

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

(42° incontro, 16-4-'23)

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



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

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

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

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



Francesco Golinelli,
Avv. cassazionista,
esperto diritto sanitario

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

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

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

Come Presidente della Fondazione Allineare Sanità & Salute, dichiaro che la Fondazione si regge sul **principio di trasparenza** e sul **Consiglio Direttivo**, Comitato scientifico e Commissioni.

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

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

www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Questa presentazione affronterà:

- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- ACE-inibitori e sartani dannosi per COVID-19 critica, e... (da S 6)
- La CMSi sostiene l'AlFA nei casi in cui resiste alle Lobby (Vit. D) (da S 8)
- La protezione anche bivalente precipita contro infezione... e ricoveri (S 10)
- Altre prove per non vaccinare i guariti (da S 20)
- E il Post/Long COVID? Può essere un'altra montatura (da S 23)
- «Consenso scientifico» della «comunità scientifica» tramite censura (S da 27)
- Eccessi di mortalità in Europa e Italia: «colpa del clima», dice l'Istat. Perché NO (da S 30)
- «Non vaccinato» fino a 14 gg dopo l'inoculo (ISS)? Grave errore sistematico universale (che va superato! (da S 39)
- Mascherine e Cochrane; associazioni con problemi sanitari e mortalità (da S 43)
- Mosse per disinnescare la spinta a vaccinare? Un esempio dalla Svizzera (da S 55)
- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-25: Gentilini su Il Fatto Quotidiano e commento a commenti: non c'è dilemma tra libertà/sicurezza individuale e protezione della comunità (da S 57)
- Anticipazioni sul seminario CMSi del 3 maggio sul PNPV





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

JAMA | Original Investigation | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

Effect of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor and Angiotensin Receptor Blocker Initiation on Organ Support-Free Days in Patients Hospitalized With COVID-19

A Randomized Clinical Trial

 JAMA. 2023;329(14):1183-1196. doi:[10.1001/jama.2023.4480](https://doi.org/10.1001/jama.2023.4480)

Writing Committee for the REMAP-CAP Investigators

IMPORTANCE Overactivation of the renin-angiotensin system (RAS) may contribute to poor clinical outcomes in patients with COVID-19.

OBJECTIVE To determine whether angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor or angiotensin receptor blocker (ARB) initiation improves outcomes in patients hospitalized for COVID-19.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS In an ongoing, adaptive platform randomized clinical trial, 721 critically ill and 58 non-critically ill hospitalized adults were randomized to receive an RAS inhibitor or control between March 16, 2021, and February 25, 2022, at 69 sites in 7 countries (final follow-up on June 1, 2022).

INTERVENTIONS Patients were randomized to receive open-label initiation of an ACE inhibitor (n = 257), ARB (n = 248), ARB in combination with DMX-200 (a chemokine receptor-2 inhibitor; n = 10), or no RAS inhibitor (control; n = 264) for up to 10 days.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this trial, among critically ill adults with COVID-19, initiation of an ACE inhibitor or ARB did not improve, and likely worsened, clinical outcomes.

[+ Visual Abstract](#)[← Editorial page 1155](#)[← Related article page 1170](#)[+ Supplemental content](#)

Table 2. Primary and Select Secondary Outcomes in Critically Ill Patients^a

Outcome	Median (IQR)			ACE inhibitor vs control		ARB vs control			
	Control (n = 231)	ACE inhibitor (n = 231)	ARB (n = 217)	Adjusted odds ratio (95% CrI) ^b	Probability of efficacy ^c	Probability of harm ^c	Adjusted odds ratio (95% CrI) ^d	Probability of efficacy ^c	Probability of harm ^b
Primary outcome									
Organ support-free days ^{e,f}	12 (0 to 17)	10 (-1 to 16)	8 (-1 to 17)	0.77 (0.58 to 1.06)	5.1	94.9	0.76 (0.56 to 1.05)	4.6	95.4
Secondary outcomes, No./total No. (%)									
In-hospital survival	182/231 (78.8)	166/231 (71.9)	152/217 (70.0)	0.70 (0.44 to 1.06)	4.7	95.3	0.62 (0.39 to 0.98)	1.9	98.1
90-d survival ^g				0.70 (0.49 to 1.02)	3.1	96.9	0.67 (0.46 to 0.96)	1.4	98.6
KDIGO AKI stage 2 or higher by day 14 ^h	16/212 (7.5)	16/223 (7.2)	30/208 (14.4)	0.85 (0.43 to 1.69)	67.2	32.8	1.87 (1.02 to 3.48)	2.2	97.8
KDIGO AKI stage 3 by day 14 ⁱ	12/212 (5.7)	12/223 (5.4)	23/208 (11.1)	0.87 (0.39 to 1.90)	64.2	35.8	1.78 (0.89 to 3.58)	5.4	94.6
Vasopressor-/inotrope-free days ^d	28 (7.5 to 28)	26 (-1 to 28)	24 (-1 to 28)	0.75 (0.53 to 1.07)	6.0	94.0	0.62 (0.44 to 0.89)	0.4	99.7

Abbreviations: ACE, angiotensin-converting enzyme; AKI, acute kidney injury; ARB, angiotensin receptor blocker; CrI, credible interval; KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcomes.

cardiovascular or respiratory organ support up to day 21 among patients who survived to hospital discharge. The conditional median (IQR) organ support-free days for patients who survived hospitalization was 15 (8-18) for

Nessuno dei 15 esiti secondari è migliorato con ACE-i o ARB rispetto ai controlli, ma sono almeno in tendenza peggiorati. Nei pz non critici risultati n.s. ma simili.

Editoriale: l'insieme delle prove mostra che **ACE-i o ARB non dovrebbero essere iniziati come terapie**, soprattutto nei pz critici.

I RCT di interruzione suggeriscono che terapie in atto con ACE-i o ARB non devono di necessità essere interrotti **in pz non critici**, **se** prescritti per un'indicazione importante (come scompenso cardiaco).



- La CMSi segue le prove scientifiche e **non ha pregiudizi ideologici verso l'AIFA.**
- Così come la si critica duramente per «cedimenti alle Lobby» come sull'acido bempedoico...
- o le si nega credibilità, come quando sottostima di ~mille volte le reazioni avverse ai vaccini COVID...
- e per la vergogna nazionale di non aver attivato una sorveglianza attiva...
- non abbiamo problemi a sostenere le posizioni dell'AIFA nei casi in cui ha saputo resistere alle lobbies, come nel caso della **Nota 96 sulla Vit. D**, dove contrastiamo chi la critica, difendendo in questo caso interessi commerciali in modo più o meno consapevole...
- e non esitiamo a riconoscere quando l'AIFA ha ragione, anche se qualche scivolone lo fa chi milita dalla nostra parte...

La battaglia sulla vitamina D, stretta dell'Aifa. I medici: "Scelta miope"

L'Agenzia Italiana del Farmaco aggiorna i criteri di appropriatezza in base a nuove evidenze scientifiche. i medici: «Logica economica»

22 Febbraio 2023 alle 19:53 | 2 minuti di lettura



Nuova stretta alla prescrizione vitamina D per la fragilità ossea in adulti sani. A indicarlo è l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), che ha aggiornato i criteri di appropriatezza in base a nuove evidenze scientifiche che ne hanno chiarito anche la mancanza di benefici contro il Covid19.

La scelta però non piace ai medici che devono prescriverla. "E' basata su una logica economica, ma miope dal punto di vista clinico e della prevenzione. Studi sperimentali mostrano quanto la vitamina D sia importante per il buon funzionamento di diversi apparati, da quello immunitario a quello scheletrico. Il risultato è che noi continuiamo a consigliarla e i cittadini ormai quasi sempre la pagano per conto loro", spiega Annamaria Colao, presidente della Società Italiana di Endocrinologia (Sie).

Vitamina D e COVID-19: una comunicazione lontana dalla realtà

Publication date: 07/04/2023 – **E&P Code:** repo.epiprev.it/2786

Authors: Alberto Donzelli¹, Emilio Maestri²

Abstract: Vitamin D against COVID-19 has theoretical bases. In the 3-year period of the pandemic have been produced hundreds of favorable observational studies, or some small RCTs. However, RCTs of larger size and quality to date have unfavorable results and do not support its use, either in oral form at various doses, or as injection boluses, in prophylaxis, in treatment, not even in cases of severe or critical COVID-19, or to prevent deaths.

A recent sequential meta-analysis of a few RCTs, presented as "definitive evidence," has results biased by the weight of the improper inclusion of an observational study.

Interference with correct information, both in the media and in "scientific" communication, risks obscuring in clinical practice the conclusions of the most valid studies available.

Cite as: Elenco autori, et. al. (2023). Vitamina D e COVID-19: una comunicazione lontana dalla realtà. E&P Repository <https://repo.epiprev.it/2786>

Topic: [COVID-19](#)

Key words: [benefici vitamina D](#), [COVID-19](#), [prevenzione della COVID-19](#), [studi osservazionali](#), [vitamina D](#),

AVVERTENZA. GLI ARTICOLI PRESENTI NEL REPOSITORY NON SONO SOTTOPOSTI A PEER REVIEW.

[Vitamina D e COVID-19: una comunicazione lontana dalla realtà](#)

Affiliations:

¹ Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milano

² Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia



COVID-19?

E, a prescindere da COVID-19, **se** fossero indicati supplementi



Perdita di protezione drammatica verso l'infezione da SARS-CoV-2

medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2023.01.11.23284137>; this version posted January 12, 2023. 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 4.0 International license.

Effectiveness of second booster compared to first booster and protection conferred by previous SARS CoV-2 infection against symptomatic Omicron BA.2 and BA.4/5 in France

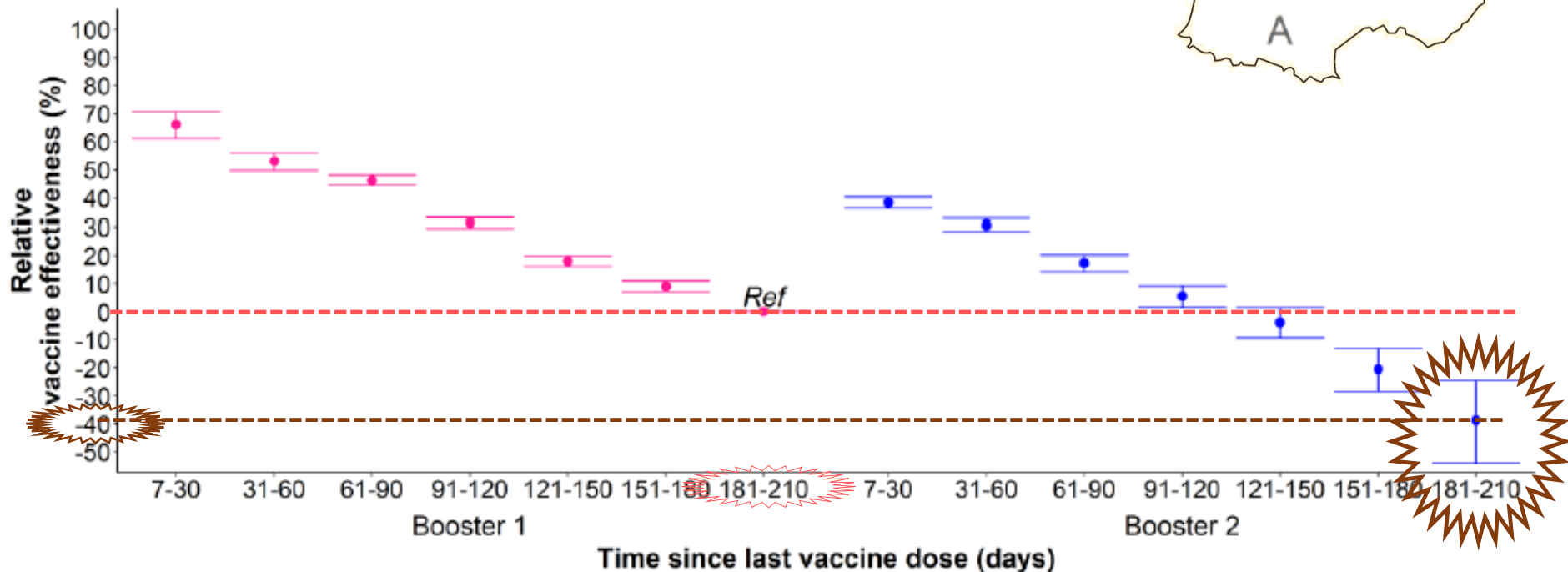
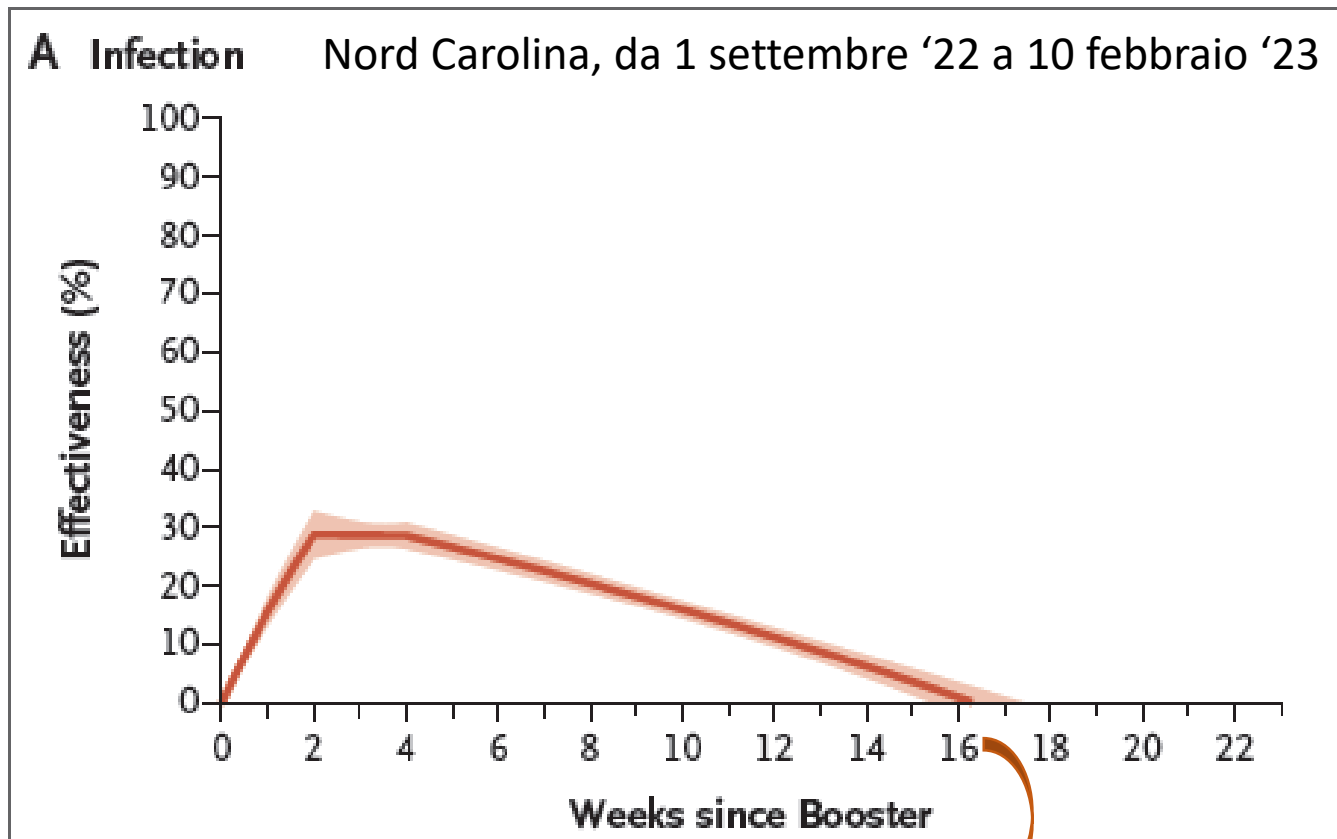


Figure S5: Adjusted relative vaccine effectiveness of the second booster of mRNA covid-19 vaccine against symptomatic Omicron BA.2 or Omicron BA.4/5 infection among A. 60-79 years old and B.

CORRESPONDENCE

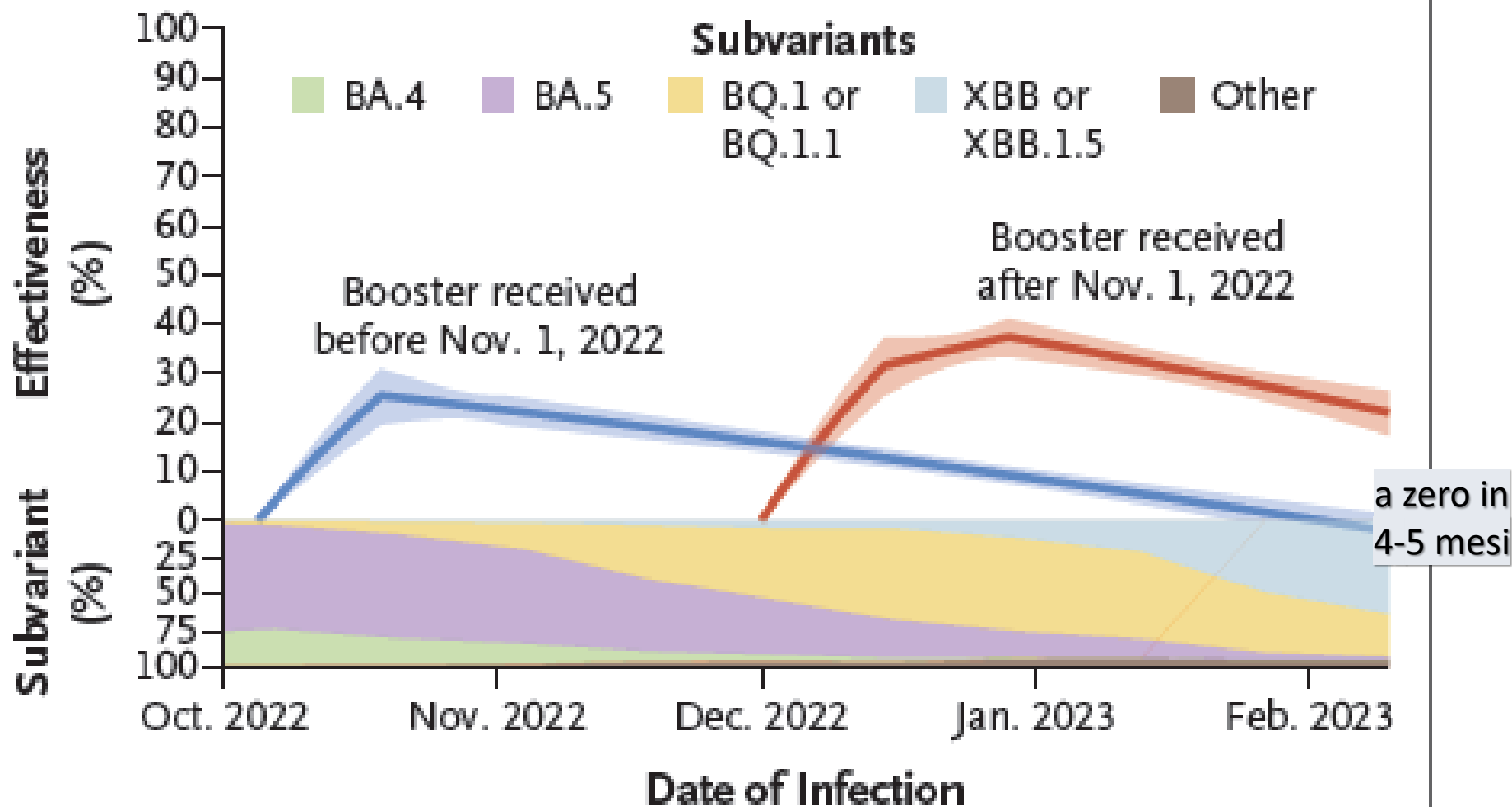
Dan-Yu Lin et al.

Durability of Bivalent Boosters against Omicron Subvariants



NB: 16 weeks = meno di 4 mesi: per la pendenza della curva, **dopo andrà sotto zero...**

B Infection According to Date of Booster



D Hospitalization According to Date of Booster bivalente

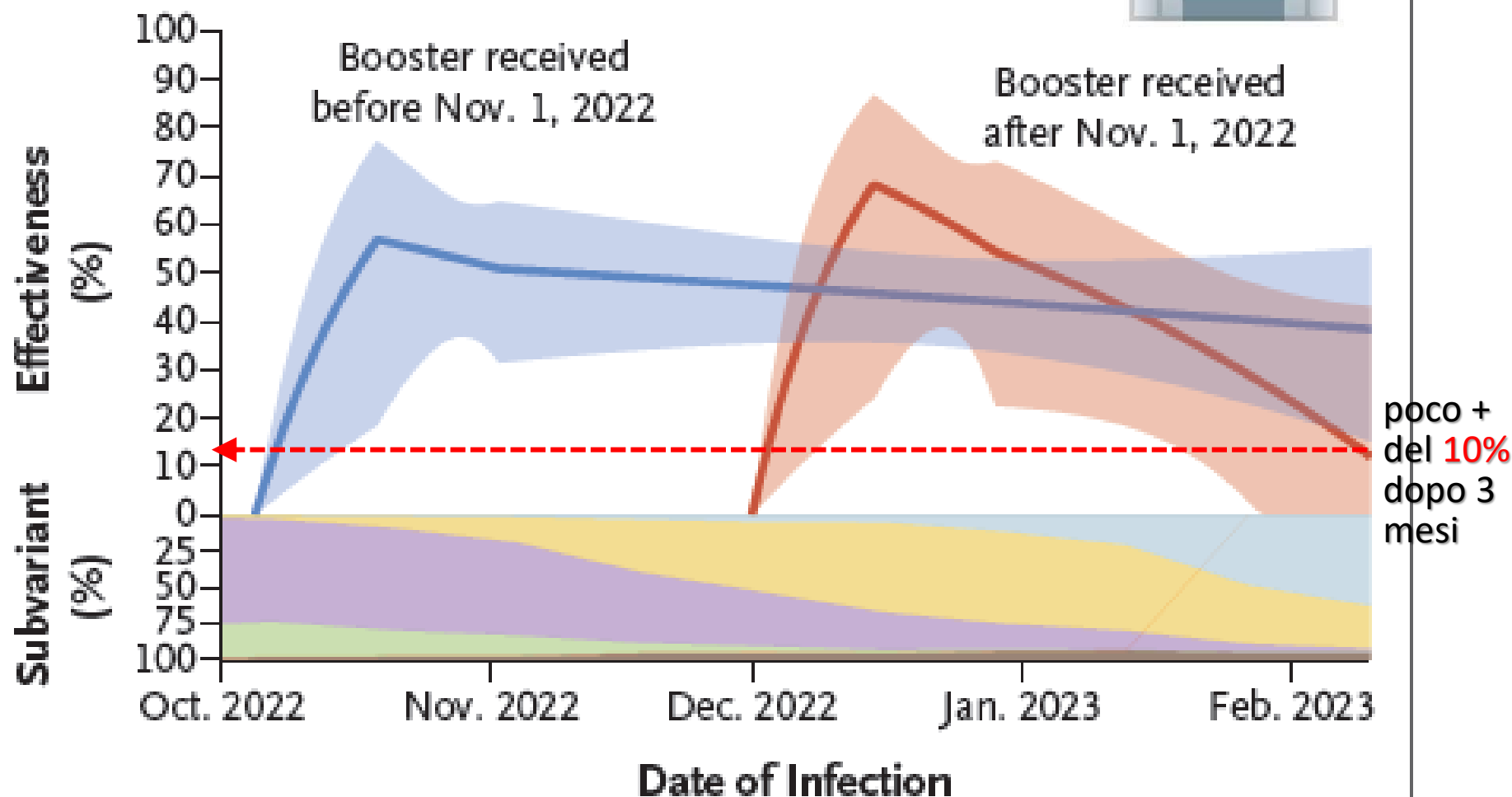
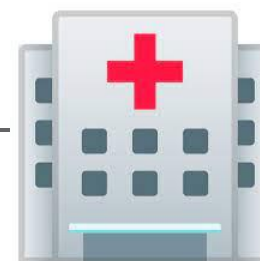


Table S3. Estimates (95% CI) for the Effectiveness of One Bivalent Booster Dose against Infection, Hospitalization, and Death, as a Function of Time since Receipt of the Booster, for the First Booster Cohort (Receipt of the Booster between September 1 and October 31, 2022).

DOI: 10.1056/NEJMc2302462

Weeks	Infection	Hospitalization	Hospitalization or Death	Death
0	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)
1	13.7% (10.3, 16.9)	34.4% (9.7, 52.3)	38.0% (16.1, 54.2)	48.5% (7.5, 71.3)
2	25.5% (19.6, 31.0)	56.9% (18.5, 77.2)	61.6% (29.6, 79.0)	73.5% (14.5, 91.8)
3	24.0% (20.8, 27.1)	54.0% (34.9, 67.4)	55.7% (38.6, 68.1)	62.5% (29.8, 79.9)
4	22.5% (19.5, 25.5)	50.8% (31.5, 64.7)	49.0% (30.7, 62.5)	46.9% (6.9, 69.7)
5	21.0% (18.2, 23.7)	50.0% (32.7, 62.9)	48.5% (32.2, 60.9)	46.6% (12.2, 67.6)
6	19.5% (16.9, 22.0)	49.2% (33.7, 61.1)	48.0% (33.5, 59.3)	46.4% (16.8, 65.4)
7	17.9% (15.6, 20.2)	48.4% (34.6, 59.3)	47.5% (34.6, 57.8)	46.1% (20.7, 63.4)
8	16.3% (14.2, 18.4)	47.6% (35.3, 57.6)	46.9% (35.5, 56.3)	45.8% (23.6, 61.6)
9	14.7% (12.7, 16.5)	46.8% (35.7, 56.0)	46.4% (36.2, 55.0)	45.5% (25.4, 60.2)
10	13.0% (11.2, 14.7)	45.9% (35.7, 54.6)	45.9% (36.4, 53.9)	45.3% (25.9, 59.6)
11	11.3% (9.6, 13.0)	45.1% (35.1, 53.5)	45.3% (36.1, 53.2)	45.0% (24.8, 59.7)
12	9.6% (7.8, 11.3)	44.2% (34.0, 52.8)	44.8% (35.2, 52.9)	44.7% (22.4, 60.6)
13	7.8% (6.0, 9.6)	43.3% (32.2, 52.5)	44.2% (33.8, 53.0)	44.4% (18.7, 62.0)
14	6.0% (4.0, 8.0)	42.4% (29.9, 52.6)	43.6% (32.0, 53.3)	44.1% (13.9, 63.7)
15	4.2% (1.8, 6.4)	41.5% (27.1, 53.0)	43.1% (29.7, 53.9)	43.9% (8.3, 65.6)

Table S4. Estimates (95% CI) for the Effectiveness of One Bivalent Booster Dose against Infection, Hospitalization, and Death, as a Function of Time since Receipt of the Booster, for the Second Booster Cohort (Receipt of the Booster between November 1, 2022 and February 10, 2023).

DOI: 10.1056/NEJMc2302462

Weeks	Infection	Hospitalization	Hospitalization or Death	Death
0	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)	0.0% (0.0, 0.0)
1	17.3% (13.7, 20.8)	43.7% (12.9, 63.6)	49.2% (21.2, 67.3)	28.8% (5.2, 46.6)
2	31.6% (25.5, 37.3)	68.3% (24.1, 86.7)	74.2% (37.9, 89.3)	49.3% (10.1, 71.4)
3	34.6% (31.3, 37.7)	61.9% (38.6, 76.4)	66.7% (46.3, 79.4)	63.9% (14.7, 84.7)
4	37.4% (33.4, 41.1)	54.3% (22.5, 73.1)	57.0% (28.0, 74.3)	74.3% (19.1, 91.8)
5	35.1% (31.7, 38.3)	49.2% (21.3, 67.1)	52.0% (26.6, 68.6)	71.7% (28.9, 88.7)
6	32.8% (29.8, 35.5)	43.4% (18.9, 60.6)	46.5% (24.0, 62.3)	68.8% (30.1, 86.1)
7	30.3% (27.6, 32.9)	37.1% (13.8, 54.1)	40.3% (18.8, 56.0)	65.7% (19.7, 85.3)
8	27.8% (24.9, 30.6)	30.0% (4.5, 48.7)	33.3% (9.6, 50.8)	
9	25.2% (21.6, 28.6)			
10	22.5% (17.9, 26.7)			

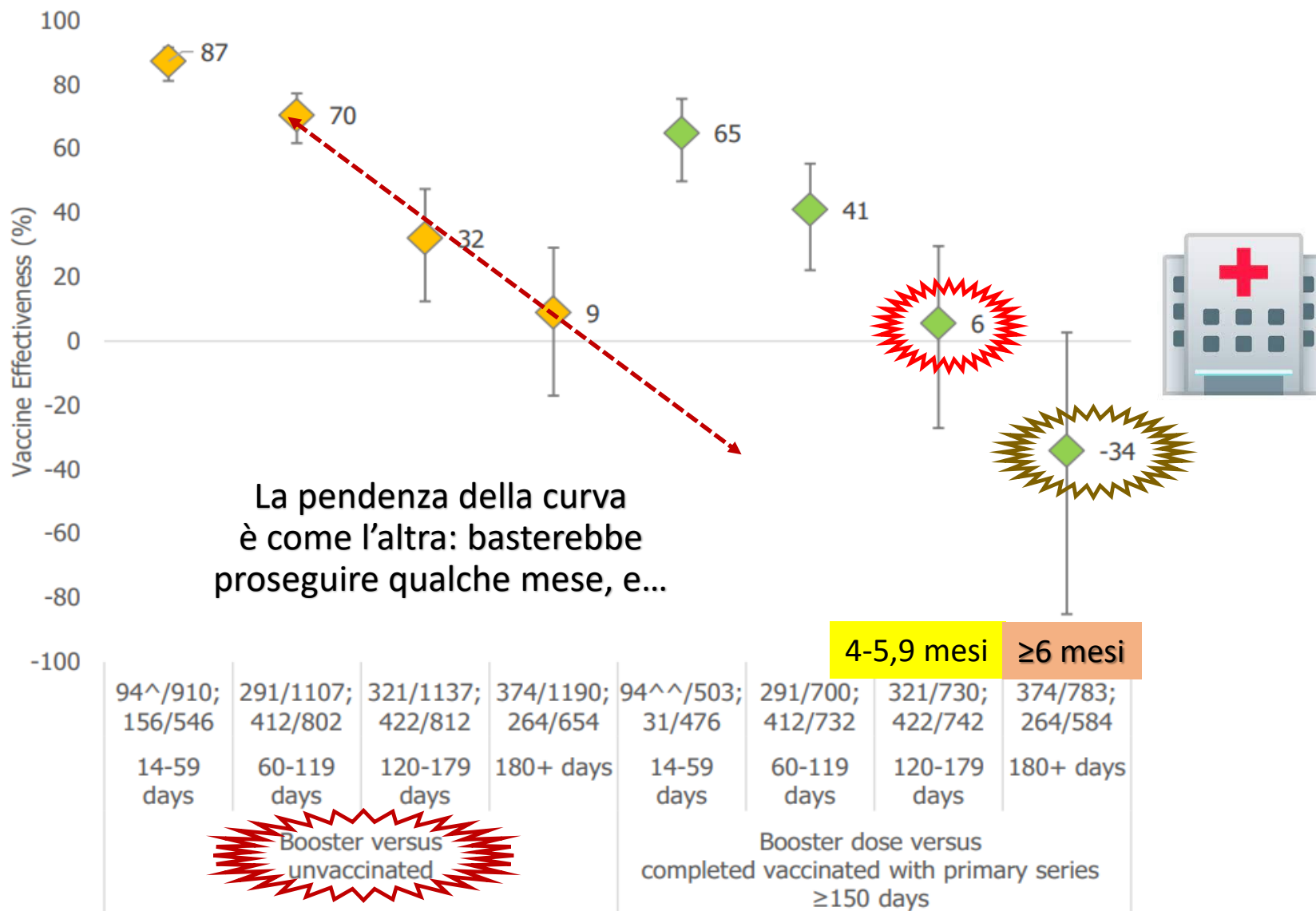
rispetto a varianti di pochi
mesi prima, la protezione
dai ricoveri è crollata
di ~15 punti %

ECDC ed efficacia vaccino vs COVID-19 grave che si negativizza



- The adjusted vaccine effectiveness of first booster dose vaccination in preventing SARI hospitalisations associated with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection was moderate at 54% (95% CI: 45–61%), and relative to complete primary series vaccination adjusted relative effectiveness of the first booster dose was 29% (95% CI: 14–42%).
- The results presented in this report suggest a lower relative vaccine effectiveness for the first booster dose vaccination among younger adults (20–59 years of age) compared with older adults (60–79 and ≥80 years), albeit with wide overlapping confidence intervals.
- Vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of the first booster dose vaccination remained high in the first four months after vaccination, but reduced substantially after four months. A similar pattern was observed for 60–79 and ≥80 years of age groups. Limited sample size did not allow vaccine

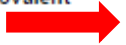
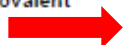
Figure 5 (alternative). Adjusted* vaccine effectiveness and relative vaccine effectiveness of COVID-19 mRNA booster vaccine against laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among hospitalised SARI patients aged 20 years and older, by time since vaccination, seven EU/EEA countries, 21 December 2021–30 September 2022 (n = 4 700[†])**



Week 14/2023

Consensus vaccine effectiveness estimates

Table 5. Consensus estimates of relative vaccine effectiveness against BA.4, BA.5, BQ.1 and CH1.1 Omicron for a booster dose of COVID-19 vaccine compared to 6+ months since the last dose (at least 2 doses)

Vaccine product of booster dose [Note 1]	Outcome	0 to 1 month	2 to 3 months	4 to 6 months	6+ months	Consensus narrative
 Monovalent	All Infection [Note 2]	30% (20 to 40%)	20% (10 to 30%)	10% (0 to 20%)	0% (0 to 5%)	Post fourth dose estimates appear similar to post 3 dose estimates for the same time period, restoring VE to similar levels provided by the first booster dose (pre waning). VE estimates may differ depending on whether individuals have had a prior infection. Some studies suggest VE estimates may be slightly higher against Omicron BA.1/BA.2 compared to Omicron BA.4/BA.5.
 Monovalent	Symptomatic [Note 2]	40% (30 to 50%)	40% (30 to 50%)	10% (0 to 20%)	Insufficient data	Post fourth dose estimates appear similar to post 3 dose estimates for the same time period, restoring VE to similar levels provided by the first booster dose (pre waning). VE estimates may differ depending on whether individuals have had a prior infection.
 Monovalent	Hospitalisation 	60% (55 to 65%)	40% (30 to 50%)	20% (15 to 25%)	0% (0 to 5%)	These estimates are based on UKHSA test negative case control using SUS data on hospitalisations in age 75+ with 2+ days stay and respiratory coded. Note: As absolute VE had waned to about 70% at 6+ months post dose 3, a relative VE of 50% would increase this back to an absolute VE of 85% compared to unvaccinated. Some studies suggest VE estimates against hospitalisation are similar for BA.2 versus BA.4/BA.5.
Monovalent	Mortality	Insufficient data	Insufficient data	Insufficient data	Insufficient data	
 Bivalent	All Infection [Note 2]	30% (20 to 40%)	20% (10 to 30%)	10% (0 to 20%)	0% (0 to 5%)	Estimates for the BA.1/BA.2 bivalent booster are not too different from what is being seen with BA.4/BA.5 bivalent boosters.
 Bivalent	Symptomatic [Note 2]	40% (30 to 50%)	40% (30 to 50%)	10% (0 to 20%)	Insufficient data	
Bivalent	Hospitalisation	55% (40 to 65%)	50% (40 to 65%)	Insufficient data	Insufficient data	Estimates for the BA.1/BA.2 bivalent booster are not too different from what is being seen with BA.4/BA.5 bivalent boosters. There is some evidence that VE against hospitalisation is slightly lower against CH1.1 compared to BA.4/BA.5.
Bivalent	Mortality	70% (65 to 80%)	70% (65 to 80%)	Insufficient data	Insufficient data	Current evidence based on age 65+.

The table presents estimates of VE compared to 6+ months since last dose (at least 2 doses) (estimates agreed by the vaccine expert panel).

Note 1. Refers to either Pfizer or Moderna.

Note 2. Estimates were not stratified according to monovalent or bivalent.

High confidence	Evidence from multiple studies which is consistent and comprehensive.
Medium confidence	Evidence is emerging from a limited number of studies or with a moderate level of uncertainty.
Low confidence	Little evidence is available, and results are inconclusive.

Hybrid immunity against reinfection with SARS-CoV-2 following a previous SARS-CoV-2 infection and single dose of the BNT162b2 vaccine in children and adolescents: a target trial emulation

April 13, 2023 [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00103-9)

Sivan Gazit, Yaki Saciuk, Galit Perez, Asaf Peretz, Amir Ben-Tov, Elizabeth A Stuart, Tal Patalon



Summary

Background Although most children and adolescents have had a previous SARS-CoV-2 infection and many continue to receive COVID-19 vaccinations, studies of the effectiveness of hybrid immunity against reinfection with the omicron (B.1.1.529) variant are scarce. We aimed to examine the effectiveness of vaccination in convalescent children and adolescents against reinfection with the delta (B.1.617.2) variant and the BA.1 and BA.2 and BA.4 and BA.5 omicron subvariants.

Methods This retrospective cohort study was devised to emulate a target randomised control trial using a retrospective dataset of anonymised health records of children (5–11 years old) and adolescents (12–16 years old) who were members of the Maccabi Healthcare Services, Israel. The design emulated 91 randomised trials by devising a series of multiple

Lancet Microbe 2023

Published Online

April 13, 2023

[https://doi.org/10.1016/](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00103-9)

[S2666-5247\(23\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00103-9)

Kahn Sagol Maccabi Research & Innovation Center (S Gazit MD, T Patalon MD), Maccabitech Institute for Research and Innovation (S Gazit, Y Saciuk MD, E A Stuart MD)



but were unvaccinated. However, the vaccine was not found to confer statistically significant protection against the BA.4 and BA.5 omicron subvariants in adolescents (8% [–18 to 29]) and children (12% [–6 to 27]).

Interpretation Decision makers in BA.4 and BA.5 dominant regions should re-examine whether convalescent individuals aged 5–16 years should receive the BNT162b2 vaccine to prevent future reinfection, especially in light of reports that show that most children and adolescents have already been infected with SARS-CoV-2.

	Days at risk	Number of reinfections	Adjusted vaccine effectiveness*
Up to a year			
....			
BA.4 and BA.5			
Unvaccinated	32 946 705	9160	8.1% (-17.9 to 29.1)
Vaccinated	494 782	103	..
More than a year			
....			
BA.4 and BA.5			
Unvaccinated	9 865 500	1198	1.1% (-68.2 to 52.9)
Vaccinated	91 303	13	..

? non dovrebbe esserci davanti un - ?

Table 3: Single dose vaccine effectiveness against a reinfection in adolescents with a previous SARS-CoV-2 infection, stratified by time since first infection

	Days at risk	Number of reinfections	Adjusted vaccine effectiveness*
Up to 24 weeks	NB: siamo passati a 5 mesi e ½...!		

....

BA.4 and BA.5			
Unvaccinated	30 567 246	8400	32.4% (-4.2 to 56.2)
Vaccinated	65 240	21	..
More than 24 weeks	NB: siamo passati a 5 mesi e ½...!		

....

BA.4 and BA.5			
Unvaccinated	12 244 959	1958	2.6% (-34.7 to 29.6)
Vaccinated	520 845	95	..

....

? non dovrebbe esserci davanti un - ?

Table 4: Single dose vaccine effectiveness against a reinfection in adolescents with a previous SARS-CoV-2 infection, stratified by time since vaccination



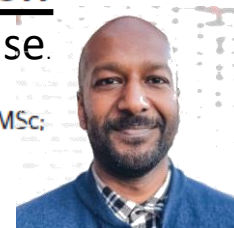
Post/Long COVID?

Original Investigation | Infectious Diseases

Prevalence and Characteristics Associated With Post-COVID-19 Condition Among Nonhospitalized Adolescents and Young Adults

CC-BY License.

Joel Selvakumar, MD; Lise Beier Havdal, MD; Martin Drevvatne, MD; Elias Myrstad Brodwall, MD; Lise Lund Berven, PhD; Tonje Stiansen-Sonerud, MSc; Gunnar Einvik, MD, PhD; Truls Michael Leegaard, MD, PhD; Trygve Tjade, MD; Annika E. Michelsen, PhD; Tom Eirik Mollnes, MD, PhD; Fridtjof Lund-Johansen, MD, PhD; Trygve Holmøy, MD, PhD; Henrik Zetterberg, MD, PhD; Kaj Blennow, MD, PhD; Carolina X. Sandler, PhD; Erin Cvejic, PhD; Andrew R. Lloyd, MD, PhD; Vegard Bruun Bratholm Wyller, MD, PhD



DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This cohort study included nonhospitalized individuals from 2 counties in Norway between ages 12 and 25 years who underwent reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) testing. At the early convalescent stage and at 6-month follow-up, participants underwent a clinical examination; pulmonary, cardiac, and cognitive functional testing; immunological and organ injury biomarker analyses; and completion of a questionnaire. Participants were classified according to the World Health Organization case definition of PCC at follow-up. Association analyses of 78 potential risk factors were performed.



Vinay Prasad

RESULTS

The point prevalence of PCC at 6 months was 48.5% in the SARS-CoV-2-positive group and 47.1% in the control group (risk difference, 1.5%; 95% CI, -10.2% to 13.1%). SARS-CoV-2 positivity was not associated with the development of PCC (relative risk [RR], 1.06; 95% CI, 0.83 to 1.37; final multivariable model utilizing modified Poisson regression). The main risk factor for PCC was symptom severity at baseline (RR, 1.41; 95% CI, 1.27-1.56). Low physical activity (RR, 0.96; 95% CI, 0.92-1.00) and loneliness (RR, 1.01; 95% CI, 1.00-1.02) were also associated, while biological markers were not. Symptom severity correlated with personality traits.

Ciò solleva dubbi sull'utilità
della definizione OMS di Long/Post-COVID-19,
e ha implicazioni sulla pianificazione
di servizi per «Long-COVID»
e per la ricerca relativa (*Selvakumar, 2023*)

[Is Long Covid a "Mass Disabling Event" If No One Shows Up at Long Covid Clinics? \(substack.com\)](https://substack.com/p/long-covid-a-mass-disabling-event-if-no-one-shows-up-at-long-covid-clinics)

Is Long Covid a "Mass Disabling Event" If No One Shows Up at Long Covid Clinics?



A self-contradictory City News article

[Igor Chudov](#)

2023 Mar 20

▲ **Long Covid Clinics are Empty and Closing**



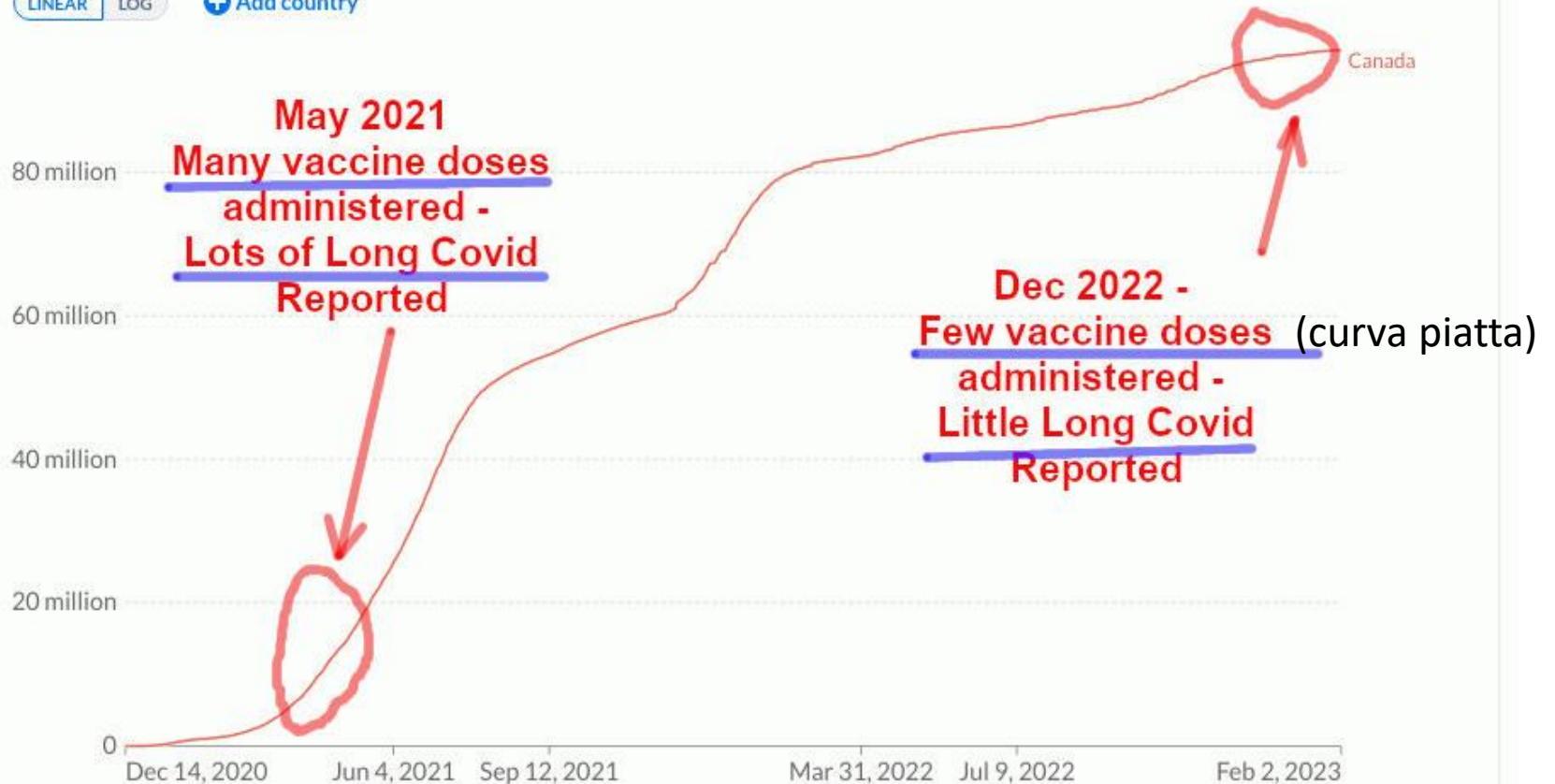
Total COVID-19 vaccine doses administered

All doses, including boosters, are counted individually.

LINEAR

LOG

+ Add country



Source: Official data collated by Our World in Data - Last updated 19 March 2023

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

► Dec 14, 2020 Feb 2, 2023

CHART

MAP

TABLE

SOURCES

DOWNLOAD





Original Investigation | Public Health

Association of Initial SARS-CoV-2 Test Positivity With Patient-Reported Well-being 3 Months After a Symptomatic Illness

Lauren E. Wisk, PhD; Michael A. Gottlieb, MD; Erica S. Spatz, MD, MHS; Huihui Yu, PhD; Ralph C. Wang, MD, MAS; Benjamin H. Slovis, MD, MA; ...

Key Points

Question How do patient-reported physical, mental, and social well-being compare at 3 months after symptomatic illness among those who tested positive vs negative for SARS-CoV-2 infection?

Findings In this cohort study of 1000 US adults with symptomatic illness, poor well-being scores at follow-up were common in both those who tested positive and negative for SARS-CoV-2 infection. Despite some improvements over time, 39.6% of COVID-19-positive and 53.5% of COVID-19-negative patients reported residual symptoms.

Meaning These findings emphasize the importance of including a concurrent control group when studying sequelae of COVID-19 illness.



Igor's Newsletter

Aaron Kheriaty (MD · Fellow and Director, Bioethics and American Democracy Program, · Ethics and Public Policy Center, recently **said**:

Science is an ongoing search for truth & such truth has little to do with consensus.

Every major scientific advance involves challenges to a consensus. Those who defend scientific consensus rather than specific experimental findings are not defending science but partisanship.

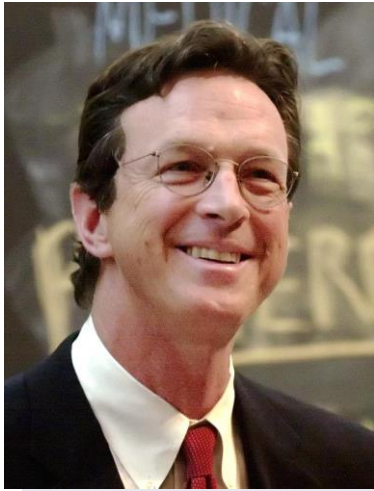


Aaron Kheriaty (Medico, Membro e Direttore del Programma Bioetica e Democrazia Americana, · Etica e Centro di Politiche Pubbliche, ha di recente dichiarato:

*La **scienza è una continua ricerca della verità** e tale **verità** ha poco a che fare con il «consenso».*

***Ogni grande progresso scientifico comporta delle sfide** a un «consenso».*

*Quelli che difendono il consenso scientifico invece dei risultati sperimentali specifici, non stanno difendendo la scienza ma la **partigianeria**.*



Michael Crichton - physician, producer, writer - **explained** it best when he gave a lecture on science, politics, and consensus in 2003:

I regard consensus science as an extremely pernicious development that ought to be stopped cold in its tracks.

Historically, the claim of consensus has been the first refuge of scoundrels; it is a way to avoid debate by claiming that the matter is already settled.

He continued: Consensus is the business of politics....The greatest scientists in history are great precisely because they broke with the consensus. There is no such thing as consensus science. If it's consensus, it isn't science. If it's science, it isn't consensus. Period.

Michael Crichton - medico, produttore, scrittore - lo spiegò meglio in una conferenza su scienza, politica e consenso nel 2003:

Considero la «**scienza consenso**» uno sviluppo estremamente pernicioso, da bloccare sul nascere. Storicamente, **la pretesa del consenso** è stata il primo rifugio dei farabutti; un **modo per evitare il dibattito affermando che la questione è già risolta**.

Il consenso è affare della politica... **I più grandi scienziati della storia sono grandi proprio perché hanno rotto il consenso**. Non esiste una cosa come la «scienza consenso». Se è consenso, non è scienza. Se è scienza, non è consenso.

https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2801804

JAMA Network

JAMA Pediatrics Search All Enter Search Term

This Issue Views 18,791 Citations 0 Altmetric 525 Comments 1

PDF More Cite Permissions

Original Investigation

February 27, 2023

Myocarditis or Pericarditis Events After BNT162b2 Vaccination in Individuals Aged 12 to 17 Years in Ontario, Canada

Sarah A. Buchan, PhD^{1,2,3}; Sarah Alley, MPH¹; Chi Yon Seo, MSc¹; [et al](#)

» Author Affiliations | Article Information

JAMA Pediatr. 2023;177(4):410-418. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.6166

Comment

1 Comment for this article EXPAND ALL

April 5, 2023

Active (versus passive) surveillance finds many more myocarditis or pericarditis

Alberto Donzelli, MD | Alberto Donzelli, MD - corresponding author
Foundation Allineare Sanità e Salute, Via Ricordi, 4 - 20131 Milano - Italy
email: info@fondazioneallinearesanitaesalute.org

Another Swiss active surveillance study, measuring troponin (hs-cTnT), was anticipated at the 2022 ESC Congress. It showed a 2.8% rate of myocarditis (3.7% in women) in 777 healthworkers of the Basilea Clinic, mean age 37 years, after the third dose of the Moderna mRNA vaccine.

The Italian data⁴, which rely on passive surveillance, still report only about 2.7 cases of myocarditis and 5 of pericarditis every million COVID-19 vaccine doses. This confirms that the difference is due to active surveillance, based primarily on instrumental and laboratory tests before-and-after the inocula-

are not "very rare", but "common".

Deaths registered weekly in England and Wales, provisional: week ending 31 March 2023

Table 1: Deaths registered in England and Wales, week ending 31 March 2023 (Week 13, 2023)

Week 13 2023	England and Wales (including non-residents)	England	Wales
Total deaths (all causes)	11,584	10,856	708
Total deaths above 5 year average	2,004	1,922	83
<u>Percentage change compared to 5-year average (2017 to 2019 and 2021, 2022)</u>	20.9%	21.5%	13.4%
Deaths involving COVID-19	634	599	35
Percentage of deaths involving COVID-19	5.5%	5.5%	4.9%

Week 14 / 2023

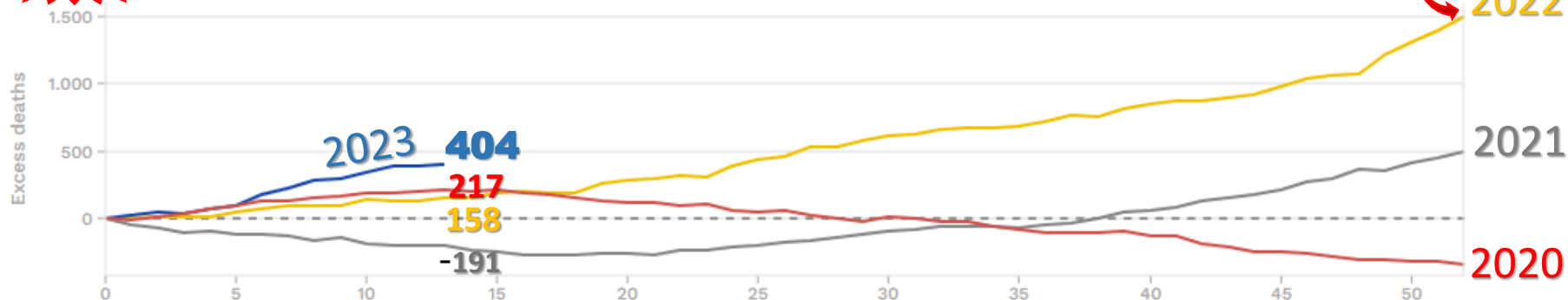
Graphs and maps

Last updated on week 14, 2023 [Print](#)

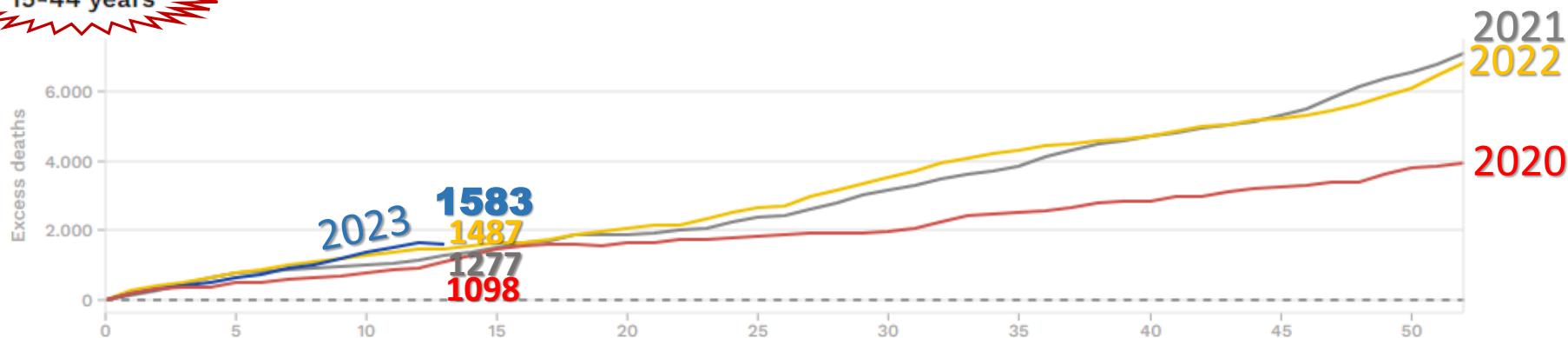
These graphs were generated in week 2023-14 with data from 24 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Estonia, France, Germany, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), and UK (Scotland).

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

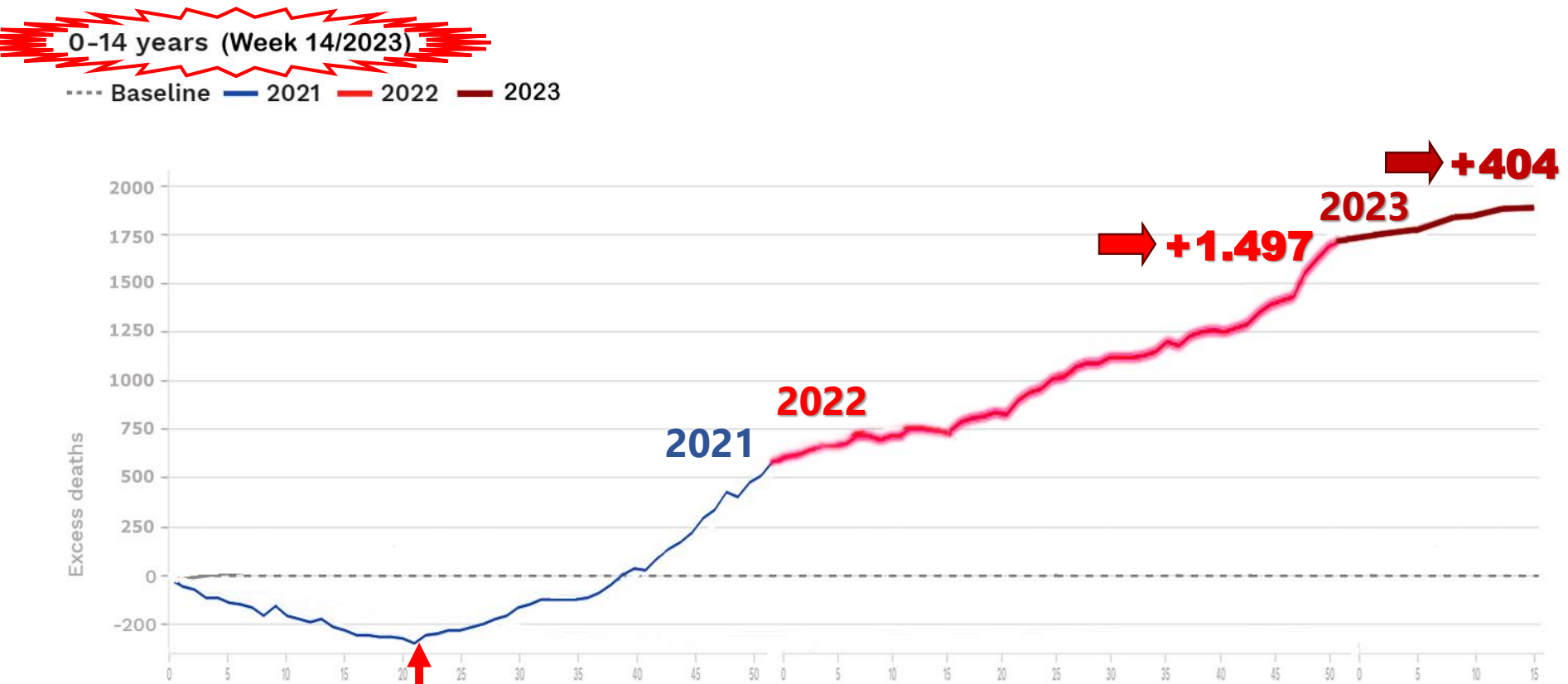
0-14 years



15-44 years



Se si mettono **di seguito 2021, 2022 e 2023**, la progressione dell'eccesso dei **decessi nei bambini** è continua, costante ed evidentissima



Per i **bambini di 0-14 anni** l'eccesso di decessi è iniziato ~ alla settimana 22/2021, in cui l'EMA ha concesso "un'estensione dell'indicazione per il Vaccino Comirnaty (Pfizer) includerà bambini di età tra 12 e 15".

NB: è vero che *associazione non significa causazione*, ma la coincidenza dell'ascesa della mortalità con l'avvio delle vaccinazioni pediatriche è impressionante...!

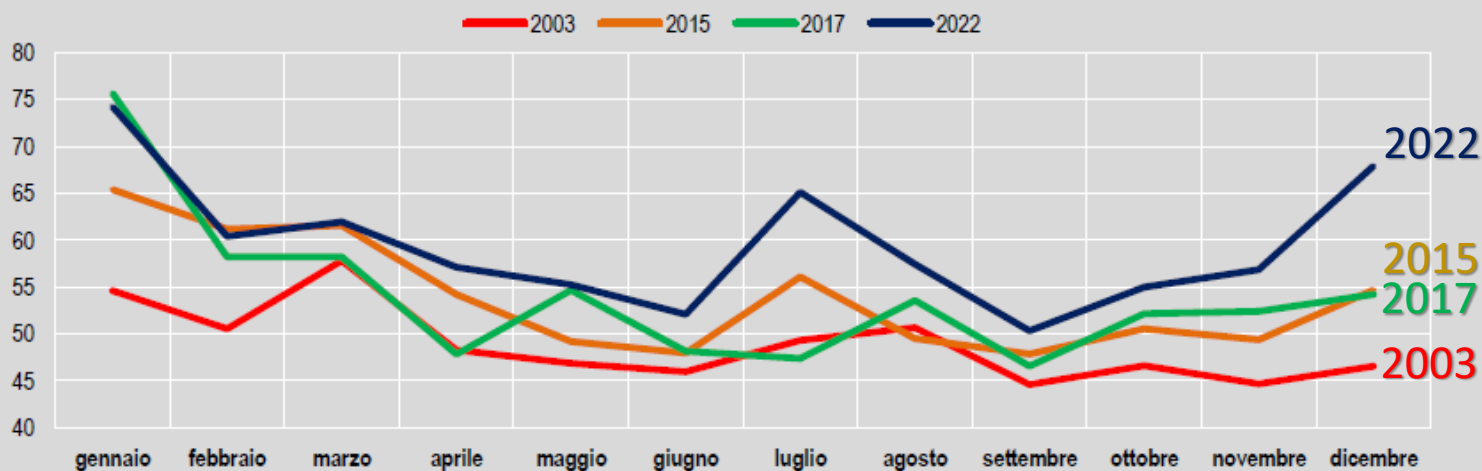
L'eccesso di mortalità è colpa del clima? L'ISTAT si copre di ridicolo



INDICATORI DEMOGRAFICI | ANNO 2022

FIGURA 2. DECESSI PER MESE IN ITALIA

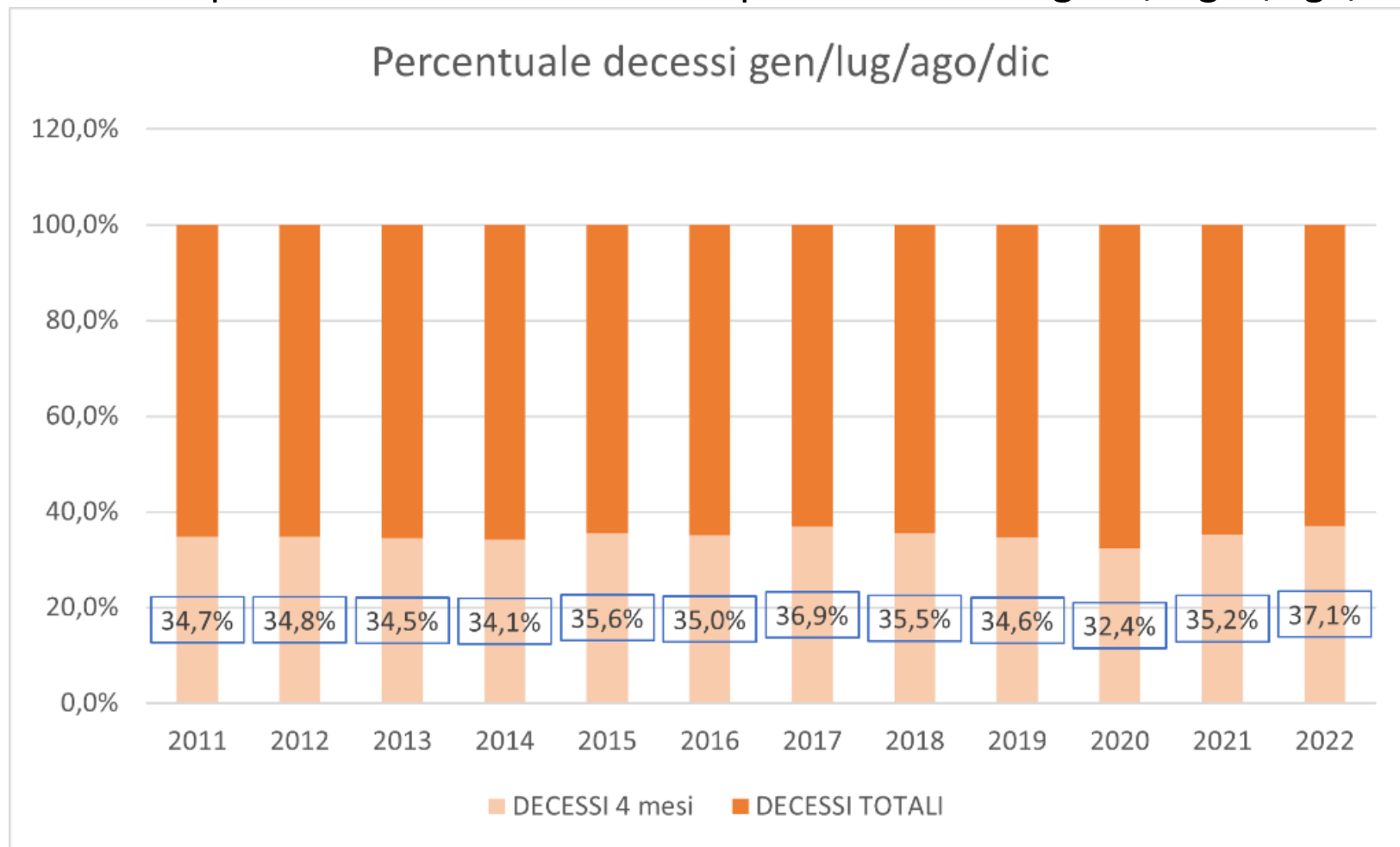
Anni 2003, 2015, 2017 e 2022, valori in migliaia



Fonte: Istat, Bilancio demografico mensile (2022 dati provvisori).

(A. Bagnato) **1^a bugia: le percentuali**

Sapere che il 40% dei decessi annuali è concentrato in soli quattro mesi può fare effetto, ma è piuttosto normale. Ecco i dati Istat per gli ultimi 12 anni, con evidenza della percentuale dei decessi complessivi dei mesi gen/lug/ago/dic.



L'Istat trasforma il 37,1% del 2022 in un *“quasi 40%”*...

Inoltre, salvo 2020, i 4 mesi indicati han sempre avuto da 34,1% a 37,1% di morti

(A. Bagnato) **2^a bugia: il freddo**

In Italia gennaio e dicembre 2022 sono stati anomali, ma perché **più miti del solito**.

<https://climate.copernicus.eu/surface-air-temperature-january-2022>

<https://climate.copernicus.eu/surface-air-temperature-december-2022>



due estratti
di una
lunga serie
di titoli
recuperabili
in rete

(A. Bagnato) **3^a bugia: il caldo**

In effetti l'estate 2022 è stata molto calda. Ma il fenomeno non ha riguardato solo luglio e agosto, i mesi citati da Istat, ma soprattutto giugno, con l'anomalia maggiore: quasi 3°C più della media. Invece, agosto in Italia è stato un mese caldo ma non estremo. L'ISTAT lo cita, forse per *giustificare* la mortalità in grave eccesso in luglio e agosto, mentre l'eccesso di mortalità di giugno era ben sotto la media annua, e pari al 2021.

gennaio	+8,6%
febbraio	+5,1%
marzo	+6,3%
aprile	+10,3%
maggio	+8,9%
giugno	+7,4%
luglio	+25,7%
agosto	+12,5%
settembre	+8,1%
ottobre	+6,5%
novembre	+10,5%
dicembre	+16,7%

	giugno	luglio
MEDIA 15-19	48.501	51.811
2020	48.589	51.422
2021	52.201	53.668
2022	52.101	65.106



Inoltre, benché luglio 2022 sia stato il mese più caldo mai registrato in Europa, in Italia non si sono superati i picchi del luglio 2003 e del luglio 2015, anni in cui la mortalità non ha registrato particolari sbalzi.

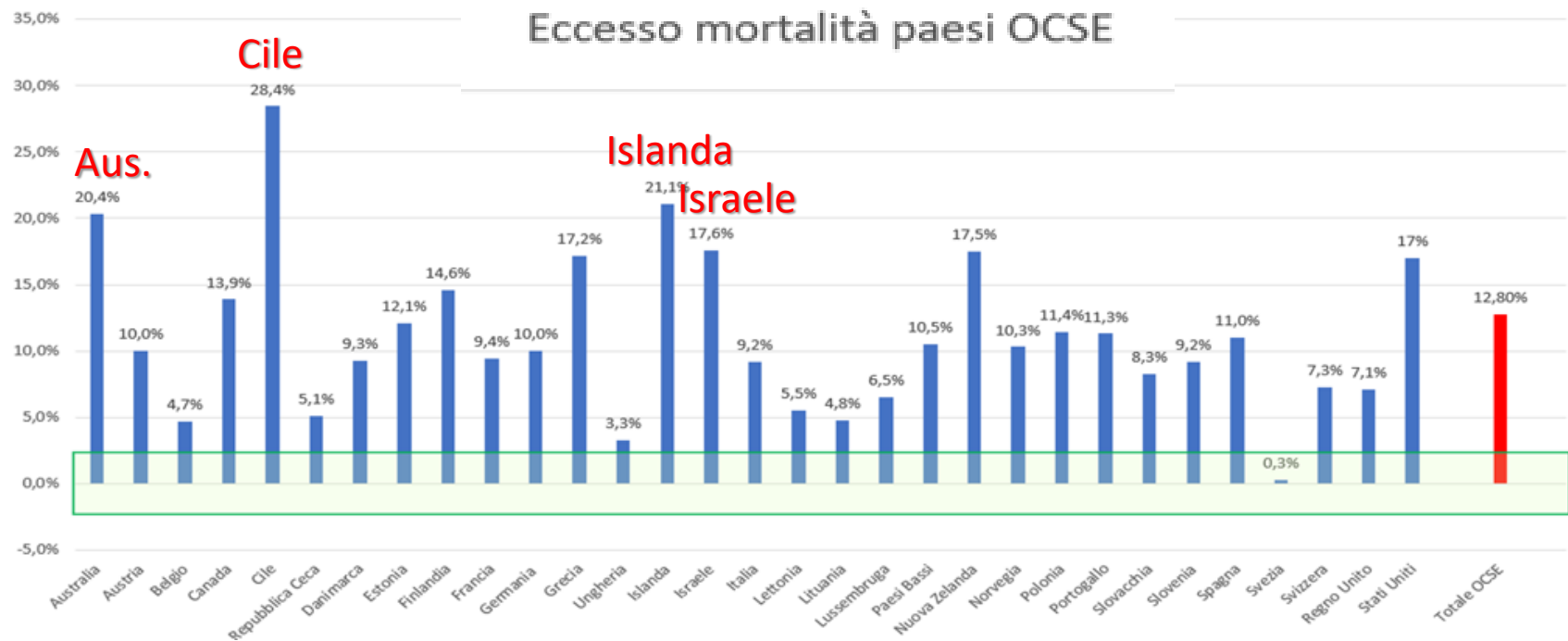
<https://www.epicentro.iss.it/ben/2003/settembre2003/1>

Invece **a luglio si sono estese le 4^e dosi a tutti i >60...**

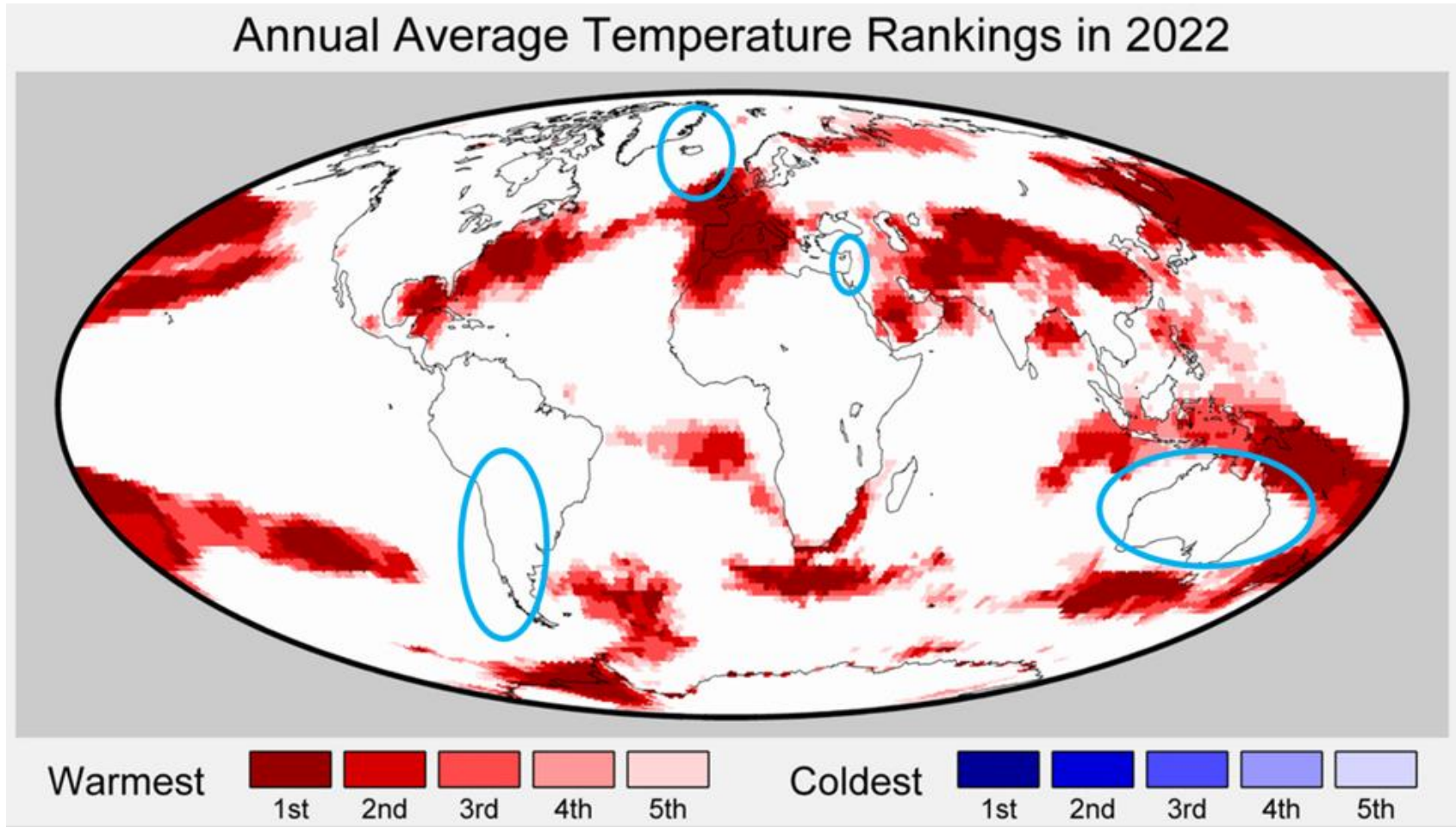
Ma fingiamo di credere che l'eccesso di mortalità sia dovuto al caldo di luglio e agosto (all'inesistente gelo non si può credere neanche per finta). A logica, ci aspetteremmo che anche nel resto del mondo l'eccesso di mortalità si sia avuto dove ci sono state forti ondate di calore, e non altrove.

I dati OCSE mostrano invece un eccesso di mortalità generalizzato.

Nella tabella la banda verde indica la normale variabilità intorno alla media: salvo in pochissime eccezioni, l'aumento di mortalità per ogni Stato è vicino o oltre il doppio della media. Con preoccupanti punte in **Australia**, **Islanda**, **Cile**, tre paesi con le % di vaccinazione tra le più alte al mondo (>>90% Cile) e **Israele**



Nelle seguenti mappe di Berkeley Earth si sono cerchiati i paesi prima citati. Nemmeno gli USA, anch'essi tra i paesi con i maggiori eccessi di mortalità a livello OCSE, hanno avuto particolari problemi legati al caldo.



Dunque anche l'ISTAT evita di considerare l'ipotesi di un'associazione con l'unico fenomeno nuovo del 2021/22 che potrebbe spiegare l'eccesso di mortalità in tutti i mesi Oltre a spiegare perché il fenomeno si riscontri nei paesi più vaccinati...

La comunicazione ISS sulla mortalità (e non solo) risulta poco credibile, perché:

1. lascia intendere alla popolazione che si tratti di mortalità **totale**, mentre si parla di mortalità **da Covid**, che in Italia è sempre stata solo una frazione, e ormai ben piccola, della mortalità totale (es. morti x ogni causa in Italia 2022: in media ~1950 al giorno...)
2. inoltre la **mortalità totale**, tra l'altro meno soggetta a possibili distorsioni, **tiene conto anche di possibili effetti avversi** (noti e non noti) di questi vaccini
3. l'ISS considera **“non vaccinato” anche il soggetto con 1^a dose da meno di 14 giorni**. Se costui muore in quel periodo, la sua morte è sottratta al gruppo dei vaccinati e grava su quello dei non vaccinati. Ripetere ciò nel tempo **esagera efficacia e sicurezza del vaccino**
4. quanto sopra, già inaccettabile in tema di sicurezza, non coincide per forza con ciò che intendono **varie UO ospedaliere**: ad es. il Direttore Sanitario dell'IRCCS Spallanzani ha dichiarato a Domenica In: **“vaccinato è chi ha fatto la dose booster”**; altri Direttori di Malattie infettive gli hanno fatto eco. Chissà che dati certe UO comunicano all'ISS...
5. inoltre, benché vaccinazioni e booster si associno a meno casi di Covid grave, va chiarita la durata di questo effetto: se è solo di un certo numero di mesi, e per ristabilirlo bisogna sottoporsi ad altre dosi, con effetti avversi non certo trascurabili che si sommano (vedi slide di CMSi con i dati di sorveglianza attiva di v-safe fino alla 3^a dose) e danni nel tempo alla risposta immunitaria, il **bilancio complessivo può essere sfavorevole**
6. e se questi vaccini aumentano la mortalità non-COVID in modo più che proporzionale...
7. Infine, perché non corregge gli errori segnalati, ma **smette di pubblicare dati scomodi**



Ascoltate la Venier... Ci avete un pò illuso con il vaccino...

t.me/RossellaFianza/20245

22.3K 👁

Rossella Fianza, edited Jan 9, 2022 at 21:01

(Dott. Vaia) ... **il rapporto** (tra **vaccinati** e non vaccinati, ndr) **non va più fatto fino alla 2^a dose, ma va fatto in coloro che hanno avuto la dose booster, cioè la 3^a dose ...**

Oggi si attua una classificazione distorta,
sia per l'efficacia, sia anche per la sicurezza di un vaccino:
se i vaccinati si dovessero ammalare gravemente o morire
entro 2 settimane dall'inoculazione sono classificati come «non vaccinati»
(o vaccinati nella categoria precedente...).

Risultano così **indebitamente gonfiati i danni a carico dei non vaccinati**
(o di vaccinati con meno dosi),
e si alleggeriscono al tempo stesso i vaccinati
di danni che invece correttamente andrebbero attribuiti a loro.

Via via che la campagna vaccinale procede,
gli effetti di questo errore sistematico si cumulano in settimane successive
e possono arrivare a distorcere completamente
sia l'efficacia che la sicurezza di un vaccino...

► COVID, LA RESA DEI CONTI

di ALESSANDRO RICO



■ Perché continua a morire tanta gente? In Italia, come nel resto d'Europa e del mondo? Colpa del clima impazzito, come ha provato a sostenere l'Istat? Implausibile. Strascichi del Covid? Improbabile, se intendiamo la malattia e non le restrizioni attuate per combatterla, ignorandone gli effetti collaterali di medio periodo. E i vaccini? Possibile che, come notò lo scienziato Peter Doshi analizzando i documenti di Big pharma, tra chi vi si sottopone aumentino i decessi per cause diverse dal coronavirus? Ora, una nuova ricerca solleva interrogativi sul mistero dell'extra mortalità. L'ha

Nuovo rapporto sui morti in eccesso «Si tirino fuori i dati sui vaccinati»

Troppi decessi in Italia, in Europa e in buona parte del mondo, anche tra i più giovani. «La causa non è il clima impazzito»

I morti vanno classificati per stato vaccinale: dall'istante in cui entra l'ago della 1^a dose il soggetto va classificato come **vaccinato**! Quando entra l'ago della 2^a, 3^o dose si deve classificare come vaccinato con 2 dosi, con 3 dosi, e così via! Finora l'ISS ha sbagliato, ma se continua potrebbe rischiare l'accusa di frode.

Maryanne Demasi, reports



BREAKING: Did Cochrane sacrifice its researchers to appease critics?

Authors of the latest Cochrane review angered by Cochrane's capitulation to pressure from critics



Maryanne Demasi, PhD
Mar 15

229

12



L'Editor-in-Chief of the Cochrane Library said that commentators had made "inaccurate and misleading" claims about the study and that wording in the summary of the review "was open to misinterpretation, for which we apologize."

Cochrane's statement was interpreted widely as an "apology," and in some cases, tweeters believed the review was "retracted".

Jefferson's reaction: "We are the copyright holders of the review, so **we decide what goes in or out of the review.** We do not change our reviews on the basis of what the media wants," said Jefferson on behalf of the authors.

Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses

Tom Jefferson, Liz Dooley, Eliana Ferroni, Lubna A Al-Ansary, Mieke L van Driel, Ghada A Bawazeer, Mark A Jones, Tammy C Hoffmann, Justin Clark, Elaine M Beller, Paul P Glasziou, ✉ John M Conly [Authors' declarations of interest](#)

Version published: 30 January 2023 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub6> 

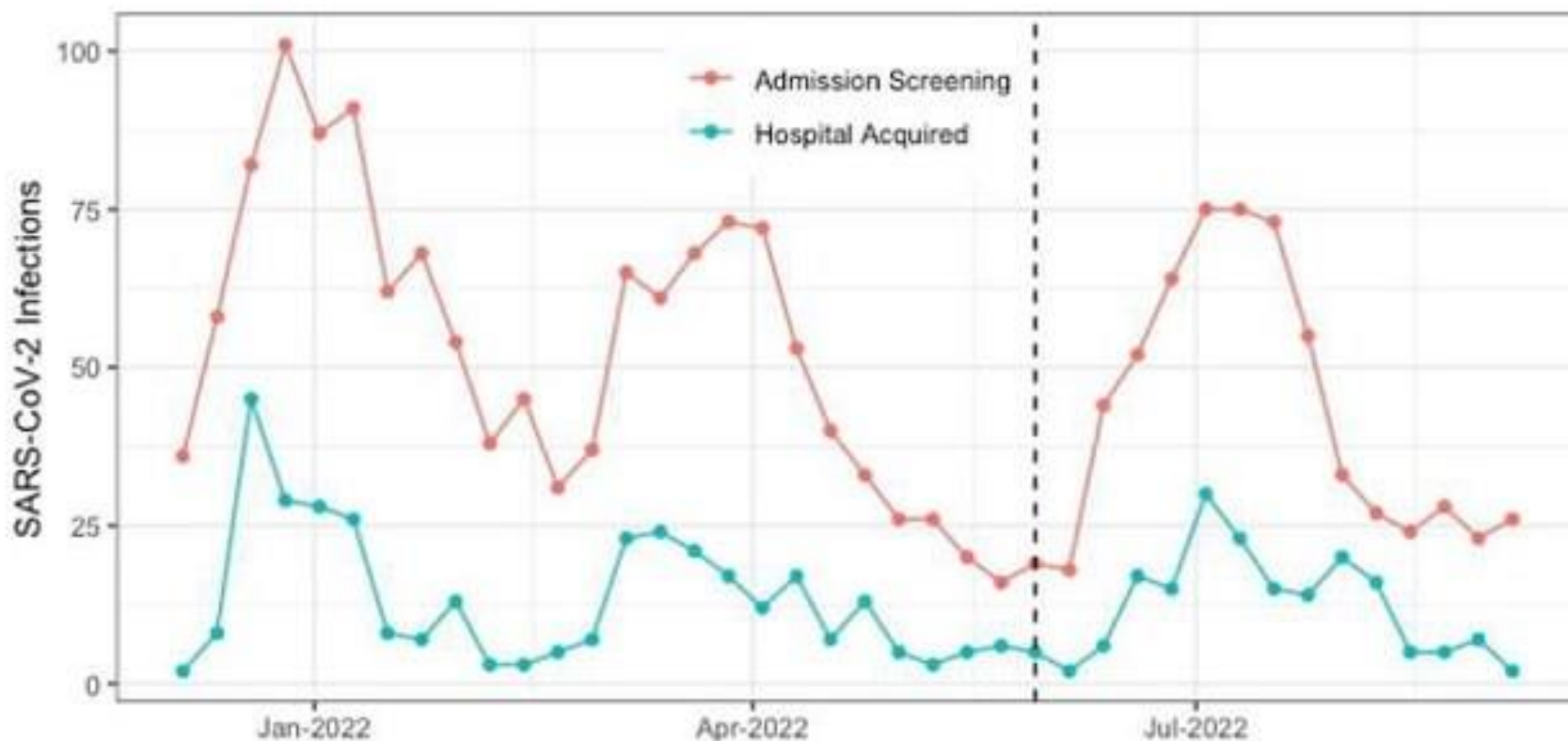


È una rassegna sistematica delle sole ricerche di maggior validità (78 RCT). 12 RCT (2 in ambienti sanitari, 10 in comunità) hanno confrontato l'uso di mascherine mediche (chirurgiche) vs il non uso, concludendo con moderata certezza che **probabilmente fanno poca o nessuna differenza: per sintomi da sindromi influenzali o COVID-19**. Rapporto di rischio 0,95 (cioè **-5%**, non statisticamente signif., n.s.). Per **influenza o SARS-CoV-2 con conferma in laboratorio 1,01 (+1%**, n.s.). Il confronto tra maschere chirurgiche e respiratori FFP2 (4 RCT in contesti sanitari, 1 in famiglia) mostra una tendenza al beneficio delle FFP2 per le sindromi influenzali (**-18%**, n.s.), ma **non con la più obiettiva conferma di laboratorio (+10%**, n.s.), senza differenze neppure in ambiti sanitari, dove le chirurgiche non risultano inferiori a FFP2

Were **masks in hospitals** a waste of time? Hated NHS policy **made 'no difference' to Covid infection rates**, study finds

- Experts at St George's Hospital found masks made 'no discernable difference'
- The infection rate remained unchanged even when the mandate was removed

SARS-CoV-2 infection rates 7 April 2023



Rivedete il seminario CMSi su possibili danni da reinalazione virus in chi porta a lungo mascherine con infezione in atto...



Medicine®

OPEN

Observational Study

The Foegen effect

A mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate

Zacharias Fögen, MD* 

Abstract

Extensive evidence in the literature supports the mandatory use of facemasks to reduce the infection rate of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, which causes the coronavirus disease (COVID-19). However, the effect of mask use on the disease course remains controversial. This study aimed to determine whether mandatory mask use influenced the case fatality rate in Kansas, USA between August 1st and October 15th 2020.

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to Kansas State, USA. A parallelization analysis based on county-level data was conducted on these data. Results were controlled by performing multiple sensitivity analyses and a negative control.

A parallelization analysis based on county-level data showed that in Kansas, counties with mask mandate had significantly higher case fatality rates than counties without mask mandate, with a risk ratio of 1.85 (95% confidence interval [95% CI]: 1.51–2.10) for COVID-19-related deaths. Even after adjusting for the number of "protected persons," that is, the number of persons who were not infected in the mask-mandated group compared to the no-mask group, the risk ratio remained significantly high at 1.52 (95% CI: 1.24–1.72). By analyzing the excess mortality in Kansas, this study determines that over 95% of this effect can solely be attributed to COVID-19.

These findings suggest that mask use might pose a yet unknown threat to the user instead of protecting them, making mask mandates a debatable epidemiologic intervention.

The cause of this trend is explained herein using the "Foegen effect" theory; that is, deep re-inhalation of hypercondensed droplets or pure virions caught in facemasks as droplets can worsen prognosis and might be linked to long-term effects of COVID-19 infection. While the "Foegen effect" is proven in vivo in an animal model, further research is needed to fully understand it.



Correlation Between Mask Compliance and COVID-19 Outcomes in Europe

Beny Spira¹

1. Microbiology, Universidade de São Paulo, São Paulo, BRA

Corresponding author: Beny Spira, benys@usp.br

Review began 04/10/2022

Review ended 04/18/2022

Published 04/19/2022

© Copyright 2022

Spira. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0., which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Abstract

Masking was the single most common non-pharmaceutical intervention in the course of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Most countries have implemented recommendations or mandates regarding the use of masks in public spaces. The aim of this short study was to analyse the correlation between mask usage against morbidity and mortality rates in the 2020-2021 winter in Europe. Data from 35 European countries on morbidity, mortality, and mask usage during a six-month period were analysed and crossed. Mask usage was more homogeneous in Eastern Europe than in Western European countries. Spearman's correlation coefficients between mask usage and COVID-19 outcomes were either null or positive, depending on the subgroup of countries and type of outcome (cases or deaths). Positive correlations were stronger in Western than in Eastern European countries. These findings indicate that countries with high levels of mask compliance did not perform better than those with low mask usage.

Conclusions

While no cause-effect conclusions could be inferred from this observational analysis, the lack of negative correlations between mask usage and COVID-19 cases and deaths suggest that the widespread use of masks at a time when an effective intervention was most needed, i.e., during the strong 2020-2021 autumn-winter peak, was not able to reduce COVID-19 transmission. Moreover, the moderate positive correlation between mask usage and deaths in Western Europe also suggests that the universal use of masks may have had harmful unintended consequences.

Gli studi ecologici nei primi mesi di pandemia, nei confronti prima e dopo l'implementazione di obblighi d'uso di mascherine, sono stati quasi unanimi nel concludere che riducevano la trasmissione.

Gli **obblighi, però, erano di solito disposti dopo un picco**, dando l'impressione che la successiva discesa in atto fosse dovuta alle mascherine (**problema aggravato negli studi osservazionali privi di protocollo**: v. giuste critiche di Jefferson e Heneghan a metanalisi UKHSA, su cui si sono basate tante politiche sanitarie...).

Lo studio di Spira nei 35 Paesi EU da ottobre 2020 a Marzo 2021 mostra altro.

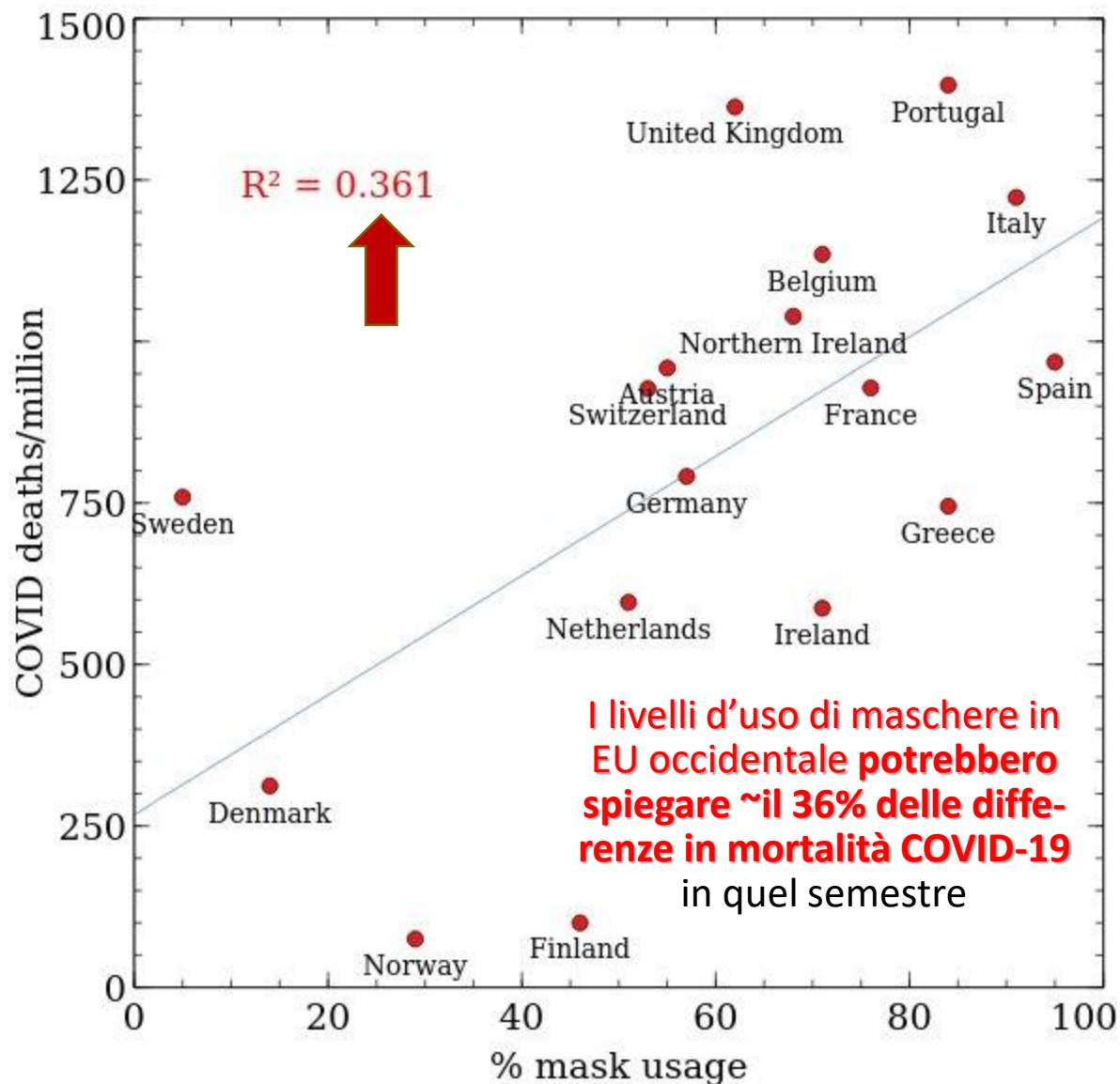
Territory	Masks x cases	Masks x deaths
All Europe	0.136 (0.436)	0.351 (0.039)*
Eastern Europe ¹	0.130 (0.606)	0.164 (0.514)
Western Europe ²	0.05 (0.848)	0.627 (0.007)*

TABLE 2: Spearman's rank correlation coefficient rho (p-value) between mask usage and COVID-19 cases or deaths.

¹ Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czechia, Hungary, North Macedonia, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia, Belarus, Estonia, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, and Ukraine.

² Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, and Northern Ireland.

* Statistically significant.



Correlazione nei 17 Paesi dell'Europa Occidentale

1. Austria
2. Belgio
3. Danimarca
4. Finlandia
5. Francia
6. Germania
7. Grecia
8. Irlanda
9. Italia
10. Olanda
11. Norvegia
12. Portogallo
13. Spagna
14. Svezia
15. Svizzera
16. Regno Unito
17. Irlanda del Nord

FIGURE 3: Correlation between average mask compliance and cases/million (A) or deaths/million (B) in 35 European countries.

Excess mortality indicator

Percentage of monthly additional deaths in 2021-2022 compared to average monthly deaths in 2016-2019

	Jan-2021	Feb-2021	Mar-2021	Apr-2021	May-2021	Jun-2021	Jul-2021	Aug-2021	Sep-2021	Oct-2021	Nov-2021	Dec-2021	Jan-2022	Feb-2022	Mar-2022	Apr-2022	May-2022	Jun-2022	Jul-2022	Aug-2022	Sep-2022	Oct-2022	Nov-2022	Dec-2022
EU	15.4	5.9	10.6	20.9	10.6	6.8	5.6	9.0	12.7	18.2	26.5	23.6	7.5	7.9	6.6	11.9	7.9	8.3	17.0	13.8	10.1	11.4	8.4	19.0*
Belgium	1.5	-9.2	-10.5	6.6	4.9	0.9	-1.8	-0.8	3.0	11.2	16.7	13.1	-0.5	0.1	0.6	16.4	4.4	6.9	5.5	10.4	6.3	10.1	1.8	19.1
Bulgaria	0.1	5.7	53.4	76.9	26.5	8.8	7.9	19.7	51.4	74.0	88.5	43.2	27.8	47.1	18.9	6.9	-0.6	-6.2	3.1	9.2	5.0	0.5	-0.9	-6.0
Czechia	54.6	41.1	62.1	31.1	7.4	1.2	0.0	-0.6	4.8	8.8	43.4	41.0	5.3	6.0	3.1	11.3	4.1	2.4	4.9	7.8	11.6	10.3	6.4	23.2
Denmark	10.8	-7.3	-12.1	-2.3	5.8	6.1	8.2	12.3	11.1	13.9	14.0	17.9	10.5	6.8	6.3	10.6	4.8	10.8	10.5	14.1	7.3	12.7	7.0	22.4
Germany	23.4	-1.7	-9.0	7.1	8.2	8.7	3.5	4.3	11.4	12.4	23.4	24.2	3.5	-1.0	3.9	12.9	9.5	11.9	16.4	17.5	15.7	24.0	15.8	37.3
Estonia	12.0	8.3	29.6	26.9	13.1	19.1	13.8	9.3	19.6	25.7	38.9	16.3	6.2	20.5	16.0	4.9	3.2	17.8	12.6	12.1	16.5	8.9	13.5	22.6
Ireland	21.4	17.7	-4.8	-0.2	6.2	0.5	10.1	11.7	12.5	14.2	16.3	5.8	-4.2	2.7	7.0	19.2	13.4	12.2	16.4	16.9	11.2	15.7	15.5	25.4
Greece	-7.8	-2.8	16.1	24.8	21.4	12.8	21.2	34.1	24.8	18.0	31.3	32.1	19.9	20.2	24.9	21.4	12.7	6.8	23.3	18.8	10.8	7.2	10.5	17.4
Spain	16.3	8.0	-2.2	1.7	2.6	2.1	7.7	18.5	9.7	5.8	8.3	9.1	5.2	3.6	1.0	8.7	14.2	16.3	36.8	19.5	8.7	8.7	4.9	9.6
France	10.2	9.0	7.2	17.0	9.3	2.6	2.7	11.2	9.2	7.7	7.3	15.1	10.3	8.6	4.6	14.9	6.7	6.7	15.2	13.4	8.0	11.3	8.7	24.5
Croatia	7.9	2.3	2.5	30.9	24.5	15.2	5.9	7.6	19.9	22.6	60.4	44.7	18.4	25.5	8.2	6.7	1.0	1.5	12.5	9.1	5.9	3.7	3.5	10.9
Italy	9.1	5.1	18.6	23.2	8.7	7.0	7.1	11.4	10.0	5.7	6.3	10.5	5.5	4.8	6.9	11.2	9.0	6.9	29.5	12.6	8.1	6.4	9.4	
Cyprus	10.8	-4.1	7.3	31.2	16.8	17.1	41.9	55.8	30.4	20.9	24.9	28.2	29.8	26.5	37.8	37.4	14.4	10.9	31.3	15.7	14.4	20.0	27.7	19.2
Latvia	30.6	15.1	-0.8	6.4	16.2	22.0	14.9	9.0	17.6	52.4	57.4	19.5	5.9	11.9	8.9	2.9	0.6	6.7	-0.3	7.4	4.8	7.1	4.0	17.8
Lithuania	29.1	2.3	6.0	10.6	13.5	15.4	10.6	12.5	32.9	43.6	35.9	29.5	5.5	7.6	14.6	8.0	-1.5	4.6	0.9	11.8	7.6	8.1	1.3	20.6
Luxembourg	8.1	-3.8	8.9	7.3	1.3	5.7	0.4	-1.9	6.6	9.4	17.9	15.7	0.9	5.9	-1.4	17.9	2.8	8.8	11.5	10.5	1.5	7.4	3.2	9.5
Hungary	6.0	0.4	50.6	50.0	10.2	8.4	4.4	-1.3	3.9	10.3	51.3	40.1	1.3	5.4	4.8	8.5	1.0	2.6	8.2	5.4	5.0	6.3	6.1	2.8
Malta	4.1	17.7	32.5	0.4	13.3	3.6	20.4	39.2	18.0	12.2	14.8	19.8	15.7	19.2	22.8	30.7	4.2	17.0	27.7	9.0	17.6	22.5	16.8	9.7
Netherlands	18.6	3.6	-2.7	10.6	7.8	7.2	5.7	11.0	12.4	14.7	35.0	31.2	-0.8	-1.5	8.8	19.2	11.0	14.0	15.2	15.0	12.9	19.1	12.9	22.7
Austria	8.8	-3.4	-0.2	11.4	8.7	11.8	5.5	8.8	12.3	12.2	34.3	19.4	-2.5	2.9	15.1	18.3	9.8	13.7	17.8	11.2	12.4	18.3	13.8	27.4
Poland	26.1	11.0	38.3	65.4	27.0	13.7	7.5	5.8	10.1	14.6	51.0	69.1	24.5	15.1	7.8	11.4	6.9	7.2	6.0	11.6	12.3	9.1	2.8	17.8
Portugal	60.5	24.6	-4.6	-6.4	-0.8	-0.2	6.3	9.3	8.9	7.9	14.2	6.8	-4.3	4.2	7.1	12.6	19.3	24.4	29.1	9.4	11.4	8.8	12.9	14.8
Romania	13.2	7.0	26.4	39.8	16.3	5.2	6.7	3.3	33.4	111.2	70.1	10.4	3.1	31.1	11.5	4.9	-1.5	-6.1	4.0	10.6	3.6	-4.4	-4.8	-5.5*
Slovenia	26.8	-1.7	2.9	10.7	10.2	14.6	0.8	-4.1	15.6	18.6	50.5	25.5	3.8	14.7	8.9	13.5	7.9	10.8	16.3	13.8	3.8	6.9	13.6	25.9
Slovakia	74.9	68.8	55.1	29.0	10.5	9.1	2.4	1.1	12.8	27.0	73.0	64.5	9.8	8.6	22.2	13.5	5.6	8.7	11.2	12.8	6.0	10.9	5.9	16.7
Finland	-1.7	-1.7	-3.6	-0.5	5.9	6.0	10.4	13.2	12.7	12.9	15.4	16.1	11.5	12.4	13.4	20.8	15.5	10.2	12.2	19.6	19.0	19.6	22.7	21.1
Sweden	12.4	-7.5	-10.3	-6.3	-1.9	-4.9	-4.5	-3.1	0.6	-3.0	-0.4	1.1	4.3	4.8	-3.9	-4.3	2.3	4.1	3.0	8.0	6.5	1.6	2.2	
Iceland	4.5	2.0	-4.6	2.9	3.0	2.6	10.3	16.8	-11.8	-14.1	9.1	17.3	15.4	23.0	53.9	13.3	13.4	9.9	35.8	11.1	6.5	-1.9	12.3	43.1
Liechtenstein	24.2	17.5	-35.0	34.5	18.0	-39.5	23.1	-9.4	-5.2	-19.1	7.4	12.5	37.3	46.0	8.3	-9.0	-3.1	-1.8	29.2	-20.9	4.1	-27.9	8.1	-20.9
Norway	-5.4	-10.5	-8.4	-3.3	-1.7	-1.3	1.5	8.7	11.5	11.4	20.6	16.5	-1.8	6.3	16.1	11.9	11.1	14.0	15.6	11.2	13.5	12.8	13.7	21.0
Switzerland	23.8	-5.0	-5.5	3.3	3.4	2.8	2.6	8.9	12.7	7.1	16.5	25.7	4.9	3.5	13.9	14.2	5.4	13.4	22.0	15.3	8.8	14.6	12.1	22.9

Note: Data for 2021-2022 are provisional

(.) not available

(*) estimated value

Source: Eurostat (online data code: demo_mext1)

Nel 2021-2022 la **Svezia**, che in pratica non ha fatto ricorso a **lockdown** e **mascherine**, ha avuto **il minor eccesso di mortalità in Europa**, molto meglio anche di Norvegia, Finlandia e Danimarca, con cui si insisteva a confrontarla nel 2020.

In Svizzera le raccomandazioni di vaccinazione sono della CFV (Commissione federale vaccinazioni) con l'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica).



Nella primavera/estate 2023 non è raccomandata alcuna vaccinazione anti-COVID-19,

neppure alle persone particolarmente a rischio (PPR), che però possono riceverla dopo accertamento individuale con il proprio medico.

Se dovesse riprendere un'ondata di SARS-CoV-2, si raccomanderebbe una vaccinazione... **alle PPR**.

Chi pur senza raccomandazione vuole farsi vaccinare, **deve assumerne i costi.**

Sono mosse potenzialmente decisive!

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ Astrazeneca non è più disponibile in Australia dal 20 marzo di quest'anno. «Quindi, non potranno verificarsi ulteriori casi di sindrome trombotica trombocitopenica (Tts)», segnala con un sospiro di sol-

In Svizzera dosi non più consigliate

Il Paese «segretamente» cassa la raccomandazione di porgere il braccio: chi vuole dovrà pagare e i medici saranno responsabili. Canberra invece blocca Astrazeneca

prima persona, i medici non saranno più tanto propensi a inoculare l'anti Covid.

«Nessun medico sano di mente metterà a repentaglio la sua esistenza e racconterà a qualcuno di essere vaccinato», ha dichiarato il consigliere nazionale **Roland Rino Büchel**

Responsabilità

Si applicano le consuete regole. In caso di danni, possono essere tenuti a rispondere **1) il fabbricante di vaccini 2) chi ha eseguito la vaccinazione o l'ospedale 3) in modo sussidiario la Confederazione.**



1) Il fabbricante se il vaccino è difettoso.

2) Chi ha eseguito la vaccinazione è giudicato secondo le norme sul mandato («responsabilità del medico») in base al codice delle obbligazioni.
Valgono anche le regole sull'informazione del paziente.

Si impone di informare su tipo di vaccinazione e suoi rischi. Tenendo conto delle informazioni accessibili: **del fabbricante, eventuali raccomandazioni di autorità e associazioni professionali, nonché i risultati di studi scientifici e tecnici.**

L'informazione comprende sia i rischi frequenti, sia quelli rari, se noti e in

potenza gravi. Inoltre va ricordato al pz che per ora non sono noti tutti i rischi (es. eventuali danni a lungo termine)

3) la Confederazione, per vaccinazioni ordinate... Ma la decisione di vaccinare o meno nel singolo spetta sempre all'interessato insieme a chi esegue la vaccinazione...



<https://www.ilfattoquotidiano.it/2023/04/15/vaccini-perche-trovo-inopportuno-il-linguaggio-che-continua-a-classificarli-come-bene-assoluto/7129722/>



Patrizia Gentilini Medico oncologo ed ematologo
SALUTE- 15 APRILE 2023

Vaccini, perché trovo inopportuno il linguaggio che continua a classificarli come bene assoluto



E' stato presentato il 23 gennaio scorso il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-25 (PNPV) che sarà presto oggetto di confronto alla Conferenza Stato-Regioni. Si tratta di un Piano molto articolato e impegnativo, purtroppo non scevro da criticità e su cui, come Commissione Medica-Scientifica indipendente, ci siamo espressi col testo qui disponibile, invitando ...

Una commentatrice:

La democrazia occidentale è in crisi, soprattutto per la perdita della integrità fisico-psichica e della visione utilitaristica che tende al profitto a qualsiasi costo della salute del singolo. Anche questa interpretazione nobile, è perdente, soprattutto se si avventura a contrapporre interesse alla salute del singolo verso quella della collettività, è frutto della manipolazione informativa. In realtà (e per fortuna, in questi casi) non c'è alcun dilemma tra la salute del singolo e della comunità! Proprio il principio solidaristico dovrebbe condurre a vaccinazioni mirate e non universali! L'economia, infatti, non può essere messa in crisi dalle malattie infettive, che obbligano i dipendenti a pause più o meno lunghe dal lavoro...