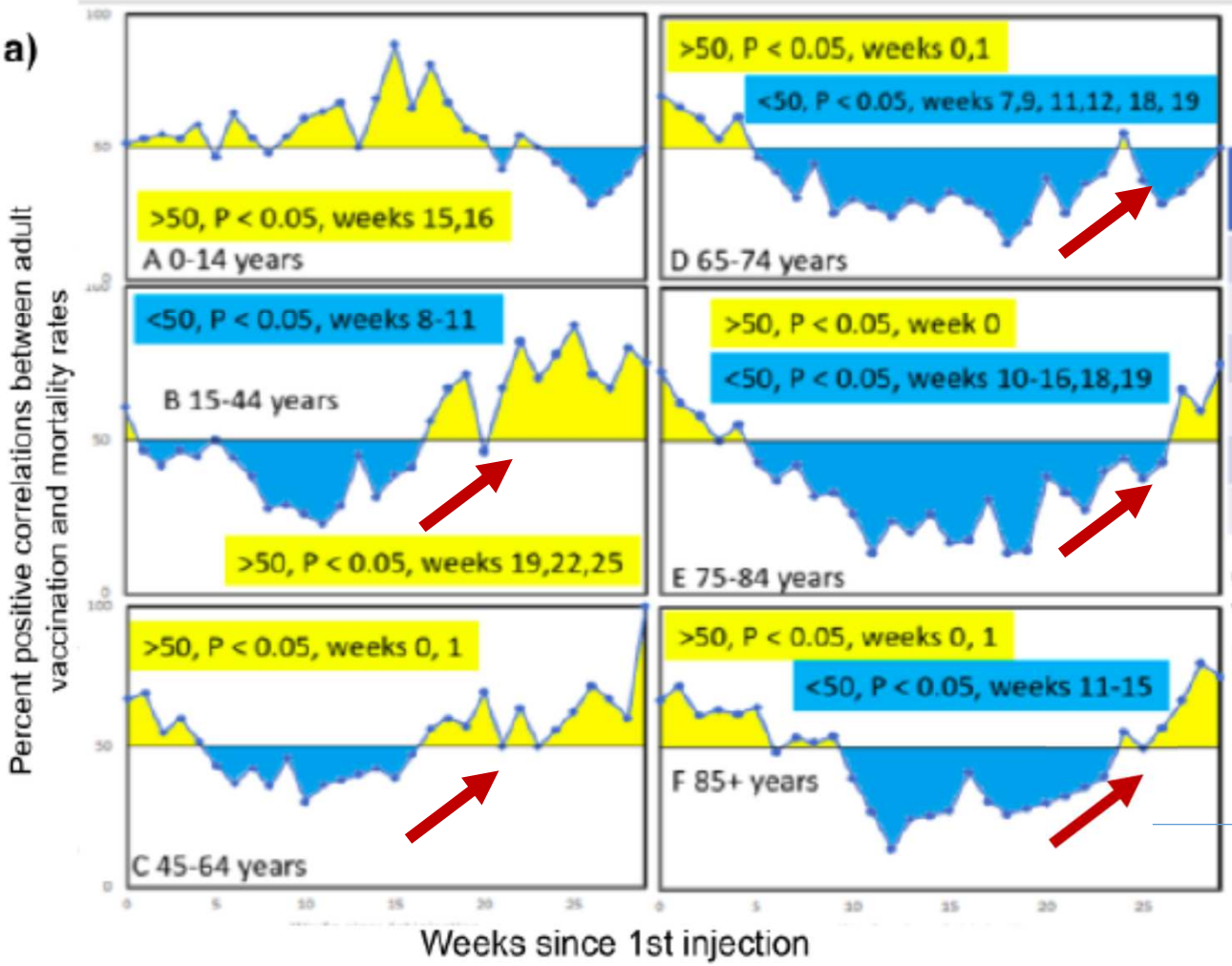
$$log(Y21_deaths) = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{Y20_deaths}) + \beta_2 \log(\text{Vax}) + \varepsilon \qquad (1)$$

- $log(Y21_deaths)$: n° decessi in un certo mese del 2021 (variabile dipendente)
- $\log(\text{Y20_deaths})$: n° decessi stesso mese 2020 (variabile di controllo)
- $\log(\text{Vax})$: n° dosi mese precedente (variabile esplicativa)

  - Dai **coefficienti di regressione β_2** (che misurano l'impatto dei vaccini sulla mortalità totale del mese successivo) si ricava il tasso medio di letalità attribuibile al vaccino o **«Vaccine-attributed Fatality Rate» VFR** pari a **0,04%** che, moltiplicato per il n. totale di dosi somministrate, fornisce una stima del n. di morti US da vaccino nel periodo febbraio-agosto 2021 che va da **146K a 187K.**
  - Confrontata con la stima del VFR prodotta dal CDC di 0,002%, suggerisce che il numero di decessi riportati in **VAERS sia sottostimato di 20 volte** (in accordo con la letteratura sull'underreporting).
  - Gli autori concludono che **i rischi del vaccino superano i benefici** in **bambini**, **giovani** e **adulti meno giovani non a rischio professionale** o **che hanno superato l'infezione**.

Analisi dati EU + Israele: **analisi di correlazione tra tassi di variazione settimanali del n. di vaccini e i tassi di mortalità in eccesso (z-score)** nelle settimane successive da 0 a 28 (x fasce d'età e sesso).

- Test di significatività sulle correlazioni [p-value <0,05 aggiustato tramite il c.d. *False Discovery Rate*]
- Grafico delle **percentuali di correlazioni positive** statisticamente significative:
  - **Percentuali >50% in giallo → aumento della mortalità nelle settimane [0 – 5] e [20+]**
  - **Percentuali <50% in blu → riduzione della mortalità nelle settimane [6 – 20]**



b) % positive correlations and numbers of negative and positive r with P < 0.05.

Age	+%	P < 0.05 - (%)	+ (%)
0-14	56.33*	7 (1.3)	32 (5.7*)
15-44	46.88	22 (3.9*)	19 (3.4*)
45-64	50.45	3 (0.5)	17 (3.0*)
65-74	40.82*	10 (1.8)	7 (1.3)
75-84	39.22*	8 (1.4)	4 (0.7)
85+	47.95	8 (1.4)	4 (0.7)

Graphical representation of Table 1.
Yellow, adverse effect, positive r
Blue, protective effect, negative r

Tendenze che indicano una possibile ADE ?

COVID19 associazioni di mortalità vaccinale per 6 classi di età in 23 paesi, 42 settimane Hervé Seligmann

Abbiamo analizzato le associazioni tra aumenti settimanali totali di % di vaccinazioni in 23 paesi (Coronavirus (COVID-19) Vaccinazioni - Statistiche e Ricerca - OurWorldinData, *appendice 1*) e i dati settimanali sulla mortalità totale per 6 classi di età per le prime 42 settimane 2021 di questi 23 paesi (Grafici e mappe - EUROMOMO, appendice 2).

Le correlazioni positive indicano effetti vaccinali avversi, correlazioni negative tra vaccinazione e mortalità, sono indicative di protezione vaccinale.

Risultati

1. In tutte le età, la vaccinazione si associa ad aumento di mortalità nelle prime 2-6 settimane dopo la 1ª iniezione,

2. ……..

3. Per le età >14, i tassi di iniezione settimanali si associano a una diminuzione della mortalità totale settimanale per le settimane 5-20 dopo la 1ª iniezione…

4. … e con un aumento della mortalità dopo la settimana 20, indicando potenziali effetti negativi a lungo termine

5. ……

Discrepancies and inconsistencies in UK Government datasets compromise accuracy of mortality rate comparisons between vaccinated and unvaccinated

Preprint · October 2021

•DOI: 10.13140/RG.2.2.32817.10086

Probability and Risk

Norman Fenton

Norman Fenton is Professor in Risk Information Management at Queen Mary University of London and also a Director of Agena, a company that specialises in risk management for critical systems.

Martin Neil

Martin is Professor in Computer Science and Statistics at QMUL and a Director of Agena Ltd.

Why all "all-cause mortality" is the most appropriate measure for overall cost-benefit analysis of Covid vaccines

- If Covid is as ***dangerous*** as claimed - and if the vaccine is as ***effective*** as claimed - we should by now have seen many more Covid related deaths among the unvaccinated than the vaccinated (in each age group).
- If the vaccine is as ***safe*** as claimed then there should have been very few more deaths from causes unrelated to Covid among the vaccinated than the unvaccinated (in each age group).
- So, the count of all-cause deaths should be higher among the unvaccinated than the vaccinated (in each age group), confirming that the benefits of vaccination outweigh the risks.
- Counting all-cause deaths completely bypasses the problem of defining what constitutes a 'Covid case' or a 'Covid related death' (definitions which can be easily manipulated to fit different narratives).
- We define a person as 'vaccinated' if they have received at least one dose. As we are not interested in whether a person becomes a 'Covid case', any other definition is flawed as it will fail to acknowledge that adverse reactions (including death) from vaccines are most likely to occur shortly after vaccination.
- The fact that the CDC now counts a person as 'unvaccinated' if they die within 14 days of the second dose, or after just one dose, might make some sense if we are interested only in the vaccine's ability to stop infection. But in the context of death attribution it is nothing less than fraudulent.

I CDC USA riportano che >80% degli eventi avversi ai vaccini Covid-19, dei ricoveri e decessi si verificano entro 14 giorni dalla vaccinazione, **MA poi non considerano le persone vaccinate fino a 14 giorni dopo la 2ª dose** di Pfizer e Moderna!

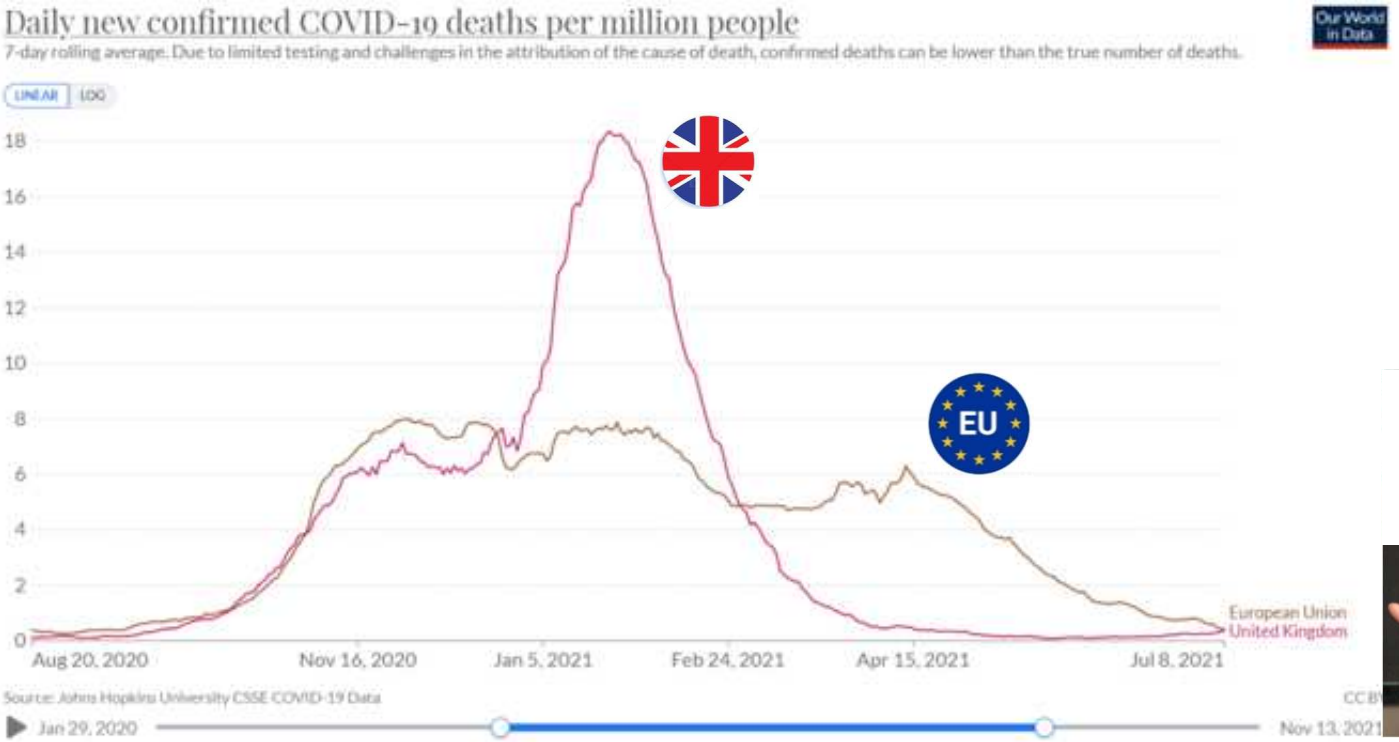
Why hide what happens in the first two weeks after vaccination? – HART (hartgroup.org)

Why hide what happens in the first two weeks after vaccination?

December 1, 2021

Hiding part of the data leads to wrong conclusions

There have been numerous papers published showing how well the vaccines protect people after the second dose. Some of this effect is an illusion. The effect happens as a result of inaccurate measuring and a phenomenon called *survivorship bias*.



The Lancet Regional Health - Americas 1 (2021) 100025

Contents lists available at ScienceDirect

The Lancet Regional Health - Americas

journal homepage: www.elsevier.com/locate/lana

Research paper

Effectiveness of CoronaVac among healthcare workers in the setting of high SARS-CoV-2 Gamma variant transmission in Manaus, Brazil: A test-negative case-control study

Matt D.T. Hitchings[1,2,*], Otavio T. Ranzani[3,4,*], Mario Sergio Scaramuzzini Torres[5],

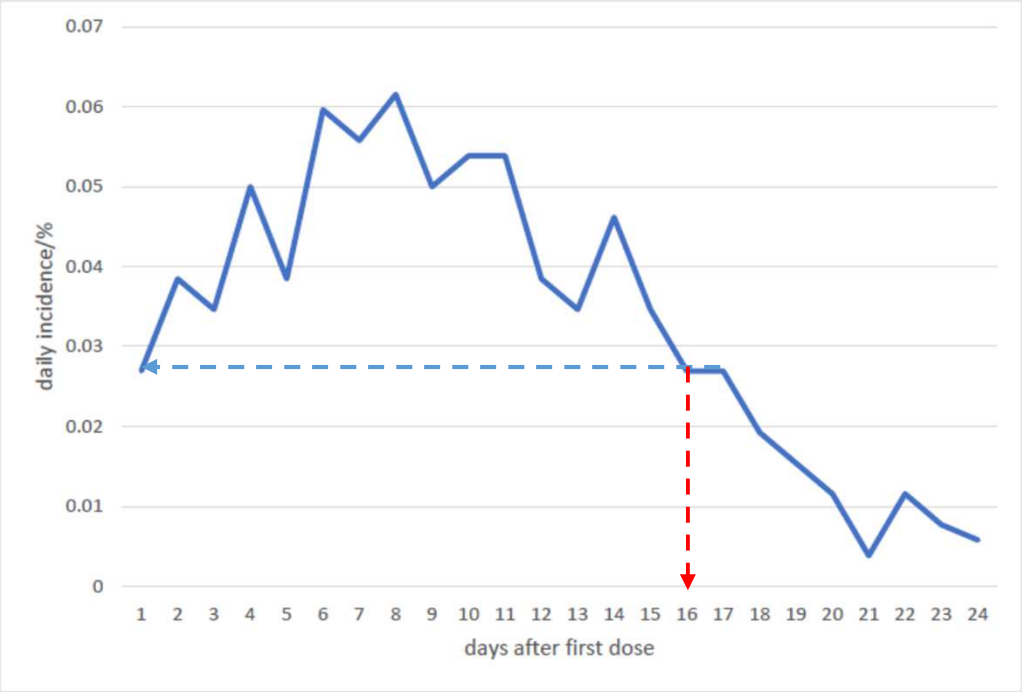


Figure 2. Daily incidence of new infections by days from first dose

Che cosa accade nelle 2 settimane dopo l'inoculo?!

Hitchings ha documentato sia che l'efficacia vaccinale è apprezzabile solo dopo il 14° giorno dall'inoculo, sia che nelle prime due settimane il rischio era aumentato dell'85% (per le forme sintomatiche) e del 116% (per tutte le infezioni) rispetto ai non vaccinati

Per asintomatici è anche peggio: Adjusted OR 3,7 (1,48-9,22) nei 14 gg dopo 1ª dose, e, anche 14 gg *dopo* la 2ª, totale **in**efficacia pratica

Supplementary Table 5: Vaccine effectiveness against all SARS-CoV-2 infection

	Early analysis: All SARS-CoV-2 infection		Primary analysis: All SARS-CoV-2 infection	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Unadjusted Analysis				
1 dose: 0-13 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*	1.81 (1.26-2.61)	<0.001	2.05 (1.43-2.94)	<0.001
1 dose: ≥14 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*			0.90 (0.54-1.50)	0.68
Adjusted analysis				
0-13 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*	1.85 (1.26-2.71)	<0.001	2.16 (1.47-3.17)	<0.001
≥14 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*			0.88 (0.52-1.50)	0.64

COVID-19 vaccinations and mortality - a Bayesian analysis

Ronald Meester, Wouter Aukema, and Theo Schetters

Summary

In this note, we report about the results of a statistical investigation into the relation between vaccination against COVID-19 and the mortality rates in the three weeks after vaccination, in the age groups 12 - 65, 65 - 80 and 80+ respectively in The Netherlands. We investigate whether the observed mortality during this period can be better explained by the expected mortality as computed similarly to the method of the CBS (Statistics Netherlands), or by a scenario in which vaccination leads to a small increase in the mortality in the three weeks following the vaccination. We found that in the cohort 12 - 65, the two scenarios predict the actual data roughly equally well, but for the cohort 65 - 80, the second scenario explains the data much better. In the 80+ cohort, there is a difference between men and women: for men, the second scenario explains the data much better, but for women the contrary is the case. We discuss the interpretation of these results, and conclude that they urgently call for further investigations into the effects of vaccination, and publication of the possible risks of vaccination against COVID-19.

È quanto ha chiesto anche la CMSi

Analisi Mortalità – Italia

Periodo 2011-2021

Fonte utilizzata: https://www.istat.it/it/archivio/240401
Dataset con i decessi giornalieri (formato .csv) in ogni singolo comune di residenza per sesso e classi di età quinquennali (per il periodo dal 1 gennaio 2011 al 30 settembre 2021 per tutti i 7.903 Comuni)

Metodo

I risultati illustrati di seguito sono stati ottenuti solo con analisi e aggregazioni dei dati ISTAT sui decessi giornalieri, aggiornati al 30.09.2021

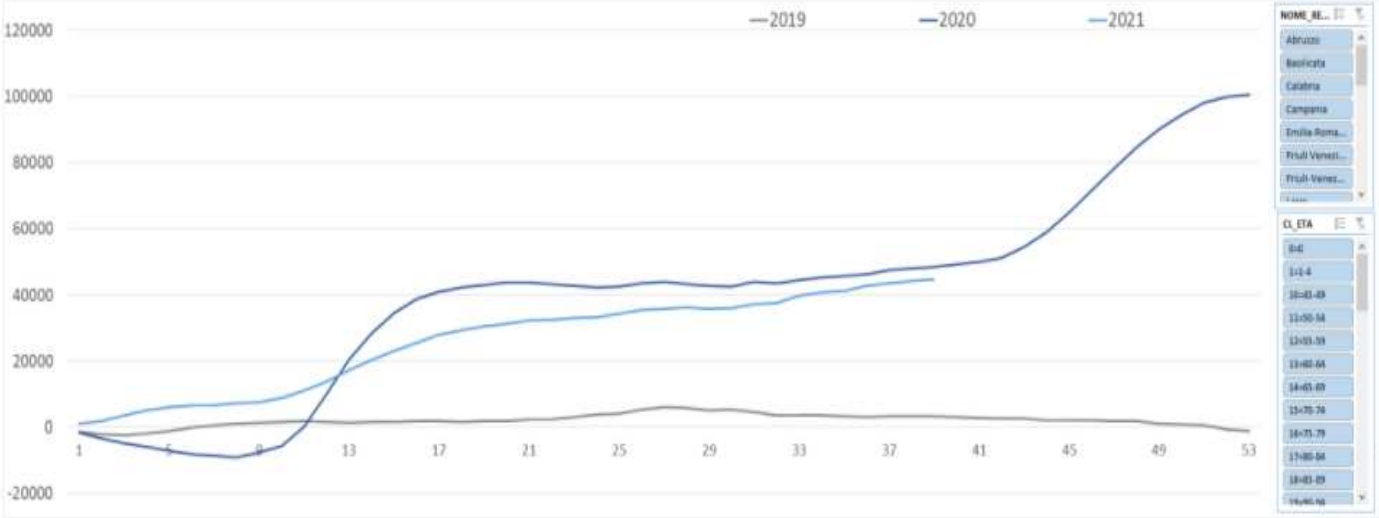
Sintesi dei risultati

- L'anno 2021 mostra fino a settembre meno mortalità vs 2020, ma di più se si esclude la Regione Lombardia (però i mesi non ancora pubblicati possono recuperare)
- L'incremento è evidente in particolare nei mesi estivi da Maggio a Settembre
- L'incremento è soprattutto evidente e difficile da spiegare, nella fascia di età 30-39

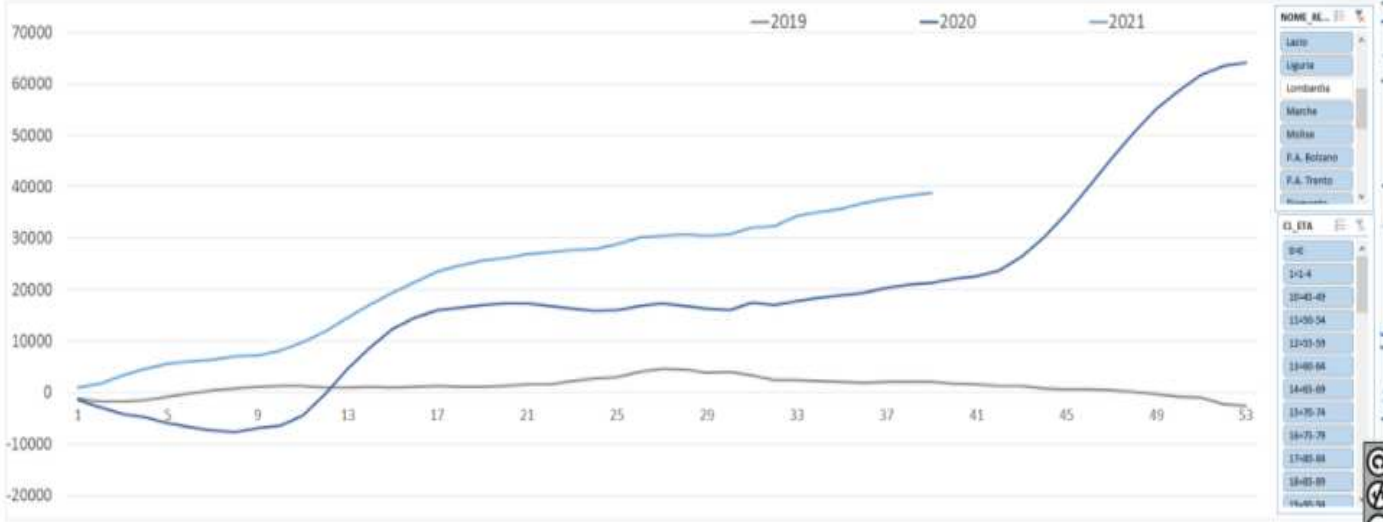
Mortalita': dati Italiani -ISTAT

Andamento cumulativo settimanale decessi in eccesso
Per tutte le cause. Baseline = media 2015-2019 - dati Istat

Intera popolazione italiana

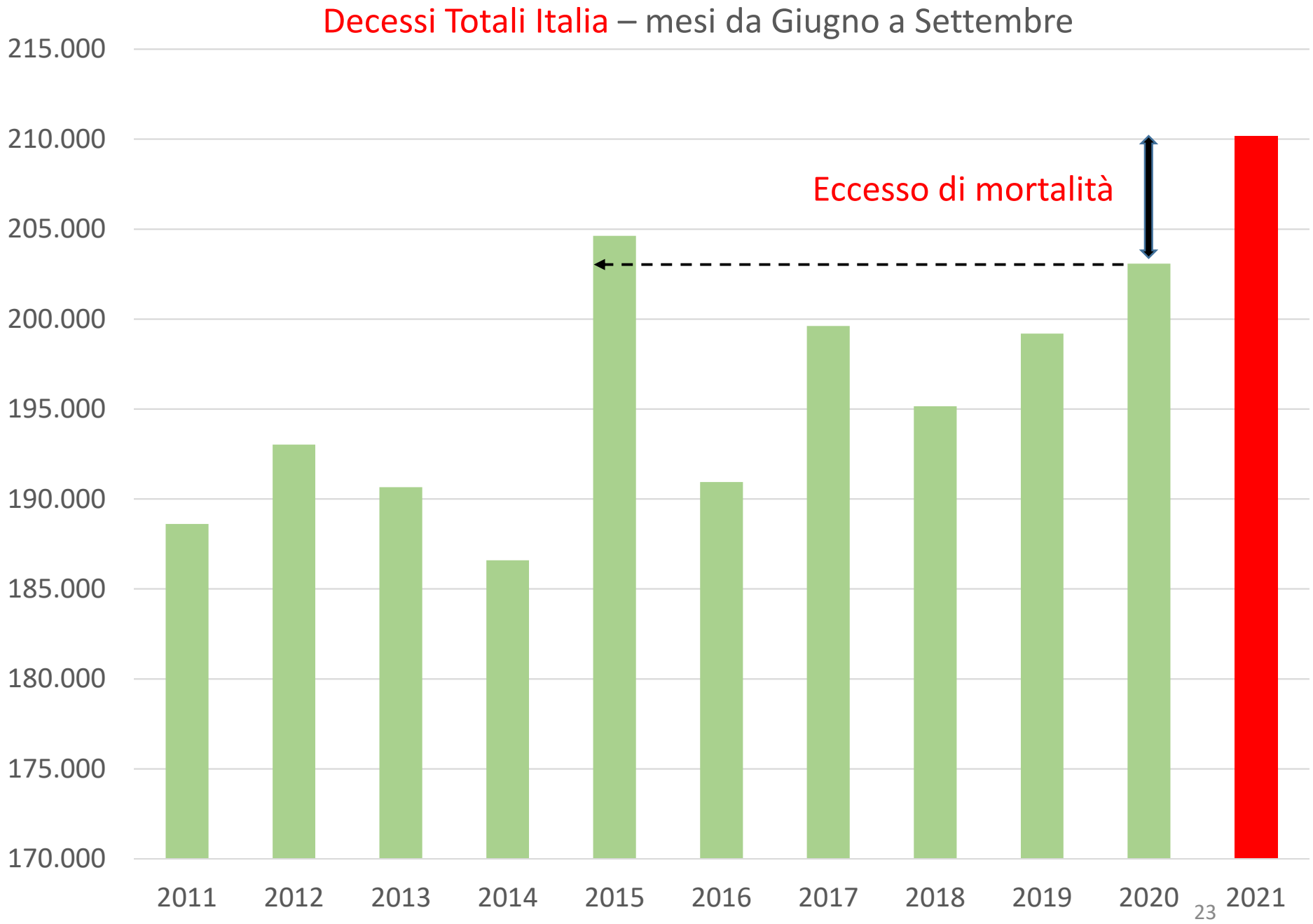


Popolazione italiana
Esclusa Lombardia



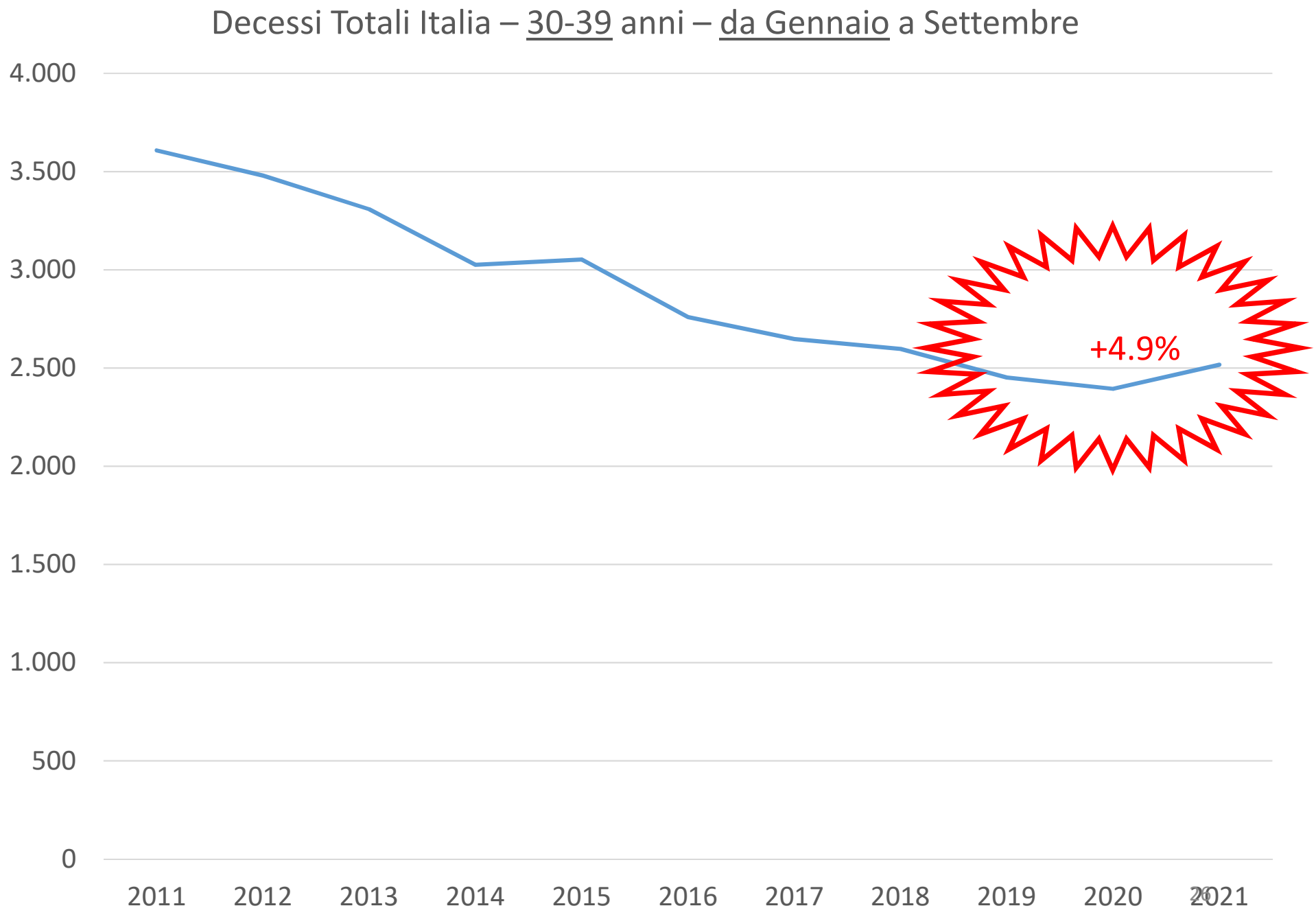
Nell'84% della popolazione italiana l'andamento è notevolmente diverso mostrando un 2021 peggiore del 2020

http://osservatorioopendata.blogspot.com

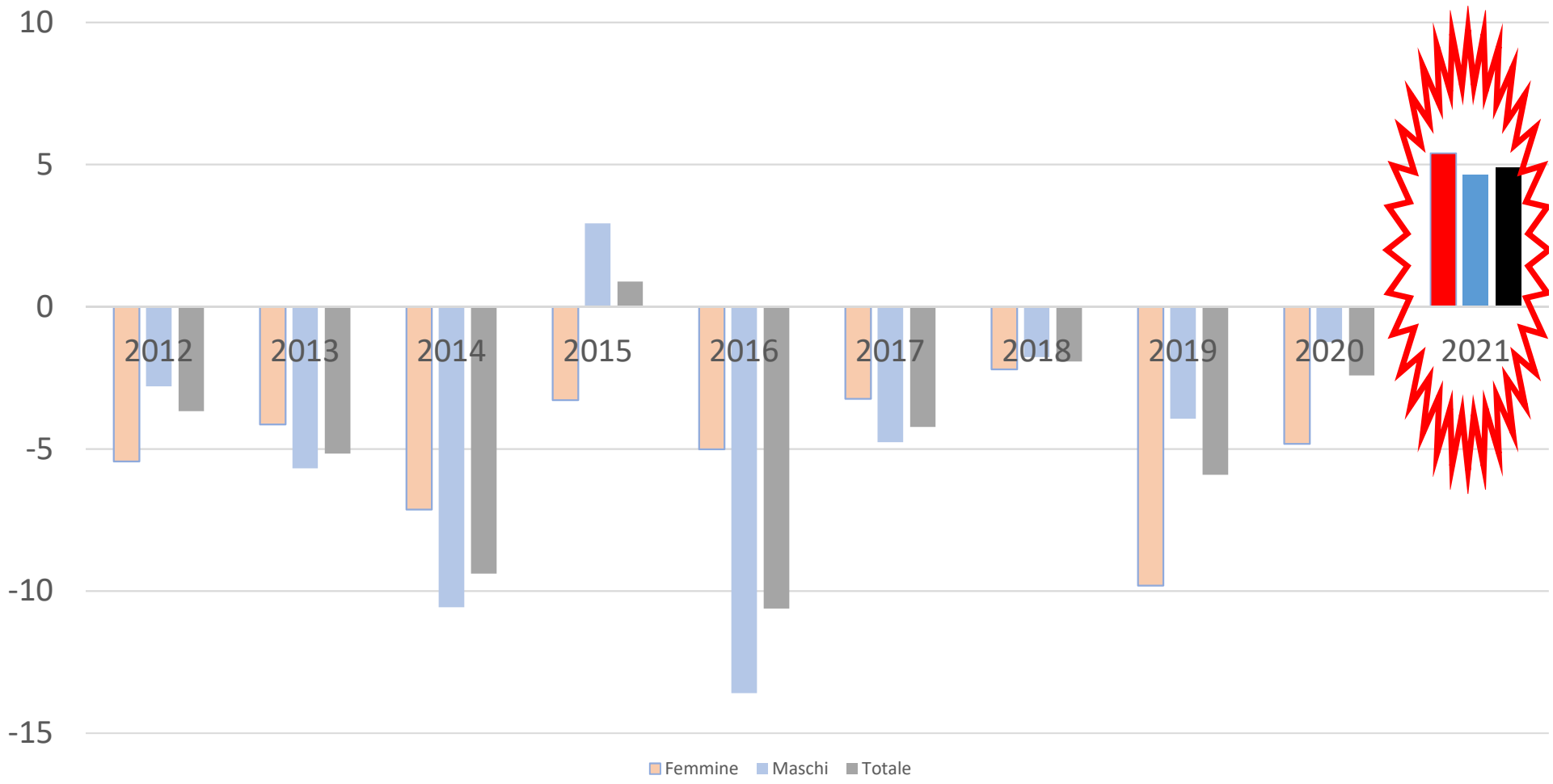

Decessi Totali Italia – mesi da Giugno a Settembre
215.000
210.000
205.000
200.000
195.000
190.000
185.000
180.000
175.000
170.000
Eccesso di mortalità
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021

Decessi Totali Italia > 65 anni – mesi da Giugno a Settembre
190.000
185.000
180.000
175.000
170.000
165.000
160.000
155.000
150.000
Eccesso di mortalità
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021

Decessi Totali Italia > 40 anni – mesi da Giugno a Settembre
210.000
205.000
200.000
195.000
190.000
185.000
180.000
175.000
170.000
Eccesso di mortalità
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021


Decessi Totali Italia – 30-39 anni – da Gennaio a Settembre
4.000
3.500
3.000
2.500
2.000
1.500
1.000
500
0
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
+4.9%

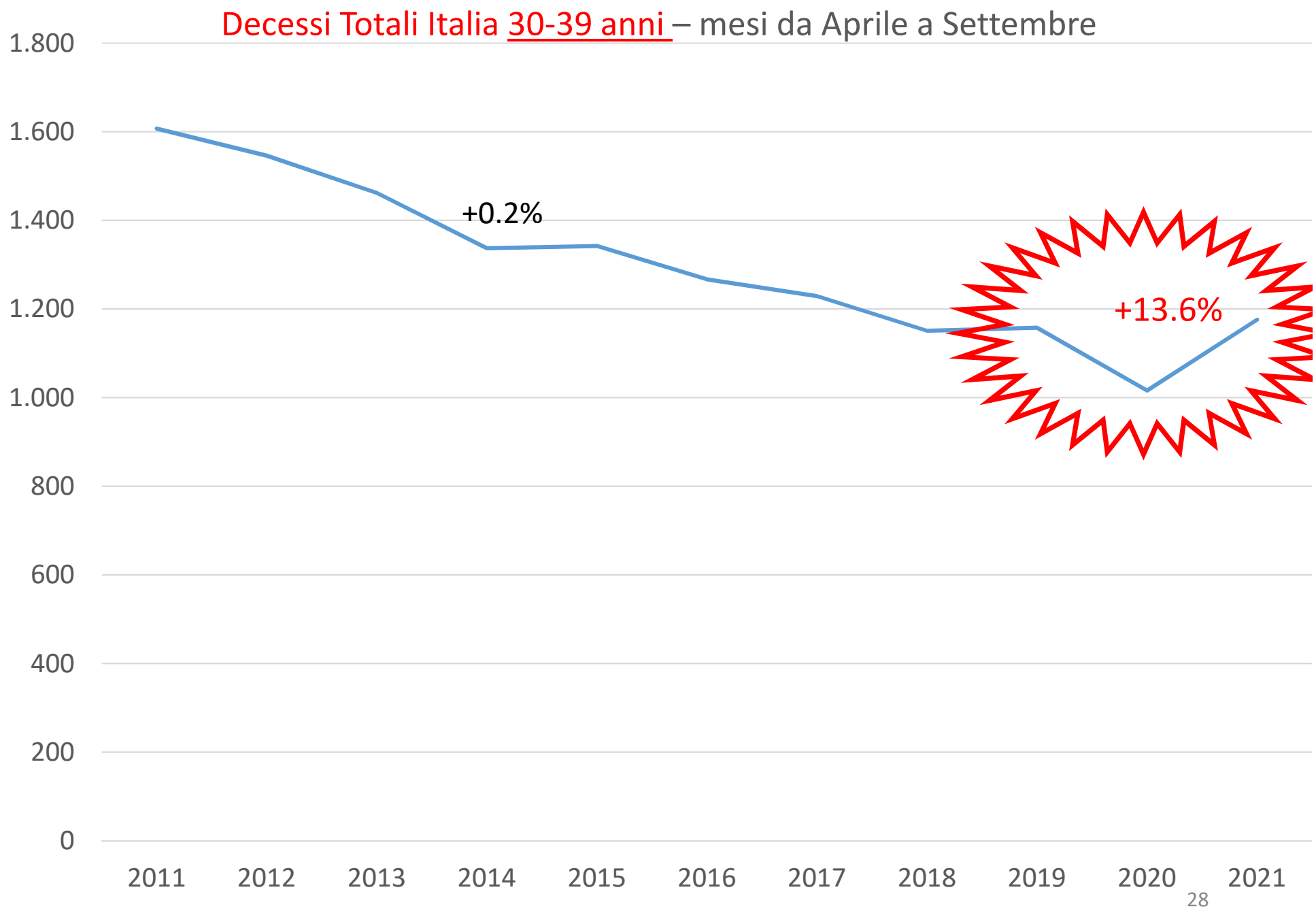
30-39 anni – Variazione % Decessi annui Gennaio-Settembre



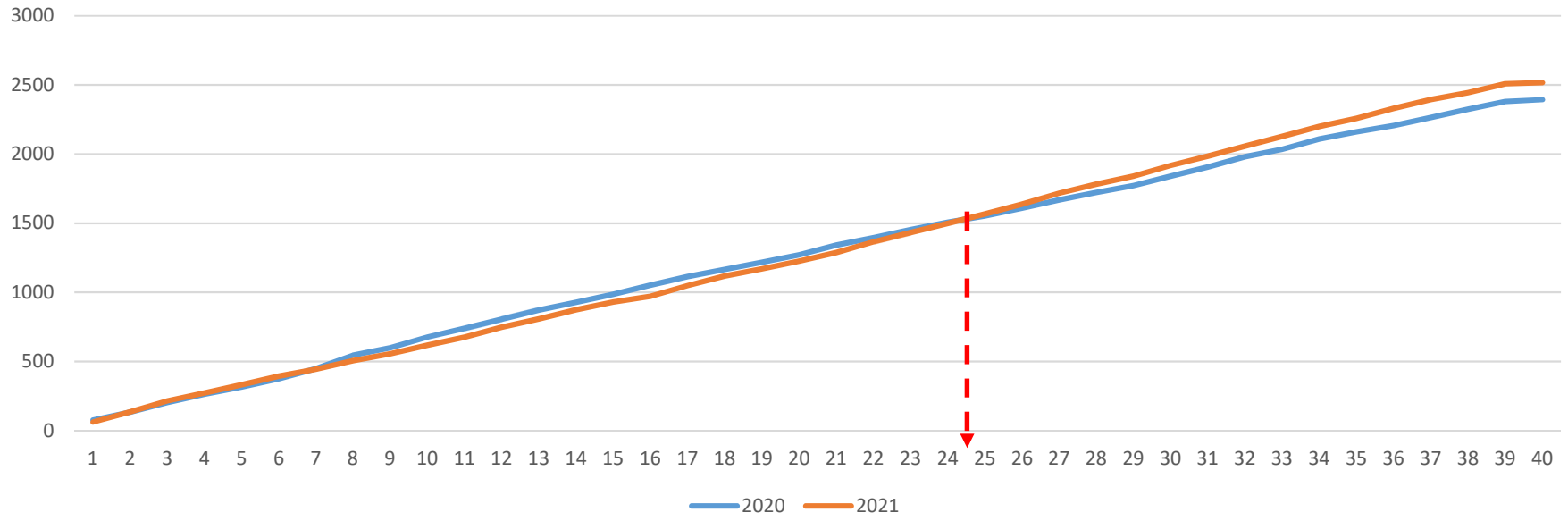
Decessi femminili: MAI aumentati ultimi 10 anni. Nel 2021 +6,8%, 45 decessi in più

Decessi maschili + 4,6% (il massimo incremento ultimi 10 anni è 2,9%, un solo anno)

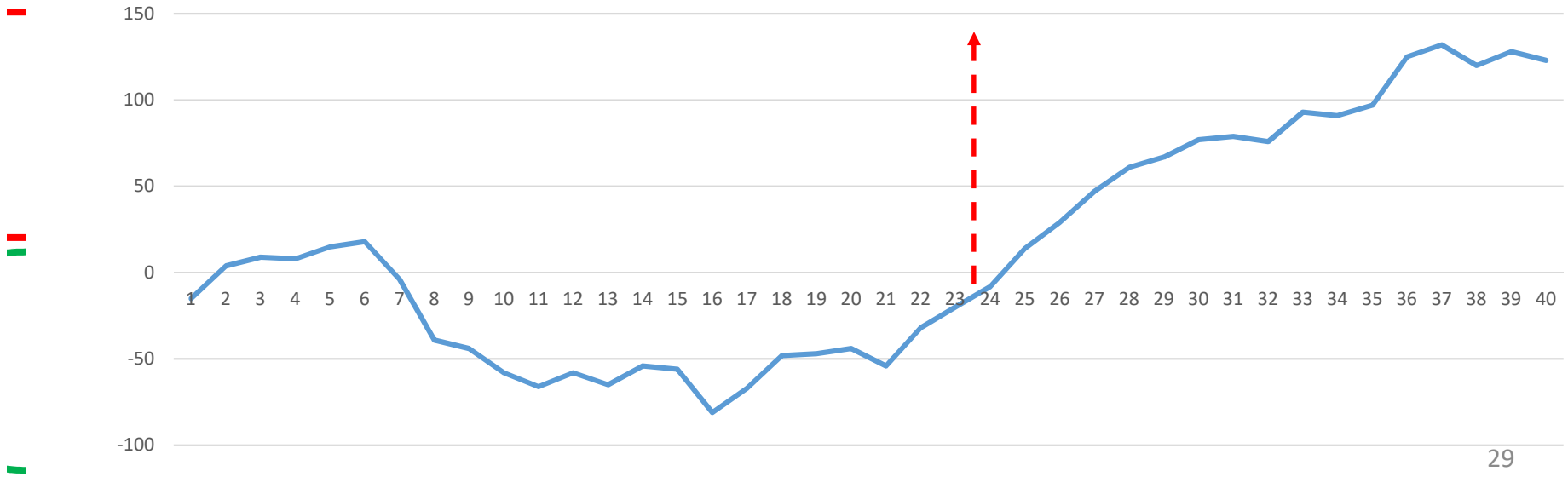
Nel complesso incremento del 4,9%, con eccesso rispetto al 2020 di **123 decessi in più**.


Decessi Totali Italia 30-39 anni – mesi da Aprile a Settembre
1.800
1.600
1.400
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
+0.2%
+13.6%

Decessi 30-39 anni – Andamento settimanale 2020/2021

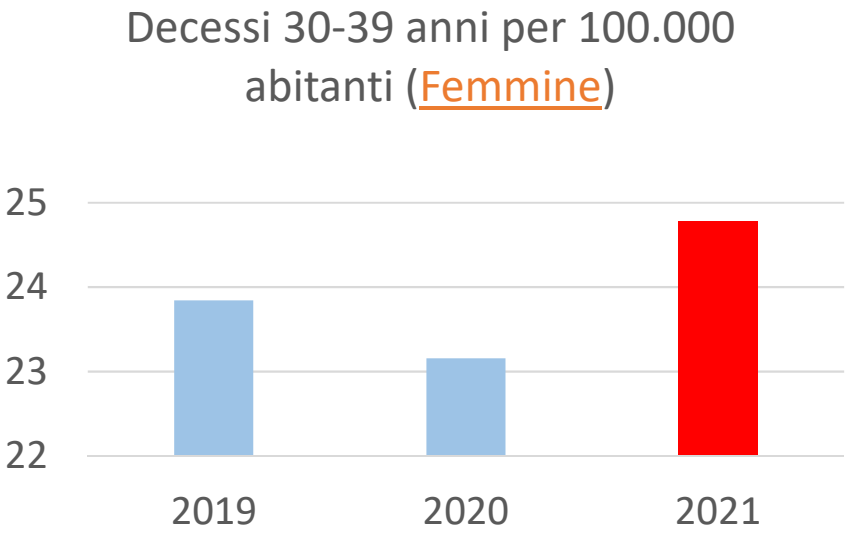


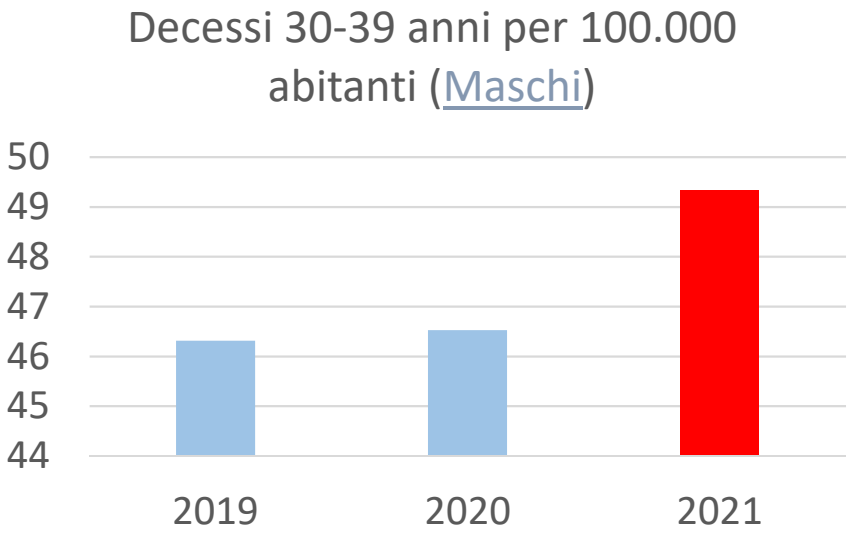
30-39 anni – Differenza decessi settimanale 2020/2021



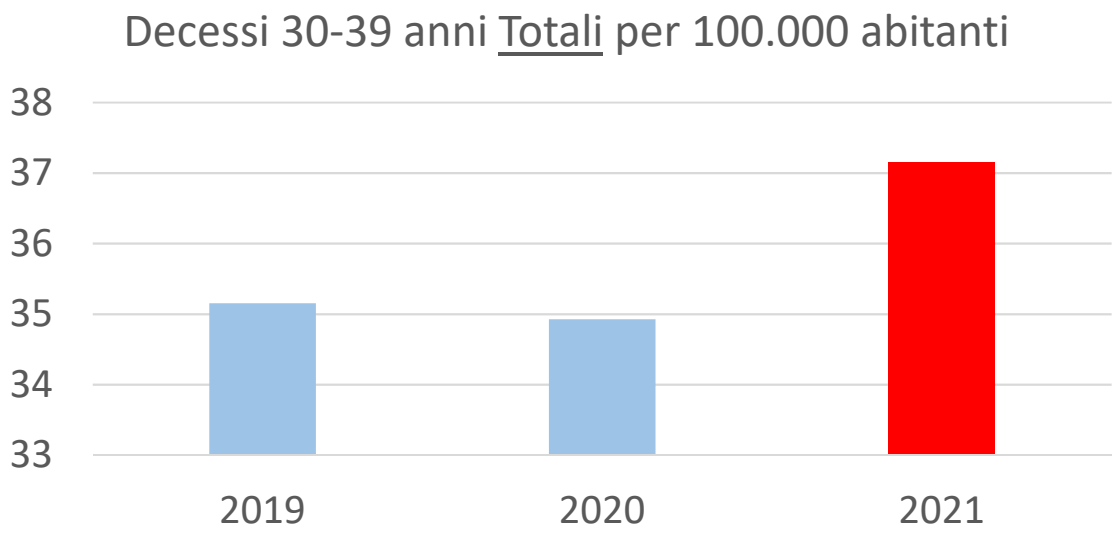
Decessi 30-39 anni – Periodo Gennaio/Settembre

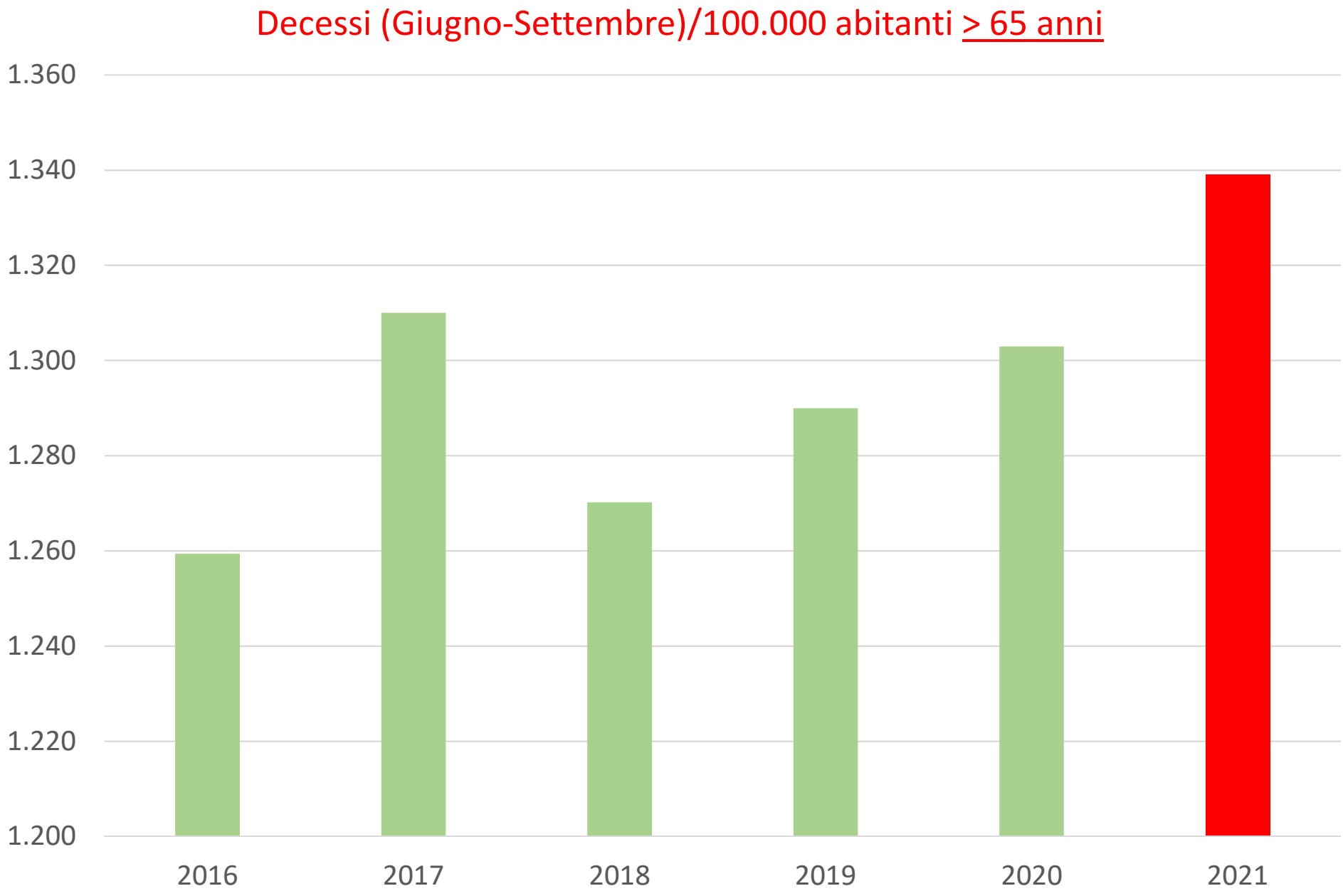
Verifica andamento curva in base a normalizzazione secondo popolazione residente per gli anni 2019, 2020, 2021



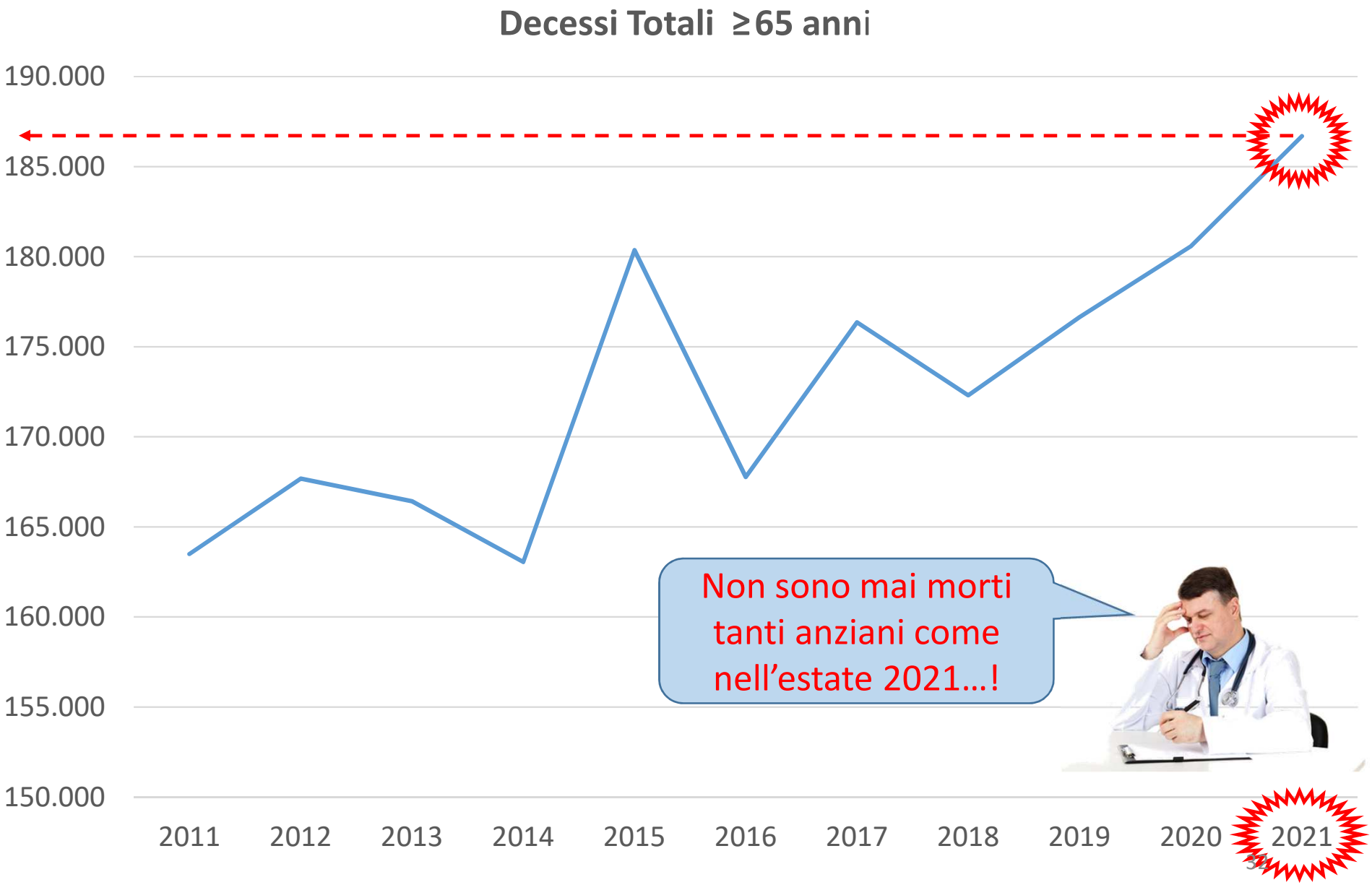


La mortalità per 100.000 abit. nel 2021 pare superiore sia al 2020 che al **2019.**




Decessi (Giugno-Settembre)/100.000 abitanti > 65 anni
1.360
1.340
1.320
1.300
1.280
1.260
1.240
1.220
1.200
2016
2017
2018
2019
2020
2021

Decessi Totali Estivi (Giugno-Settembre 2011-2021 – *G. Di Palmo*)



Strategie internazionali

24 nov 2021

Covid/ Oms: Europa epicentro dei contagi, con variante Delta | la protezione del vaccino scende al 40%

di *Radiocor Plus*

"La variante Delta, altamente contagiosa, ha **ridotto l'efficacia dei vaccini** per contrastare la trasmissione del virus **dal 60% al 40%**". Lo ha detto il direttore generale dell'Oms Ghebreyesus, nel corso di una conferenza stampa dove ha esortato le persone "a continuare a indossare le mascherine e usare tutte le precauzioni". "Temiamo che ci sia il malinteso che i vaccini abbiano posto fine alla pandemia - ha aggiunto - e che le persone vaccinate non debbano più prendere altre precauzioni". Ghebreyesus ha ricordato che "la **scorsa settimana, oltre il 60% delle infezioni e dei decessi da Covid in tutto il mondo si è verificato in Europa**" con oltre 2,5 milioni di casi e quasi 30mila decessi.

"Ma nessun Paese o regione è fuori pericolo - ha avvertito -. È importante che tutti i paesi aumentino ora le proprie capacità di garantire che siano in atto le misure giuste per evitare le peggiori conseguenze di eventuali ondate".

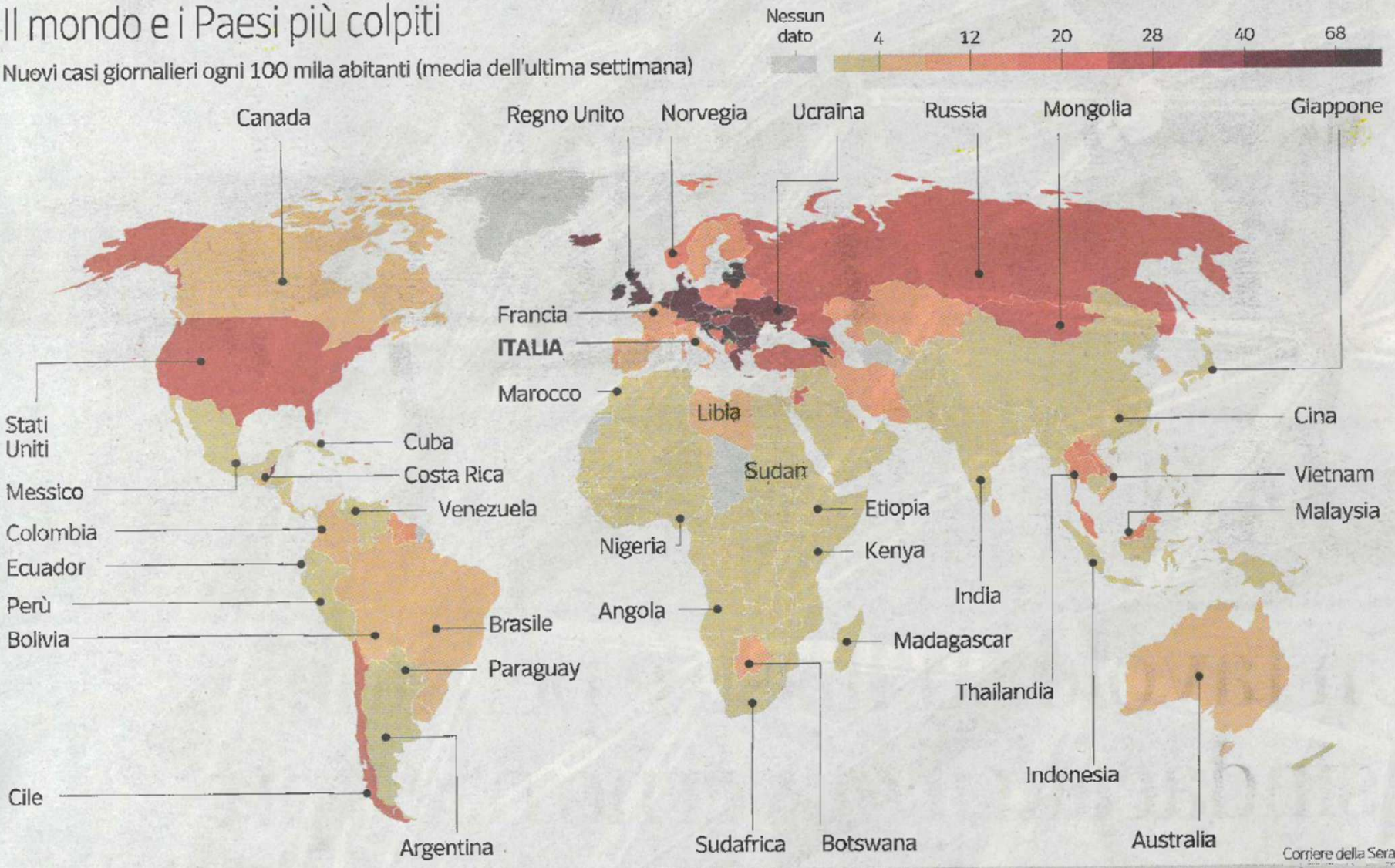
I dati a cui fa riferimento il direttore generale dell'Agenzia Onu per la salute sono quelli dell'ultimo **bollettino settimanale Oms relativo alla settimana dal 15 al 21 novembre**. Nel report si segnalano quasi 3,6 milioni di nuovi casi confermati e **oltre 51mila morti in 7 giorni**, con un **aumento del 6% rispetto alla settimana precedente**. Ma è in **Europa** dove il virus corre più veloce: **l'aumento dei nuovi casi settimanali** in quest'area è stato dell'**11%**, mentre le **altre regioni hanno riportato una diminuzione o un'incidenza simile alla settimana precedente**. Il calo più grande è stato segnalato dalla **regione del Sudest asiatico (-11%)**, seguita dalla **regione del Mediterraneo orientale (-9%)**.
In Europa, invece, i **nuovi contagi** sono saliti a 2,4 milioni in una settimana e rappresentano il **67% del totale mondiale**. **I morti** sono stati 29.465, il 3% in più rispetto alla scorsa settimana, pari al **57% del totale settimanale**.
Nel mondo il numero cumulativo di casi confermati di Covid segnalati da inizio pandemia è ora superiore a 256 milioni e il numero cumulativo di **decessi è superiore a 5,1 milioni**.

D

Il virus corre molto più che in Asia o in Africa Freddo, locali chiusi, focolai «no vax» tra le cause

Il mondo e i Paesi più colpiti

Nuovi casi giornalieri ogni 100 mila abitanti (media dell'ultima settimana)



Corriere della Sera

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, una **Commissione Medico-Scientifica** (**CMS**) indipendente, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle,

ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico** che possa affrontare con priorità i seguenti temi:

1) Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMoMo, Eurostat, Istat). Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Implicazioni.

2) Vaccini anti-Sars-CoV-2 e (labile) prevenzione dell'infezione. Implicazioni

3) Bilancio danni/benefici della vaccinazione pediatrica, per singoli e comunità

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (*perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti*)

5) Sorveglianza attiva vs passiva (che sottostima in modo enorme reaz. avverse)

[6) garanzie vs trasmissione da tampone antigenico verso vaccinazione (2 dosi)]

Confronto di Testi Normativi

Legge n.76/2021 ex DL n. 44/2021

1. In considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, fino alla completa attuazione del piano di cui all'articolo 1, comma 457, della L. 178/2020, e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, … gli esercenti le professioni sanitarie e … sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita **per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2**

DL n.172/2021

1. Al fine …, in attuazione del piano di cui all'articolo 1, comma 457, della L. 178/2020, gli esercenti le professioni sanitarie e…, per la **prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2** sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita, comprensiva, dal 15 dicembre 2021, della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario, nel rispetto delle indicazioni e dei termini previsti con circolare del Ministero della salute.

Ma ormai abbiamo prove che ciò non accadrà, anzi…

Ad es. in Qatar…

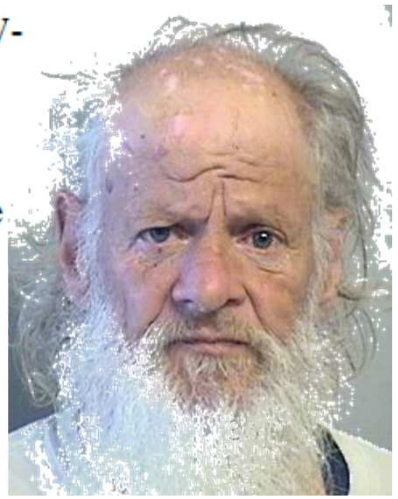
Table S11. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine against any SARS-CoV-2 infection, symptomatic SARS-CoV-2 infection, or asymptomatic SARS-CoV-2 infection, with effectiveness estimated using a multivariable logistic regression analysis of associations with a PCR-positive test, January 1, 2021 to September 5, 2021, adjusting for sex, age, nationality, reason for PCR testing, and calendar week of PCR test*.

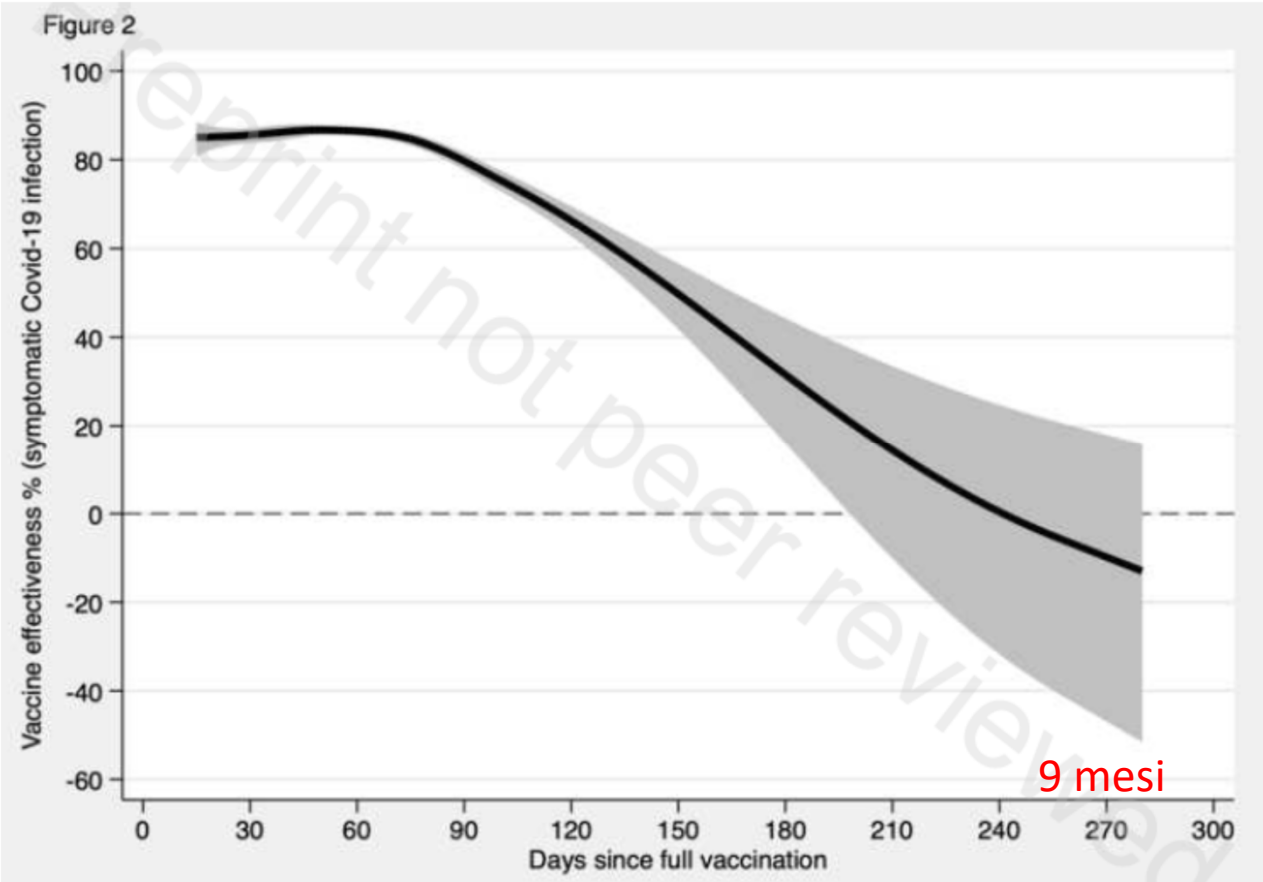
	Original sample size	SARS-CoV-2 positive	Multivariable regression analysis	Vaccine effectiveness
	N (%)	N (%)	AOR (95% CI)	% (95% CI)
Any SARS-CoV-2 infection				
Unvaccinated	806,169 (81.4)	126,242 (15.7)	1.00	
0-13 days after first dose	23,382 (2.4)	5,088 (21.8)	1.05 (1.02-1.09)	-5.3 (-9.0 ; -1.7)
≥14 days after first dose and no second dose	16,578 (1.7)	2,897 (17.5)	0.67 (0.65-0.70)	32.5 (29.5 ; 35.4)
1st month after the second dose	58,187 (5.9)	3,296 (5.7)	0.22 (0.21-0.23)	78.0 (77.1 ; 78.8)
2nd month after the second dose	31,702 (3.2)	1,758 (5.5)	0.29 (0.27-0.30)	71.4 (69.9 ; 72.8)
3rd month after the second dose	21,717 (2.2)	1,007 (4.6)	0.36 (0.33-0.38)	64.3 (61.9 ; 66.7)
4th month after the second dose	12,471 (1.3)	593 (4.8)	0.59 (0.54-0.64)	41.3 (36.0 ; 46.1)
5th month after the second dose	9,414 (1.0)	680 (7.2)	1.11 (1.03-1.21)	-11.4 (-21.1 ; -2.5)
6th month after the second dose	8,897 (0.9)	558 (6.3)	1.21 (1.10-1.33)	-20.6 (-32.5 ; -9.8)
7th month or greater after the second dose	2,023 (0.2)	181 (8.9)	1.43 (1.22-1.68)	-43.4 (-68.3 ; -22.1)
Symptomatic SARS-CoV-2 infection†				
Unvaccinated	158,926 (80.3)	48,943 (30.8)	1.00	
0-13 days after first dose	6,352 (3.2)	2,630 (41.4)	1.04 (0.99-1.10)	-4.3 (-10.2 ; 1.2)
≥14 days after first dose and no second dose	5,523 (2.8)	1,486 (26.9)	0.53 (0.50-0.57)	46.8 (43.2 ; 50.1)
1st month after the second dose	8,719 (4.4)	1,100 (12.6)	0.18 (0.17-0.20)	81.6 (80.3 ; 82.8)
2nd month after the second dose	6,011 (3.0)	840 (14.0)	0.29 (0.26-0.31)	71.4 (69.1 ; 73.6)
3rd month after the second dose	4,862 (2.5)	488 (10.0)	0.34 (0.31-0.38)	66.1 (62.5 ; 69.3)
4th month after the second dose	3,167 (1.6)	307 (9.7)	0.57 (0.50-0.64)	43.5 (36.0 ; 50.1)
5th month after the second dose	2,386 (1.2)	381 (16)	1.27 (1.13-1.43)	-26.9 (-42.6 ; -13.0)
6th month after the second dose	1,466 (0.7)	277 (18.9)	1.66 (1.44-1.90)	-65.5 (-90.3 ; -44.0)
7th month or greater after the second dose	571 (0.3)	94 (16.5)	1.38 (1.10-1.73)	-37.7 (-73.1 ; -9.6)
Asymptomatic SARS-CoV-2 infection‡				
Unvaccinated	325341 (81.8)	28094 (8.6)	1.00	
0-13 days after first dose	9003 (2.3)	1021 (11.3)	1.12 (1.04-1.20)	-11.8 (-19.8 ; -4.3)
≥14 days after first dose and no second dose	5505 (1.4)	546 (9.9)	0.90 (0.82-0.99)	9.9 (1.1 ; 17.8)
1st month after the second dose	21643 (5.4)	818 (3.8)	0.28 (0.26-0.30)	71.7 (69.5 ; 73.7)
2nd month after the second dose	12517 (3.1)	418 (3.3)	0.38 (0.35-0.42)	61.7 (57.5; 65.5)
3rd month after the second dose	9270 (2.3)	266 (2.9)	0.59 (0.52-0.67)	41.4 (33.3 ; 48.5)
4th month after the second dose	4737 (1.2)	130 (2.7)	0.89 (0.75-1.07)	10.6 (-7.1 ; 25.4)
5th month after the second dose	3575 (0.9)	120 (3.4)	1.12 (0.92-1.36)	-12.2 (-36.2 ; 7.5)
6th month after the second dose	5242 (1.3)	140 (2.7)	0.80 (0.65-0.98)	20.0 (2.1 ; 34.7)
7th month or greater after the second dose	731 (0.2)	41 (5.6)	1.83 (1.32-2.55)	-83.2 (-155.1 ; -31.6)

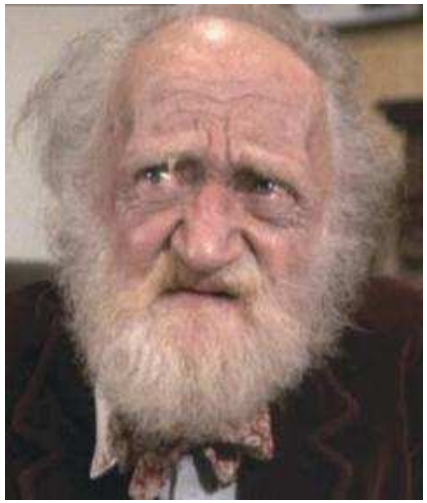
Effectiveness of Covid-19 vaccination against risk of symptomatic infection, hospitalization, and death up to 9 months: a Swedish total-population cohort study

Peter Nordström, MD, PhD, Marcel Ballin, MSc., Anna Nordström, MD, PhD
Department of Community Medicine and Rehabilitation, Unit of Geriatric Medicine, Umeå

Findings: Vaccine effectiveness of BNT162b2 against infection waned progressively from 92% (95% CI, 92-93, P<0·001) at day 15-30 to 47% (95% CI, 39-55, P<0·001) at day 121-180, and from day 211 and onwards no effectiveness could be detected (23%; 95% CI, -2-41, P=0·07). The effectiveness waned slightly slower for mRNA-1273, being estimated to 59% (95% CI, 18-79) from day 181 and onwards. In contrast, effectiveness of ChAdOx1 nCoV-19 was generally lower and waned faster, with no effectiveness detected from day 121 and onwards (-19%, 95% CI, -97-28), whereas effectiveness from heterologous ChAdOx1 nCoV-19 / mRNA was maintained from 121 days and onwards (66%; 95% CI, 41-80). Overall, vaccine effectiveness was lower and waned faster among men and older individuals. For the disease (Supplemental Table 5). In addition, it was confirmed that effectiveness declined especially with respect to severe Covid-19 for older, frail individuals, in men and individuals with any comorbidity (Supplemental Table 5).







>210 days (N=317,272)						
Men (N=97,393)	183	1·0	38	1·1	14 (-22-40)	15 (-24-41)
Women (N=219,879)	486	1·0	41	1·0	-2 (-40-26)	-11 (-55-20)
<50 years (N=95,801)	181	1·0	55	1·3	36 (13-53)	34 (8-52)
50-64 years (N=72,440)	123	0·8	7	0·5	-52 (-325-31)	-77 (-390-19)
65-79 years (N=52,586)	97	0·8	4	0·6	-37 (-373-49)	-32 (-376-54)
≥80 years (N=96,445)	268	1·3	13	0·7	-44 (-251-17)	-66 (-296-7)
Any diagnosis at baseline (N=164,108)	379	1·1	26	1·1	11 (-33-40)	1 (-147-33)
Homemaker service (N=96,138)	277	1·3	5	0·6	-68 (-405-31)	-77 (-427-27)

Preprint not peer reviewed

… ed è chiarissimo nel Regno Unito

UK Health Security Agency

Lo stesso appare ormai (*obtorto collo*) anche dai dati della Sanità pubblica UK (Covid-19 vaccine surveillance report, dalla Week 36).

Pur con le cautele interpretative *invocate*, **da una certa settimana di monitoraggio in poi i tassi** (per 100.000) **di casi positivi tra i vaccinati con 2 dosi hanno iniziato a superare quelli dei non vaccinati**.

Ciò all'inizio si è manifestato solo in alcune classi di età, poi via via il fenomeno si è esteso ad altre classi di età, secondo la progressione che vi vado a mostrare (anche se l'UK Agency ha evitato con cura di rilevarla…):

UK Health Security Agency

… un fenomeno che si stava già manifestando da oltre un mese: Covid-19 vaccine surveillance report, Week 36

COVID-19 vaccine surveillance report
Week 36

COVID-19 vaccine surveillance report – week 36

Table 4. COVID-19 cases by vaccination status between week 32 and week 35 2021

Cases reported by week of specimen date between week 32 and week 35 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	167,832	15,901	141,676	8,132	1,366	757	476.0	1,192.9
18-29	176,392	19,529	53,187	4,598	66,545	32,533	711.1	1,520.8
30-39	113,373	12,452	33,986	1,497	22,434	43,004	782.2	1,143.9
40-49	97,881	8,930	15,106	496	6,000	67,349	1,116.2	880.4
50-59	84,488	6,868	7,552	168	2,248	67,65[illegible]	962.0	729.7
60-69	45,252	3,657	2,650	54	772	38,1[illegible]	672.3	487.5
70-79	25,499	2,034	910	12	273	22,270	480.5	367.5
80+	12,011	1,124	545	9	246	10,087	391.1	427.4

+766

e che si è confermato nelle settimane 37, 38, 39 dei successivi rapporti di sorveglianza vaccinale di Public Health England). Si nota infatti che, fin dalla settimana 36, **dai 40-49 anni fino ai 70-79 i tassi**

x 100.000 d'infezione tra i vaccinati con 2 dosi superano quelli dei non vaccinati: **+766 casi**

Nelle settimane seguenti il sorpasso dei casi x 100.000 tra i vaccinati si accentua, coinvolgendo anche gli 80enni e i 40enni…:

COVID-19 vaccine surveillance report – week 37

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 33 and week 36 2021

Cases reported by specimen date between week 33 and week 36 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	190,863	16,825	161,418	9,812	1,999	809	458.2	1,362.3
18-29	145,087	15,923	44,455	3,280	50,338	31,091	633.3	1,284.9
30-39	105,839	11,081	31,577	1,225	17,273	44,683	795.9	1,069.8
40-49	98,990	8,593	14,570	426	5,215	70,186	1,157.3	852.6
50-59	84,468	6,559	7,215	145	2,080	68,469	972.1	699.2
60-69	46,557	3,462	2,592	51	766	39,68	699.5	477.7
70-79	26,937	2,012	918	8	260	23,739	512.3	371.1
80+	12,563	1,142	540	9	256	10,616	412.3	424.5

+941

COVID-19 vaccine surveillance report – week 38

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 34 and week 37 2021

Cases reported by specimen date between week 34 and week 37 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	219,031	17,862	188,468	9,288	2,740	673	349.5	1,592.2
18 to 29	109,093	12,556	35,776	[illegible]	31,099	27,441	533.5	1,041.7
30 to 39	95,772	9,698	27,959	[illegible]	12,940	44,193	775.2	952.9
40 to 49	96,254	7,930	13,395	[illegible]	4,439	70,141	1,151.2	787.1
50 to 59	78,706	5,897	6,527	[illegible]	1,811	64,3[illegible]	912.3	634.4
60 to 69	43,850	3,228	2,341	[illegible]	711	37,53[illegible]	661.2	432.1
70 to 79	25,712	1,798	889	[illegible]	222	22,796	492.0	359.8
80+	12,164	1,077	490	[illegible]	221	10,369	403.4	386.1

+1021

COVID-19 vaccine surveillance report – week 39

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 35 and week 38 2021

Cases reported by specimen date between week 35 and week 38 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	273,685	20,290	240,077	8,217	4,419	682	330.4	2,032.0
18-29	87,622	10,336	29,488	1,652	20,962	25,184	475.6	863.0
30-39	89,030	8,575	24,770	826	9,888	44,971	780.1	848.9
40-49	99,159	7,350	12,536	307	4,009	74,957	1,225.5	739.5
50-59	74,397	5,227	5,874	96	1,602	61,59[illegible]	872.1	572.4
60-69	40,346	2,887	2,028	28	629	34,[illegible]	612.3	374.9
70-79	23,835	1,584	783	7	212	21,24[illegible]	458.7	317.3
80+	11,415	988	446	4	212	9,765	380.1	352.5

+1192

COVID-19 vaccine surveillance report – week 40

poi anche i 30enni...

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 36 and week 39 2021

Cases reported by specimen date between week 36 and week 39 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before	Received one dose, ≥21 days before [illegible]ecimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	305,428	20,967	272,98[illegible]		5,898	609	278.8	2,325.7
18-29	67,820	8,556	23,44[illegible]		12,593	22,112	409.6	688.1
30-39	81,532	7,534	21,449[illegible]		7,468	44,391	763.6	738.4
40-49	101,094	6,839	11,662[illegible]		3,653	78,643	1,281.8	690.2
50-59	70,731	4,668	[illegible]		1,464	59,366	839.5	502.5
60-69	36,953	2,585	[illegible]		546	31,9[illegible]	563.1	332.9
70-79	22,142	1,367	[illegible]		207	19,86[illegible]	428.9	281.4
80+	10,581	869	[illegible]		199	9,106	354.4	319.5

+1366

COVID-19 vaccine surveillance report – week 41

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 37 and week 40 2021

Cases reported by specimen date between week 37 and week 40 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	348,514	22,301	311,199	6,396	7,964	654	276.5	2,670.7
18-29	60,057	7,683	20,547	837	8,937	22,053	402.6	605.0
30-39	83,007	7,138	20,532	626	6,479	48,232	823.9	709.8
40-49	111,896	6,778	11,729	292	3,551	89,546	1,455.8	696.2
50-59	74,981	4,506	4,998	85	1,463	63,929	903.1	489.3
60-69	38,184	2,455	1,694	24	525	33,486	589.0	314.1
70-79	23,109	1,363	622	7	201	20,91	451.5	253.0
80+	10,770	839	375	7	184	9,365	364.6	298.5

+1827

COVID-19 vaccine surveillance report – week 42

Table 2. COVID-19 cases by vaccination status between week 38 and week 41 2021

Cases reported by specimen date between week 38 and week 41 2021	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1-20 days before specimen date)	Received one dose, ≥21 days before specimen date	Second dose ≥14 days before specimen date	Rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)	Rates among persons not vaccinated (per 100,000)
Under 18	397,882	24,292	351,148	[illegible]	11,001	743	314.1	3,013.6
18-29	62,885	7,512	20,902	[illegible]	8,404	25,309	462.1	615.4
30-39	92,257	7,346	21,726	[illegible]	6,545	56,004	956.7	751.1
40-49	130,904	7,297	13,022	[illegible]	3,800	106,492	1,731.3	772.9
50-59	88,020	4,790	5,399	[illegible]	1,632	76,119	1,075.3	528.6
60-69	45,155	2,614	1,8[illegible]	[illegible]	617	40,028	704.1	347.1
70-79	27,360	1,559	[illegible]	[illegible]	215	24,9[illegible]	537.9	267.6
≥80	11,907	854	[illegible]	[illegible]	215	10,44[illegible]	406.8	304.1

+2441

Table 5. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

	Cases reported by specimen date between week 39 and week 42 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 39 and week 42 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 39 and week 42 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 39 and week 42 2021	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	586.2	3,149.6	0.7	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0
18-29	532.9	674.0	1.3	6.4	0.1	0.2	0.1	0.3
30-39	1,071.8	817.7	3.4	15.4	0.1	0.6	0.2	0.9
40-49	1,936.2	834.9	7.1	28.8	0.5	2.0	0.6	3.2
50-59	1,248	586.1	8.9	43.0	1.1	7.1	1.6	9.6
60-69	836	391.2	14.6	52.0	4.3	19.0	5.6	25.8
70-79	635.4	312.2	29.8	76.7	13.0	39.7	15.9	47.6
≥80	432.5	333.8	56.8	120.8	44.9	110.0	55.5	128.5

+2885

Prosegue il trend all'aumento d'infezioni tra i vaccinati con 2 dosi vs non vaccinati. E per la 1ª volta le infezioni totali (comprese pediatriche) sono maggiori nei vaccinati (+580)

COVID-19 vaccine surveillance report - week 44

Table 5. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 13-15 of this report, and the footnotes provided on page 21.

	Cases reported by specimen date between week 40 and week 43 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 40 and week 43 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 40 and week 43 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 40 and week 43 2021	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	345.8	2,891.2	0.4	[illegible]	[illegible]	0.1	0.0	0.1
18-29	614.4	709.5	1.3	[illegible]	[illegible]	0.2	0.1	0.3
30-39	1,221.3	893.0	3.2	[illegible]	[illegible]	0.6	0.2	0.8
40-49	2,124.6	932.9	7.6	[illegible]	[illegible]	2.2	0.7	3.3
50-59	[illegible]	[illegible]	9.7	[illegible]	[illegible]	7.9	1.8	10.2
60-69	[illegible]	460.5	16.7	[illegible]	[illegible]	21.9	6.2	29.1
70-79	740.6	372.9	33.8	[illegible]	[illegible]	46.8	17.7	53.3
≥80	480.3	374.9	62.3	[illegible]	[illegible]	125.0	64.2	144.1

+3.284

Non vorrete dirmi che…

Continua il trend all'aumento d'infezioni tra i vaccinati con 2 dosi vs non vaccinati. E per la 2ª volta le infezioni totali (comprese pediatriche) sono maggiori nei vaccinati (+644)

COVID-19 vaccine surveillance report – week 45

Table 6. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 14 to 16 of this report, and the footnotes provided on page 22.

	Cases reported by specimen date between week 41 and week 44 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 41 and week 44 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 41 and week 44 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 41 and week 44 2021	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted [illegible]	Unadjusted [illegible]	Unadjusted [illegible] among [illegible]sons not [illegible]cinated [illegible],000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	575.5	2,648.3	1.4	5.2	[illegible]	[illegible].1	0.0	0.1
18-29	666.5	768.1	1.4	7.8	0.0	[illegible]	0.1	0.3
30-39	1,270.4	924.2	4.1	17.3	0.2	[illegible]	0.2	1.0
40-49	2,111.1	933.0	8.8	33.3	0.6	[illegible]	0.8	3.1
50-59	[illegible]	666.0	11.7	54.4	[illegible]	[illegible]	1.9	10.3
60-69	1,[illegible].4	477.7	20.6	63.9	[illegible]	[illegible]	7.1	28.9
70-79	726.5	395.5	39.3	103.8	[illegible]	[illegible]	19.2	59.4
≥80	430.8	395.4	64.1	159.2	[illegible]	[illegible]	65.6	142.3

+3.236

… questi vaccini nel tempo mi danneggiano l'immunità…?!

Prosegue l'aumento d'infezioni tra i vaccinati con 2 dosi vs non vaccinati. E **si accentua l'eccesso di infezioni totali** (comprese quelle pediatriche) **nei vaccinati** (**+1.062**)

COVID-19 vaccine surveillance report – week 46

Table 6. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 14-16 of this report, and the footnotes provided on page 22.

	Cases reported by specimen date between week 42 and week 45 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 42 and week 45 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 42 and week 45 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 42 and week 45 2021	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted ra among persor vaccinated wi doses (per 100,000)[2]			Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	531.2	2,301.2	0.0	4.6		0.1	0.0	0.1
18-29	713.2	805.2	1.4	8.4		0.3	0.0	0.3
30-39	1,314.9	948.7	4.1	16.9		0.9	0.2	1.1
40-49	2,043.5	929.5	8.5	31.2		2.6	0.9	3.2
50-59	1,442.[illegible]	689.6	12.4	53.0		9.8	2.1	11.9
60-69	[illegible]	495.4	20.5	68.0		27.3	7.8	33.5
70-79	[illegible]	420.9	37.1	103.0		60.4	20.3	65.5
≥80	383.2	417.9	58.7	157.9		140.1	66.6	155.5

Cresce ancora l'eccesso di infezioni totali tra i vaccinati!?!

+3.039

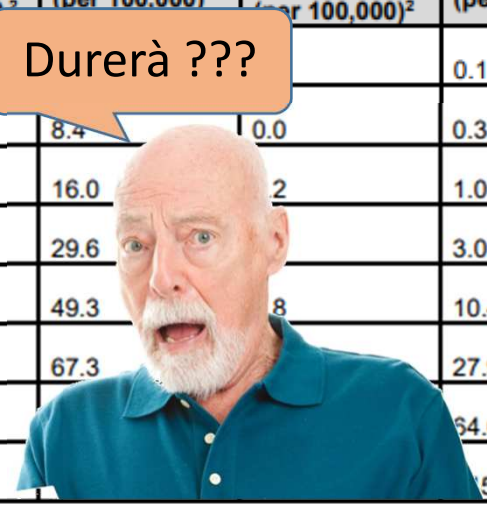
Nei 30-79 aa. le infezioni tra i vaccinati con 2 dosi superano sempre quelle dei non vaccinati (in cui per la 3ª settimana c'è calo assoluto di infezioni), ma non in soggetti ≥80 (effetto 3a dose?). **Aumenta ancora l'eccesso di infezioni totali nei vaccinati** (**+1.143**).

Table 11. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 26-28 of this report, and the footnotes provided on page 34.

	Cases reported by specimen date between week 43 and week 46 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 43 and week 46 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 43 and week 46 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 43 and week 46 2021	
	[see information on population bases and unadjusted rates in footnotes 1 and 2 below this table]							
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	501.5	2,229.0	0.6	[illegible]	[illegible]	0.1	0.0	0.1
18-29	757.1	837.6	1.7	8.4	0.0	0.3	0.1	0.3
30-39	1,373.1	967.0	4.1	16.0	[illegible]2	1.0	0.3	1.1
40-49	2,022.9	933.8	7.6	29.6	[illegible]	3.0	1.0	3.6
50-59	[illegible]	697.0	12.2	49.3	[illegible]8	10.4	2.2	13.0
60-69	1,[illegible]5.6	504.1	19.6	67.3	[illegible]	27.9	7.8	32.8
70-79	538.2	422.7	31.5	[illegible]	[illegible]	[illegible]64.6	21.1	69.3
≥80	320.7	410.0	51.8	[illegible]	[illegible]	[illegible]5.5	66.6	161.0

+1.848



33

Nei 30-79 aa. le infezioni tra i vaccinati con 2 dosi superano ancora quelle non vaccinati, ma non in soggetti ≥80 (e altri): pare inizi l'effetto 3ª dose. Rimane, un po' ridotto, l'eccesso d'infezioni totali nei vaccinati delle settimane 43-46 (ora +950 casi/100.000)

Table 11. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 26-28 of this report, and the footnotes provided on page 34.

	Cases reported by specimen date between week 44 and week 47 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 44 and week 47 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 44 and week 47 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 44 and week 47 2021	
	[see information on population bases and unadjusted rates in footnotes 1 and 2 below this table]							
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 dos (per 100,0		nadjusted tes among rsons not ccinated er 100,000)[2]		Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	502.7	2,422.6	0.5		1		0.0	0.1
18-29	794.3	868.6	1.3		2		0.1	0.2
30-39	1,439.8	1,000.1	2.9	12.2		0.8	0.2	1.0
40-49	2,0	937.5	5.5	21.6		2.9	1.0	3.5
50-59	1	711.2	9.3	39.6		10.4	2.4	12.9
60-69	933.3	518.3	13.7	51.5		26.5	7.8	31.1
70-79	409.0	421.6	20.9	88.8		65.3	20.5	70.5
≥80	265.5	437.3	36.1	127.5		147.8	63.5	163.5

+2.637

Non c'è più dubbio! Dopo un po' di mesi i vaccinati doppi si infettano più dei non vaccinati

34

Nei 30-69 aa. le infezioni tra i vaccinati con 2 dosi superano ancora quelle non vaccinati, ma non più in soggetti ≥70 (e altri): si vede l'effetto 3ª dose. Persiste, ridotto, l'eccesso d'infezioni totali nei vaccinati delle settimane 43-47 (ora +459 casi/100.000)

Table 11. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 27 to 29 of this report, and the footnotes provided on page 35.

	Cases reported by specimen date between week 45 and week 48 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 45 and week 48 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 45 and week 48 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 45 and week 48 2021	
	[see information on popul						w this table]	
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 dose (per 100,000				Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	549.7	2,795.7	4.				0.0	0.0
18-29	906.3	952.6	2.1	7.8	0.0	0.3	0.1	0.3
30-39	1,629.7	1,092.8	4.0	16.6	0.1	1.1	0.2	1.3
40-49		1,034.0	7.6	29		2.7	1.1	3.5
50-59	62.4	780.9	10.7	51.2		11.0	2.2	13.6
60-69	870.9	554.1	15.2	77.0		25.2	7.5	29.7
70-79	324.1	441.3	20.6	118.		67.2	18.6	72.8
≥80	245.4	461.0	40.1	163.6		157.3	60.1	173.1

+2.795

Ora ancor meno dubbi! Dopo un po' di mesi, i vaccinati con due dosi si infettano più dei non vaccinati

Nei 30-69 aa. le infezioni tra i vaccinati con 2 dosi superano sempre quelle dei non vaccinati, ma non più in soggetti ≥70 (e altri): effetto 3ª dose (per quanto?). Persiste, ridotto, l'eccesso d'infezioni totali nei vaccinati visto in sett. 43-48 (ora +169 casi/100.000)

Table 11. Unadjusted rates of COVID-19 infection, hospitalisation and death in vaccinated and unvaccinated populations.

Please note that the following table should be read in conjunction with pages 31 to 33 of this report, and the footnotes provided on page 39.

	Cases reported by specimen date between week 46 and week 49 2021		Cases presenting to emergency care (within 28 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 46 and week 49 2021		Death within 28 days of positive COVID-19 test by date of death between week 46 and week 49 2021		Death within 60 days of positive COVID-19 test by date of death between week 46 and week 49 2021	
	[see information on po					and 2 below this table]		
	Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[1,2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[1,2]	Unadjus rates an persons vaccina with 2 d (per 100		usted among ns not nated 00,000)[2]		Unadjusted rates among persons vaccinated with 2 doses (per 100,000)[2]	Unadjusted rates among persons not vaccinated (per 100,000)[2]
Under 18	503.9	2,960.4	3.5				0.4	0.0
18-29	1,240.2	1,126.0	2.0	8.4		0.3	0.1	0.3
30-39	1,925.7	1,227.0	4.5	18.9		1.3	0.2	1.5
40-49		1,136.6	8.1	33.2		3.0	1.0	4.0
50-59		844.9	10.3	57.2		10.5	2.2	12.9
60-69	793.0	596.4	13.7	84.5	5.4	23.2	7.2	27.1
70-79	280.1	463.1	17.7	126.6	12.9	67.1	16.8	72.4
≥80	235.9	505.0	36.8	180.5		171.0	57.5	185.2

+3.033

Dai dati, all'inizio si infettano meno, ma a distanza i vaccinati si infettano di più!

39

Nei soggetti ≥70 anni i vaccinati hanno meno infezioni (effetto 3ª dose: per quanto?). Ma oggi anche dai 18-29 fino ai 69 anni le infezioni nei vaccinati con 2 dosi superano quelle dei non vaccinati. Persiste l'eccesso d'infezioni totali nei vaccinati, visto sempre a partire dalla sett. 43 (ora +124 casi/100.000)

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, una **Commissione Medico-Scientifica** (**CMS**) indipendente, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle,

ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico** che possa affrontare con priorità i seguenti temi:

1) Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMoMo, Eurostat, Istat). Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Implicazioni.

2) Vaccini anti-Sars-CoV-2 e (effimera) prevenzione dell'infezione. Implicazioni

3) Bilancio danni/benefici della vaccinazione in età pediatrica → *Slide Frajese*

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (*perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti*)

5) Sorveglianza attiva vs passiva (che sottostima in modo enorme reaz. avverse)

[6) garanzie vs trasmissione da tampone antigenico verso vaccinazione (2 dosi)]

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, una **Commissione Medico-Scientifica** (**CMS**) indipendente, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle,

ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico** che possa affrontare con priorità i seguenti temi:

1) Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMoMo, Eurostat, Istat). Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Implicazioni.

2) Vaccini anti-Sars-CoV-2 e (labile) prevenzione dell'infezione. Implicazioni

3) Bilancio danni/benefici della vaccinazione pediatrica, per i singoli e la comunità

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (*perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti*)

5) Sorveglianza attiva vs sorveglianza passiva, che sottostima le reazioni avverse in misura enorme rispetto a quanto si pensa. Implicazioni.

[6) garanzie da trasmissione di tampone antigenico vs vaccinazione (2 dosi)]

Un argomento ricorrente per vaccinare i bambini è che – se no – sarebbero un *serbatoio di virus*

C'è *consenso unanime* (?!) tra gli *esperti*: vaccinare i bambini, *serbatoio* dove i virus continuano a circolare, a creare *varianti*… nuove *ondate*

Sono un *brodo di coltura*, togliere la patria potestà, vaccinare, obbligare…

Anzitutto, oggi si sa quanto resta infettante il virus (in soggetti non immunodepressi)

SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding, and infectiousness: a systematic review and meta-analysis

Muge Cevik, Matthew Tate, Ollie Lloyd, Alberto Enrico Maraolo, Jenna Schafers, Antonia Ho

E negli asintomatici la *clearance* virale è più veloce

Findings 79 studies (5340 individuals) on SARS-CoV-2, eight studies (1858 individuals) on SARS-CoV, and 11 studies (799 individuals) on MERS-CoV were included. Mean duration of SARS-CoV-2 RNA shedding was 17·0 days

Nessuno studio ha trovato virus vivi oltre i 9 giorni di malattia, pur in presenza di cariche virali alte e di prolungata eliminazione di RNA virale in campioni respiratori e fecali. Il picco è dall'esordio dei sintomi al 5° giorno di malattia

SARS-CoV-2 shedding duration was positively associated with age (slope 0·504 [95% CI 0·119–0·499], p=0·0016). No study detected live virus beyond day 9 of illness, despite persistently high viral loads, which were inferred from cycle threshold values. SARS-CoV-2 viral load in the upper respiratory tract appeared to peak in the first week of illness, whereas that of SARS-CoV peaked at days 10–14 and that of MERS-CoV peaked at days 7–10.

Interpretation Although SARS-CoV-2 RNA shedding in respiratory and stool samples can be prolonged, duration of viable virus is relatively short-lived. SARS-CoV-2 titres in the upper respiratory tract peak in the first week of illness. Early case finding and isolation, and public education on the spectrum of illness and period of infectiousness are key to the effective containment of SARS-CoV-2.

www.thelancet.com/microbe Vol 2 January 2021

Che cosa c'è di scientifico nel luogo comune del *serbatoio*? Proviamo a ragionare.

Un bambino infettato in genere ha sintomi lievi (o nessuno) e guarisce in fretta, ottenendo un'immunità duratura.

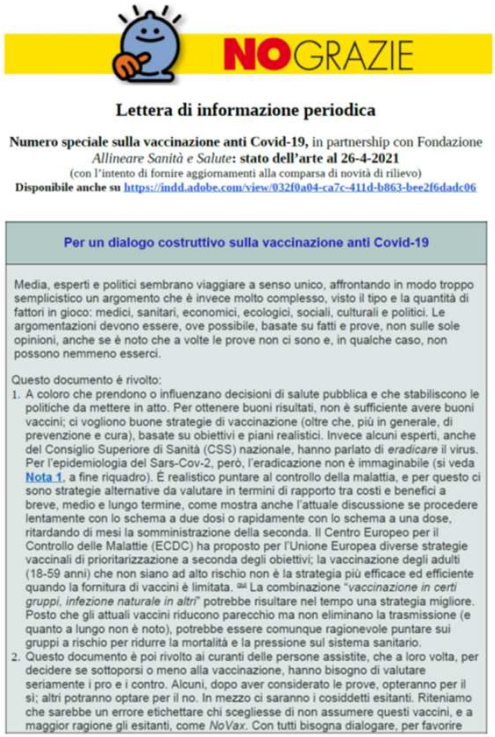
La maggior infettività è nei due giorni che precedono i sintomi, fino al 5° giorno dalla loro comparsa. Dunque, **~ una settimana di infettività**: in 79 studi analizzati da *The Lancet*, nessuno ha trovato virus vivi oltre il 9° giorno, pur potendo i pazienti ancora emettere (anche settimane!) frammenti virali non *vitali*.

Dunque in un anno di 52 settimane, il bambino o non è mai contagioso, o lo è per 1 settimana circa, e nelle altre 51 è diventato immune!

Altro che *serbatoio* di virus!

In base ai dati disponibili, la protezione da infezione naturale, anche asintomatica, sembra almeno pari o superiore e -al momento- più duratura qui, qui, qui, qui, qui, qui, qui, qui, qui e senza declino a ≥10-11-12 mesi, anche in infezioni asintomatiche qui. Una robusta immunità da cellule T è presente anche in guariti asintomatici senza anticorpi dimostrabili. qui, qui

Lo abbiamo documentato nel «Dialogo sulla vaccinazione antiCovid-19 3.0», numero speciale in progress della Lettera di informazione periodica del Gruppo NoGrazie



NOGRAZIE

Lettera di informazione periodica

Numero speciale sulla vaccinazione anti Covid-19, in partnership con Fondazione *Allineare Sanità e Salute*: **stato dell'arte al 26-4-2021**
(con l'intento di fornire aggiornamenti alla comparsa di novità di rilievo)
Disponibile anche su https://indd.adobe.com/view/032f0a04-ca7c-411d-b863-bee2f6dadc06

Per un dialogo costruttivo sulla vaccinazione anti Covid-19

Media, esperti e politici sembrano viaggiare a senso unico, affrontando in modo troppo semplicistico un argomento che è invece molto complesso, visto il tipo e la quantità di fattori in gioco: medici, sanitari, economici, ecologici, sociali, culturali e politici. Le argomentazioni devono essere, ove possibile, basate su fatti e prove, non sulle sole opinioni, anche se è noto che a volte le prove non ci sono e, in qualche caso, non possono nemmeno esserci.

Questo documento è rivolto:

1. A coloro che prendono o influenzano decisioni di salute pubblica e che stabiliscono le politiche da mettere in atto. Per ottenere buoni risultati, non è sufficiente avere buoni vaccini; ci vogliono buone strategie di vaccinazione (oltre che, più in generale, di prevenzione e cura), basate su obiettivi e piani realistici. Invece alcuni esperti, anche del Consiglio Superiore di Sanità (CSS) nazionale, hanno parlato di *eradicare* il virus. Per l'epidemiologia del Sars-Cov-2, però, l'eradicazione non è immaginabile (si veda Nota 1, a fine riquadro). È realistico puntare al controllo della malattia, e per questo ci sono strategie alternative da valutare in termini di rapporto tra costi e benefici a breve, medio e lungo termine, come mostra anche l'attuale discussione se procedere lentamente con lo schema a due dosi o rapidamente con lo schema a una dose, ritardando di mesi la somministrazione della seconda. Il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) ha proposto per l'Unione Europea diverse strategie vaccinali di prioritarizzazione a seconda degli obiettivi; la vaccinazione degli adulti (18-59 anni) che non siano ad alto rischio non è la strategia più efficace ed efficiente quando la fornitura di vaccini è limitata. [iii] La combinazione "*vaccinazione in certi gruppi, infezione naturale in altri*" potrebbe risultare nel tempo una strategia migliore. Posto che gli attuali vaccini riducono parecchio ma non eliminano la trasmissione (e quanto a lungo non è noto), potrebbe essere comunque ragionevole puntare sui gruppi a rischio per ridurre la mortalità e la pressione sul sistema sanitario.
2. Questo documento è poi rivolto ai curanti delle persone assistite, che a loro volta, per decidere se sottoporsi o meno alla vaccinazione, hanno bisogno di valutare seriamente i pro e i contro. Alcuni, dopo aver considerato le prove, opteranno per il sì; altri potranno optare per il no. In mezzo ci saranno i cosiddetti esitanti. Riteniamo che sarebbe un errore etichettare chi scegliesse di non assumere questi vaccini, e a maggior ragione gli esitanti, come *NoVax*. Con tutti bisogna dialogare, per favorire

Cosa succede invece al vaccinato? Lo abbiamo visto in data 24-4-21, è pubblicato sul BMJ e documentato dall'esperienza inglese, e poi di tanti altri Paesi.

Check for updates

London

Cite this as: *BMJ* 2021;372:n783
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n783
Published: 19 March 2021

Covid-19: Stronger warnings are needed to curb socialising after vaccination, say doctors and behavioural scientists

Michael Day

Experts have called for stronger health warnings for people being vaccinated against covid-19 after obser vacci

L'incidenza giornaliera dei casi è circa raddoppiata dopo la vaccinazione fino circa all'8° giorno

Earlie England of vaccination in the over 70s found a "notable" rise in covid-19 infections in people immediately after they received the Pfizer-BioNTech or AstraZeneca vaccine.[1] Similarly, a study of Israel's vaccination programme, reported in February, found a similar spike in cases among people who had just been jabbed.[2] It found that daily incidence approximately doubled after vaccination until about day 8.

A survey by the UK's Office for National Statistics, looking at coronavirus and vaccine attitudes and behaviours in England in February,[3] shows why these spikes may be happening. Among over 80s who had received their first dose of a vaccine in the previous three weeks, 41% reported having met up with someone other than a household member, care worker, or member of their support bubble indoors since vaccination, thereby breaking lockdown regulations.

Rubin said that authorities needed to ram home the message that people have little or no immunity to the

7—the penultimate page—of the information leaflet handed out during vaccination. It states: "It may take a week or two for your body to build up some protection from the first dose of vaccine. Like all medicines, no vaccine is completely effective."[6] But Rubin said that this was not prominent enough.

The BMJ asked Public Health England to comment on the suggestion that health leaflets should give greater emphasis to the fact that vaccines do not provide immediate immunity. A spokesman simply referred *The BMJ* to the existing information.

Rubin said that the NHS should also consider hammering home the message verbally. He said, "I do think that this one-to-one situation, when the person is getting jabbed, is a perfect opportunity for the person giving the vaccine to say that the recipient won't be protected for a few weeks—and to remind them that they need to continue sticking to the rules on social distancing and not meeting people outside

BMJ: first published as 10.1136/bmj.n783 on 19 March 2021. Downloaded from

Non è detto, dunque, che nell'arco di un anno l'infettività nel vaccinato duri meno di quella dell'infezione naturale di un giovane: se va ri-vaccinato, forse dura di più!

The Lancet Regional Health - Americas 1 (2021) 100025

Contents lists available at ScienceDirect

The Lancet Regional Health - Americas

journal homepage: www.elsevier.com/locate/lana

Research paper

Effectiveness of CoronaVac among healthcare workers in the setting of high SARS-CoV-2 Gamma variant transmission in Manaus, Brazil: A test-negative case-control study

Matt D.T. Hitchings[1,2,*], Otavio T. Ranzani[3,4,*], Mario Sergio Scaramuzzini Torres[5],

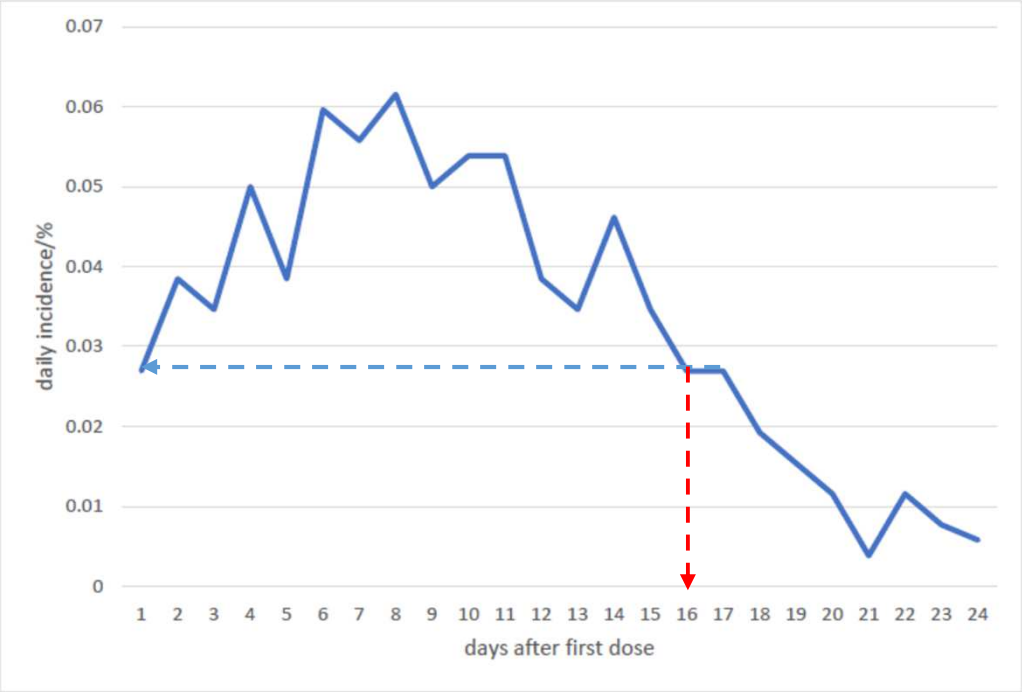


Figure 2. Daily incidence of new infections by days from first dose

Che cosa accade nelle 2 settimane dopo l'inoculo?!

Hitchings ha documentato sia che l'efficacia vaccinale è apprezzabile solo dopo il 14° giorno dall'inoculo, sia che nelle prime due settimane il rischio era aumentato dell'85% (per le forme sintomatiche) e del 116% (per tutte le infezioni) rispetto ai non vaccinati

Per asintomatici è anche peggio: Adjusted OR 3,7 (1,48-9,22) nei 14 gg dopo 1ª dose, e, anche 14 gg *dopo* la 2ª, totale **in**efficacia pratica

Supplementary Table 5: Vaccine effectiveness against all SARS-CoV-2 infection

	Early analysis: All SARS-CoV-2 infection		Primary analysis: All SARS-CoV-2 infection	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Unadjusted Analysis				
1 dose: 0-13 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*	1.81 (1.26-2.61)	<0.001	2.05 (1.43-2.94)	<0.001
1 dose: ≥14 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*			0.90 (0.54-1.50)	0.68
Adjusted analysis				
0-13 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*	1.85 (1.26-2.71)	<0.001	2.16 (1.47-3.17)	<0.001
≥14 days after 1st vaccine dose vs. unvaccinated*			0.88 (0.52-1.50)	0.64

di Margherita De Bac **Corriere della Sera** 23 luglio 2021

Sicuramente il meccanismo genetico che ha fatto sorgere la variante Delta è un'evoluzione spontanea e convergente del virus condizionata dalla pressione dell'immunità sia naturale sia indotta dai vaccini».

Nature. 2001 Dec 13;414(6865):751-6. doi: 10.1038/414751a.

Imperfect vaccines and the evolution of pathogen virulence

Se lasciano entrare il patogeno più di quanto contrastino la gravità della patologia...

S Gandon[1], … A F Read

Abstract Vaccines rarely provide full protection from disease. Nevertheless, partially effective (imperfect) vaccines may be used to protect both individuals and whole populations.

We studied the potential impact of different types of imperfect vaccines on the evolution of pathogen virulence (induced host mortality) and the consequences for public health.

We show that **vaccines designed to reduce pathogen growth rate and/or toxicity diminish selection against virulent pathogens. The subsequent evolution leads to higher levels of intrinsic virulence and hence to more severe disease** in unvaccinated individuals **(ndr: all'inizio, e in prospettiva nella comunità).**
This evolution can erode any population-wide benefits such that overall mortality rates are unaffected, or even increase, with the level of vaccination coverage.

In contrast, **infection-blocking vaccines induce no such effects, and can even select for lower virulence**. These findings have policy implications for the development and use of vaccines.

PLOS | BIOLOGY

Se lasciano entrare il patogeno più di quanto contrastino la gravità della patologia…

RESEARCH ARTICLE

Imperfect Vaccination Can Enhance the Transmission of Highly Virulent Pathogens

Andrew F. Read[1,2]*, Susan J. Baigent[3], Claire Powers[3], Lydia B. Kgosana[3], Luke Blackwell[3], Lorraine P. Smith[3], David A. Kennedy[1,2], Stephen W. Walkden-Brown[4], Venugopal K. Nair[3]

1 Center for Infectious Disease Dynamics, Departments of Biology and Entomology, The Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania, United States of America, 2 Fogarty International Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, United States of America, 3 Avian Oncogenic Virus Group, The …

is that natural selection will remove highly lethal pathogens if host death greatly reduces transmission. Vaccines that keep hosts alive but still allow transmission could thus allow very virulent strains to circulate in a population. Here we show experimentally that immunization of chickens against Marek's disease virus enhances the fitness of more virulent

(Fig 3) [39]. But whatever was responsible for the evolution of more virulent strains in the first place (and there may be many causes), our data show that vaccination is sufficient to maintain hyperpathogenic strains in poultry flocks today. By keeping infected birds alive, vaccination substantially enhances the transmission success and hence spread of virus strains too lethal to

Andrew F. Read

Non mi starai mica inoculando un vaccino *imperfetto*…!

two evolutionary pressures (within-host selection favouring virulent variants for their ability to evade immunity and vaccine-induced relaxation of between-host selection against virulence) could together generate very potent selection for more virulent strains [4]. Within-host competition between strains could add further selection for higher virulence [41,42].

Ma dunque dovremmo lasciar morire i vecchi e i fragili per far finire la pandemia?!

No! Avremmo soluzioni migliori, anche come strategie vaccinali!

Anche nei primi mesi 2021 si osserva una riduzione % della mortalità 0-49 aa. vs 2015-19

Tabella 5. Variazione dei decessi per il complesso delle cause, per genere, classe di età e ripartizione. Primo trimestre del 2021 vs 2015-2019. Valori assoluti e variazioni percentuali.

Classi di età	media 2015/2019	2020	2021	% decessi 2021	differenza 2021, 2015-2019	differenza % 2021 vs quinquenn. 2015-2019
				gennaio		
0-49	1.804	1.592	1.588	2,2	-216	**-12%**
50-64	5.061	4.774	5.435	7,5	374	
65-79	16.818	14.849	17.764	24,4	946	
80+	44.642	40.804	48.061	66,0	3.419	
Totale	68.324	62.019	72.848		4.524	
				febbraio*		
0-49	1.558	1.452	1.293	2,2	-265	**-17%**
50-64	4.392	4.311	4.653	8,0	261	
65-79	14.324	13.574	14.504	25,0	180	
80+	37.142	36.733	37.463	64,7	321	
Totale	57.416	56.070	57.913		497	
				marzo		
0-49	1.650	1.646	1.472	2,2	-178	**-10,8%**
50-64	4.484	5.958	5.319	8,0	835	
65-79	14.742	22.695	17.427	26,3	2.685	
80+	37.391	56.202	41.992	63,4	4.601	
Totale	58.267	86.501	66.210		7.943	

**La variazione rispetto al 2020 è stata effettuata considerando i decessi per febbraio a 28 giorni.*
Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

Be', almeno sotto i 50 anni si è (era) morti davvero meno!

Ora che anziani e malati sono vaccinati, perché ci volete a forza *proteggere*?!

Science

REPORTS

Cite as: J. S. Lavine *et al.*, *Science* 10.1126/science.abe6522 (2021).

Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity

Jennie S. Lavine[1]*, Ottar N. Bjornstad[2], Rustom Antia[1]

[1]Department of Biology, Emory University, Atlanta, GA 30322, USA. [2]Department of Biology and Center for Infectious Disease Dynamics, The Pennsy University Park, PA 16802, USA.

***Corresponding author. Email: jslavin@emory.edu**

We are currently faced with the question of how the CoV-2 severity may change in the years ahead. Our analysis of immunological and epidemiological data on endemic human coronaviruses (HCoVs) shows that infection-blocking immunity wanes rapidly, but disease-reducing immunity is long-lived. Our model, incorporating these components of immunity, recapitulates both the current severity of CoV-2 and the benign nature of HCoVs, suggesting that once the endemic phase is reached and primary exposure is in childhood, CoV-2 may be no more virulent than the common cold. We predict a different outcome for an

Ciò non significa che bambini e giovani adulti sani dovrebbero rinunciare a ogni precauzione, perché ridurre inoculi troppo alti è comunque utile!

Ma significa ad esempio che →

Esempi di misure razionali

Nelle classi

- Utilizzare gli spazi ampi disponibili (es. atri)
- Più docenti per tenere classi più piccole (e distanze tra banchi)
- Dotare l'insegnante di microfono (economico, riduce decine di volte l'aerosol) // Abituare tutti a non alzare la voce!

Ventilazione

- Aprire porte e finestre per ricambio d'aria (rapida diluizione aerosol)
- Tenere nelle classi rilevatori di CO_2 per misurare la qualità dell'aria
- Non tenere al chiuso lezioni ad alto rischio (canto, strumenti a fiato)
- Comunque insegnare all'aperto ogni volta che è possibile
- Educazione fisica sempre all'aperto, e **senza maschere**!

Protezioni individuali

- Mascherine trasparenti quando necessarie
- Mascherine di stoffa, lavabili, ecologicamente sostenibili (event. visiere)
- Accettare siano tolte seduti al banco
- … o almeno di liberare il naso!

Servizi igienici

- Sostituire rubinetti a manopola con leve (con targhe/cartelli educativi…)

Lunedì 5 Luglio 2021 Corriere della Sera

A settembre rientro a scuola ~~con mascherina~~ e distanziamento

La raccomandazione del Comitato tecnico scientifico. I dubbi sull'utilizzo del green pass per i minori

Il Messaggero, 27 luglio 2021

https://www.ilmessaggero.it/video/politica/scuola_appello_ministro_bianchi_studenti_vaccinarsi_atto_responsabilita-6105523.html

Scuola, l'appello del ministro Bianchi agli studenti: «Vaccinarsi è atto di responsabilità e solidarietà»

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.20.21260863; this version posted July 22, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. All rights reserved. No reuse allowed without permission.

1 **Typically asymptomatic but with robust antibody formation: Children's unique**

2 **humoral immune response to SARS-CoV-2**

3 Hanna Renk MD[1*], Alex Dulovic Dr.rer.nat[2*], Matthias Becker M.Sc[2], Dorit Fabricius MD[3], Maria Zernickel[3], Daniel

Methods: In this prospective observational multi-center cohort study, we followed 328 households, consisting of 548 children and 717 adults, with at least one member with a previous laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection. The serological response was assessed at 3-4 months and 11-12 months after infection using a bead-based multiplex

seropositive. Children were five times more likely to have seroconverted without symptoms compared to adults. Despite the frequently asymptomatic course of infection, children had higher specific antibody levels, and their antibodies persisted longer than in adults (96.22% versus 82.89% still seropositive 11-12 months post infection). Of note, symptomatic and asymptomatic infections induced similar humoral responses in all age groups. In

Anticorpi a 6 mesi da 2 dosi vaccinali o da infezione naturale

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.08.19.21262111; this version posted August 22, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection

Ariel Israel[1] MD, PhD (e-mail: dr.ariel.israel@gmail.com, 0000-0003-4389-8896)

[1] Leumit Research Institute & Department of Family Medicine, Leumit Health Services, Israel

Results: A total of 2,653 individuals fully vaccinated by two doses of vaccine during the study period and 4,361 convalescent patients were included. Higher SARS-CoV-2 IgG antibody titers were observed in vaccinated individuals (median 1581 AU/mL IQR [533.8-5644.6]) after the second vaccination, than in convalescent individuals (median 355.3 AU/mL IQR [141.2-998.7]; p<0.001). In vaccinated subjects, antibody titers decreased by up to 40% each subsequent month while in convalescents they decreased by less than 5% per month. Six months after BNT162b2 vaccination 16.1% subjects had antibody levels below the seropositivity threshold of <50 AU/mL, while only 10.8% of convalescent patients were below <50 AU/mL threshold after 9 months from SARS-CoV-2 infection.

4,5 volte di più, ma…

…

dopo 6 mesi **inversione**, che continua, **a vantaggio dell'infezione naturale!**

Safety Monitoring of mRNA Vaccines Administered During the Initial 6 Months of the U.S. COVID-19 Vaccination Program: Reports to Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) and v-safe

Hannah G. Rosenblum, MD[1,2]; Julianne M. Gee, MPH[1]; Ruiling Liu, PhD[1]; Paige L. Marquez, MSPH[1];

V-safe: esempio USA di sorveglianza (quasi) attiva, che l'Italia non fa

October 28, 2021

***Table* 6: Reported local and systemic reactions*, and reported health impact following mRNA COVID-19 vaccines reported days 0–7 after vaccination to v-safe, by manufacturer and dose—December 14, 2020 – June 14, 2021**

	Both mRNA vaccines		BNT162b2 vaccine		mRNA-1273 vaccine	
	Dose 1 (n=6,775,515)	Dose 2 (n=5,674,420)	Dose 1 (n=3,455,778)	Dose 2 (n=2,920,526)	Dose 1 (n=3,319,737)	Dose 2 (n=2,753,894)
Any injection site reaction	4,644,989 (68·6)	4,068,44[illegible] (71·7)	2,212,051 (64·0)	1,908,1[illegible] (65·3)	2,432,938 (73·3)	2,160,32[illegible] (78·4)
Any systemic reaction	3,573,429 (52·7)	4,018,920 (70·8)	1,771,509 (51·3)	1,931,643 (66·1)	1,801,920 (54·3)	2,087,277 (75·8)
Fatigue	2,295,205 (33·9)	3,158,29[illegible] (55·7)	1,127,904 (32·6)	1,475,64[illegible] (50·5)	1,167,301 (35·2)	1,682,6[illegible] (61·1)
With reported health impact*	808,963 (11·9)	1,821,421 (32·1)	361,834 (10·5)	740,529 (25·4)	447,129 (13·5)	1,080,892 (39·2)
Unable to do normal activity	658,330 (9·7)	1,501,679 (26·5)	290,207 (8·4)	598,58[illegible] (20·5)	368,123 (11·1)	903,05[illegible] (32·8)
Unable to work	305,709 (4·5)	911,366 (16·1)	135,063 (3·9)	360,4[illegible] (12·3)	170,646 (5·1)	550,9[illegible] (20·0)
Reported medical care	56,647 (0·8)	53,077 (0·9)	27,358 (0·8)	25,568 (0·9)	29,289 (0·9)	27,509 (1·0)
Telehealth	19,562 (0·3)	19,770 (0·3)	9,318 (0·3)	9,238 (0·3)	10,244 (0·3)	10,532 (0·4)
Clinic	18,671 (0·3)	16,793 (0·3)	9,109 (0·3)	8,487 (0·3)	9,562 (0·3)	8,306 (0·3)
Emergency visit	9,907 (0·1)	8,907 (0·2)	5,087 (0·1)	4,494 (0·2)	4,820 (0·1)	4,413 (0·2)
Hospitalization	1,896 (0·03)	2,053 (0·04)	915 (0·03)	1,001 (0·03)	981 (0·03)	1,052 (0·04)

x 2,7

x 3,6

x 2

x 1,3

Proiezione per l'Italia: ~137.000 accessi in Dip. d'Emergenza/PS + ~32.000 ricoveri

Per la Covid-19 si confrontino le reazioni avverse dichiarate dal Report AIFA n. 9 di settembre (120 x 100.000 dosi somministrate, che arriva fino al 26-9) con quelle di **v-safe pubblicato il 28 ottobre '21** (table 6, sopra riportata), che per i 2 vaccini a mRNA riporta, x 100.000 dosi somministrate:

- **68.600 reazioni dopo la 1° dose** e
- **71.700 dopo la 2° dose**,

la **sottostima del Report AIFA è di ~580 volte**
(cioè: somma reazioni alla 1° e 2° dose diviso 2 = 70.150, diviso per 120 = ~580).

Se invece si parla di **reazioni gravi** (***severe***), **con impatto sulla salute** e anche considerando **solo la 2° dose** di Pfizer/Moderna, queste sono:

- **incapace di svolgere le attività giornaliere**: **26.500** x 100.000 dosi
- **incapaci di lavorare**: **16.100** x 100.000 dosi
- **richiesta di assistenza medica**: **900** x 100.000 dosi ……, fino ai
- **ricoveri**: **36,2 x 100.000 dosi, che in Italia** x 50 milioni di 2e dosi farebbero/(fanno?) **~18.090 ricoveri**,
- che andrebbero anche sommati agli altri **~14.000 ricoveri** dopo la 1a dose)

NB: il 25-11-21 l'EMA ha raccomandato di approvare Comirnaty per bambini 5-11 aa. Dichiara «effetti avversi in genere lievi o moderati» e di aver attuato «attento monitoraggio».

Centers for Disease Control and Prevention
MMWR
Morbidity and Mortality Weekly Report
Weekly / Vol. 70 / No. 31
August 6, 2021

COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12–17 Years — United States, December 14, 2020–July 16, 2021

Anne M. Hause, PhD[1]; Julianne Gee, MPH[1]; James Baggs, PhD[1]; Winston E. Abara, MD[1]; Paige Marquez, MSPH[1]; Deborah Thompson, MD[2]; John R. Su, MD, PhD[1]; Charles Licata, PhD[1]; Hannah G. Rosenblum, MD[1,3]; Tanya R. Myers, PhD[1]; Tom T. Shimabukuro, MD[1]; David K. Shay, MD[1]

TABLE 3. Reactions reported by adolescents aged 12–17 years (N = 129,059) who completed at least one v-safe health check-in survey days 0–7 after receiving Pfizer BioNTech COVID-19 vaccine — United States, December 14, 2020–July 16, 2021

	% of v-safe enrollees reporting reaction or health impact*			
	Age 16–17 yrs, dose (no.)		Age 12–15 yrs, dose (no.)	
Event	Dose 1 (66,350)	Dose 2 (41,040)	Dose 1 (62,709)	Dose 2 (38,817)
Any injection site reaction	62.7	64.4	63.9	62.4
Any systemic reaction	55.7	69.9	48.9	63.4
Any health impact	11.0	28.6	10.6	25.4
Unable to perform normal daily activities	9.0	24.7	9.3	23.1
Unable to work or attend school	3.7	11.6	2.4	6.1
Needed medical care	0.5	0.6	0.5	0.8
Telehealth	0.1	0.2	0.1	0.2
Clinic	0.2	0.2	0.2	0.3
Emergency department visit	0.1	0.2	0.1	0.2
Hospitalization	0.02	0.03	0.02	0.04

Tabella 3. Reazioni riferite da adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni (N = 129.059) che hanno completato almeno un'indagine v-safe sullo stato di salute relative ai giorni 0-7 dopo aver ricevuto il vaccino Pfizer BioNTech COVID-19 - Stati Uniti dal 14-12-2020 al 16-07-2021 (https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home) – **Proiezioni Italia**

	16-17 anni		12-15 anni		Proiezione sui 1.141.847 ragazzi italiani 16-17 anni	Proiezione sui 2.272.563 bambini italiani 12-15 anni	Proiezione sui 3.414.410 italiani da 12 a 17 anni
	1ª dose	2ª dose	1ª dose	2ªdose			
impatti sulla salute in %	**11,0**	**28,6**	**10,6**	**25,4**			
Incapacità di svolgere le normali attività quotidiane	9,0	**24,7**	9,3	**23,1**	**384.802**	**736.310**	**1.121.112**
Incapacità di lavorare o frequentare scuola	3,7	11,6	2,4	6,1	174.703	193.168	**367.871**
Necessità di cure mediche	0,5	0,6	0,5	0,8	12.560	29.543	**42.103**
Telemedicina	0,1	0,2	0,1	0,2	3.426	6.818	**10.244**
Ambulatorio	0,2	0,2	0,2	0,3	4.567	11.363	**15.930**
Visite Pronto Soccorso	0,1	0,2	0,1	0,2	3.426	6.818	**10.244**
Ricoveri	0,02	0,03	0,02	0,04	571	1.364	**1.935**

Per danni e benefici sui ragazzi, il RCT di Moderna è in linea con v-safe (dei CDC)

Es.: RCT di Moderna il gruppo placebo ha mostrato 4 (quattro!) casi di Covid-19 sintomatica (0,32% dei partecipanti), diciamo pure «8» nel fare un confronto con i vaccinati (2.489), di numerosità doppia, nel quale però si sono manifestate (2.482+2.478=)4.960 **reazioni avverse locali**, di cui (170+220=)**390 gravi**, **tutte da attribuire al vaccino**, senza se e senza ma; e (1.701+2.134=)3.835 reazioni avverse **sistemiche**, di cui (46+340=)**386 gravi**, **queste ultime in gran parte da attribuire al vaccino**, e **3 molto gravi, tutte da vaccino**.

Un affarone per questi ragazzi, cui si è anche preclusa un'infezione naturale con conseguenze quasi sempre lievi e il lascito di un'immunità più robusta e duratura di quella vaccinale, allo stato delle conoscenze, con ricadute positive anche sulla "circolazione del virus" in comunità.

Doppio affarone!

Ci sono per altro state nel gruppo vaccinato **3 reazioni molto gravi** (**Grade 4** – Tab. S8, iperpiressia, mal di testa e vomito di grande violenza), che hanno richiesto **l'accesso ospedaliero al Dipartimento di urgenza/emergenza o in ricovero**.

Tre sono poche? Non proprio, sono l'1,2 per mille, cioè – su 3.415.239 ragazzi italiani dai 12 ai 17 anni, sarebbe **mandare in ospedale ~4.100 nostri ragazzi**,

oltre a quelli che avrebbero/avranno **reazioni inabilitanti gravi** (*severe*, di grado 3), che sono molti di più: **6,8%** dopo la 1ª iniezione, cioè **oltre 232 mila**, e **8,9%** dopo la 2ª iniezione, cioè **304 mila**.

Di questi, quelli con **affaticamento grave** sarebbero *solo* **51.200** dopo la 1ª iniezione, ma circa **260.000** dopo la 2ª.
Potrebbe essere utile sottoporli ad accertamenti (troponina, ecografia cardiaca) per **capire quanti di questi nascondano qualche forma di miocardite** o **pericardite**, come ha mostrato il caso del farmacista di Bari che ha voluto vederci chiaro sulla fatica grave di suo figlio adolescente (https://www.liberoquotidiano.it/news/italia/27791380/vaccino-pfizer-difficolta-camminare-farmacista-scoperta-inquietante-sangue-figlio.html)

Data l'accelerazione con cui si susseguono decisioni ad altissimo impatto sanitario (e sociale) in assenza di un reale dibattito sui loro fondamenti scientifici, una **Commissione Medico-Scientifica** (**CMS**) indipendente, formata per ora dai Prof. Marco Cosentino, Vanni Frajese e dai Dott. Alberto Donzelli, Patrizia Gentilini ed Eugenio Serravalle,

ha chiesto al Ministro della Salute e al Comitato Tecnico Scientifico di attivare con urgenza un **Tavolo di confronto scientifico** che possa affrontare con priorità i seguenti temi:

1) Andamenti della mortalità totale 2021 vs 2020 e precedenti (EuroMoMo, Eurostat, Istat). Mortalità totale nei RCT con vaccini a mRNA. Implicazioni.

2) Vaccini anti-Sars-CoV-2 e (labile) prevenzione dell'infezione. Implicazioni

3) Opportunità e rischi della vaccinazione in età pediatrica

4) Bambini e adulti non vaccinati (vs vaccinati) e rischi relativi di infezione per la comunità (*perché non sono particolari serbatoi/fabbriche di varianti*)

5) Sorveglianza attiva vs passiva (che sottostima in modo enorme reaz. avverse)

[6) garanzie vs trasmissione da tampone antigenico verso vaccinazione (2 dosi)]

Garantisce dai *contagi* più il tampone antigenico o il vaccino? (con GP a 6-9 mesi)?

Luca Orlando ha rintracciato questo articolo:

https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2021.714242/full

Factors that Influence the Reported Sensitivity of Rapid Antigen Testing for SARS-CoV-2

….

La stima puntuale di **sensibilità per il test antigenico**, che copre l'intero set di 135 dati qui inclusi, è stata del **75%** (IC 95%: 71-79).

La sensibilità del test è stata stratificata per valore Ct RT-qPCR (usando sia 25 che 30 cicli come cutoff), trovando una relazione inversa tra valore Ct e sensibilità del test antigenico.

Il test antigenico sembra avere maggior sensibilità rispetto alla RT-PCR (se si tiene come riferimento la coltura virale SARS-CoV-2). Questi due metodi misurano bersagli diversi: virus infettivo vs solo RNA**.**

In tempi oltre 1 settimana dall'insorgenza dei sintomi, un risultato positivo della RT-qPCR è più probabile indichi che un individuo è stato infettato ma non è più contagioso e non può diffondere il virus infettivo.

In soggetti sintomatici, il test antigenico pare meglio della RT-qPCR per identificare chi potrebbe diffondere virus infettivo e trasmettere SARS-CoV-2 (*Pekosz et al., 2021*).

18 DICEMBRE 2021 16:26

Iss: tasso di morte dei No vax è 45 volte più alto rispetto a chi ha terza dose

Il report evidenzia inoltre che a 150 giorni dal completamento del ciclo "l'efficacia del vaccino nel prevenire la malattia, in forma sintomatica e asintomatica, scende dal 73% a 35%"

Nel vaccinato, anche assumendo un 95% di protezione dall'infezione all'inizio, questa scende al 35% oltre i 5 mesi → **media 60%**), garantendo dunque una probabilità di assenza di trasmissione minore rispetto al test antigenico.

Inoltre, non è verosimile che oltre i 5 mesi la protezione si stabilizzi al 35%: scenderà ancora… fino a venir probabilmente meno del tutto nell'arco di 9-12 mesi, rischiando persino di arrivare a una maggior suscettibilità all'infezione!

un tampone antigenico ripetuto 2 volte a settimana dà più garanzie di ridurre trasmissioni rispetto alla vaccinazione

La spinta a vaccinare tutti è stata finora giustificata per tutelare la salute della comunità. Ma su molti fronti i dati inducono oggi a mettere in discussione strategie di vaccinazione universale, rispetto a strategie più mirate.

Alcune conclusioni e proposte

1. Attivare subito il richiesto confronto tra CTS e Commissione Medico-Scientifica indipendente. E nel frattempo, in assenza di prove scientifiche convincenti di segno contrario, attuare una **moratoria**:

2. della vaccinazione dei bambini di 0-11 anni

3. della spinta a vaccinare ragazzi e giovani non ancora vaccinati

4. di obblighi nei confronti delle categorie coinvolte dall'ultimo DL (per non parlare di obblighi generalizzati)

5. con disponibilità a ridiscutere il razionale degli obblighi rivolti ai sanitari; o di quello che di fatto impone la vaccinazione anche ai guariti …

6. … e dei fondamenti scientifici di molte delle norme sul Green Pass.

7. Riesaminare le garanzie rispetto alla trasmissione di tamponi antigenici (garanzie maggiori, per varie frequenze d'uso) verso cicli vaccinali e GP anche di durata inferiore all'attuale.

8. E aprire anche ad altre strategie di contrasto alla Covid-19, non puntando solo sui vaccini, ma anche su prevenzione primaria ambientale, stili di vita salutari, terapie sicure, sostenibili, di efficacia documentata, e abbandono di cure iatrogene