

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

(44° incontro, 11-6-'23)

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



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

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

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

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



Avv. Raffaele
Scudieri

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

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

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

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

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

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

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Screening Ca mammario a 40 anni? (da S 6)
- Gruppo HART su amiloidosi cardiaca (e *soluzioni* Pfizer) (da S 13)
- Anticipare a 6 mesi vaccinazione antimorbillo? No! (da S 14)
- Vaccinazione anti-VRS in gravidanza? Non sicura! (da S 15)
- OMS, EMA non demordono su pandemia. CMSi neppure (da S 20) (e tattica Pfizer)
- Infezione naturale protegge meglio di 3 dosi di vaccino (da S 35)
- Dosi ripetute, shift verso IgG4 e minori difese immunitarie (da S 36)
- Eccessi di mortalità bambini in Europa EuroMOMO (da S 38) e polemiche sterili
- Miocarditi lievi? Prognosi (da S 40) → vita sana e NO *screening cardiologico* alla cieca
- Mortalità ed effetto vaccinato sano (da S 43)
- Mortalità anomala Canada, Nuova Zelanda, Inghilterra, Germania (da S 45)
- Molnupiravir: ultimo flop + dirompente risultato non commentato (S da 56)
- Metformina previene Long-Covid (da S 60)
- Disturbi mentali post-Covid in Danimarca? Come per altre infezioni! (S 62)
- Cibi ricchi di quercetina, promettenti sia per COVID che per fragilità: (da S 63)



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

Screening mammario dai 40 anni?

https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/sites/default/files/file/supporting_documents/breast-cancer-screening-draft-rec-bulletin.pdf



U.S. Preventive Services
TASK FORCE

USPSTF Bulletin

Task Force Issues Draft Recommendation Statement on Screening for Breast Cancer

*Science now shows all women should get screened starting at age 40;
more research still needed in key areas*

WASHINGTON, D.C. – May 9, 2023 – The U.S. Preventive Services Task Force (Task Force) today posted a draft recommendation statement on screening for breast cancer. The Task Force now recommends that all women get screened for breast cancer every other year starting at age 40. This is a B grade. More research is needed on whether or not women with dense breasts should have additional screening with breast ultrasound or MRI, and on the benefits and harms of screening in women older than 75. These are I statements. The use of the term women in this draft recommendation includes cisgender women and other people assigned female at birth.

Grades in this recommendation:

- B: Recommended.
- I: The balance of benefits and harms cannot be determined.

[Learn more here](#)



Disappearing breast cancers (2012)

*A Countercurrents Series^a with
S.A. Narod MD*

Precancerous and Cancerous Breast Lesions During Lifetime and at Autopsy

A Study of 83 Women

MAJA NIELSEN, MD,* JØRN JENSEN, MD,† AND JOHAN ANDERSEN, MD‡

Among 83 consecutive, unselected female autopsy cases, 6 had been treated for invasive breast carcinoma (IBC) during lifetime. At autopsy, of these six women, two had IBC in the contralateral breast, and another two had *in situ* carcinoma. Among the 77 women without previous clinical breast cancer, one case of IBC and 14 cases of *in situ* carcinoma were found at autopsy. Thus, the total occurrence of primary malignant breast lesion was as high as 25.4%. Assuming that all IBCs evolve from *in situ* forms and that *in situ* carcinomas do not undergo total regression, our results seem to indicate that about one third of all *in situ* carcinomas develop into IBC.

Cancer 54:612-615, 1984.

TABLE 1. Women With Malignant and Premalignant Breast Lesions in 83 Cases

Type of breast lesion	No. of women
IBC*	7
DCIS	8
LCIS	3
DCIS and LCIS	3
ADH	2
ALH	1
BM	4

L'incidenza cumulativa da 0 a 84 anni in Italia è il 12,5%!

21 Tumori (25,4%)
(età media 71 anni)



* Six appearing within lifetime.

IBC: infiltrating breast carcinoma; DCIS: intraductal carcinoma; LCIS: lobular carcinoma *in situ*; ADH: atypical duct hyperplasia; ALH: atypical lobular hyperplasia; BM: breast metastasis.

Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: A study of 110 medicolegal autopsies (donne di 20-54 anni)

M. Nielsen¹, J.L. Thomsen², S. Primdahl¹, U. Dyreborg³, & J.A. Andersen⁴

¹Department of Pathology, Frederiksberg Hospital, Copenhagen, DK-2000 F; ²University Institute of Forensic Medicine, Copenhagen, DK-2100 Ø; and Departments of ³Radiology and ⁴Pathology, Odense University Hospital, Odense, DK-5000 C, Denmark.

Summary In 110 consecutive, medicolegal autopsies of young and middle-aged women (range 20-54 years) the breasts were examined by an extensive histopathologic method and by correlative specimen radiography. Malignancy was found in 22 women (20%) of which only one was known to have had clinical invasive breast cancer (IBC). At autopsy 2 women had IBC (2%), the remaining *in situ* carcinoma (*in situ* BC) of microfocal type (18%), i.e. 15 (14%) intraductal carcinomas (DCIS), 4 (3%) lobular carcinoma *in situ* (LCIS) and one (1%) both DCIS and LCIS. Forty-five per cent of the women with malignancy had multicentric and 41% had

Table I Number of women with primary malignant and atypical breast lesions among 110 medicolegal autopsy cases.

Type of lesion	No. of women
Invasive breast cancer (IBC)	2
Intraductal carcinoma (DCIS)	15
Lobular carcinoma <i>in situ</i> (LCIS)	4
DCIS/LCIS	1
<u>Total number of malignant lesions</u>	22 (20%)
Atypical ductal hyperplasia (ADH)	8 (7%)

ed malignant lesions were identified by
illoma and duct ectasia were positively
more frequent among women aged more
l abuse and with steatosis or cirrhosis of
ent in young and middle-aged women.

22 tumori (20%)

Table V Age distribution of 110 women with and without malignant and atypical breast lesions

<i>Years</i>	<i>Total number of women (n = 110)</i>	<i>Number of women with breast cancer (n = 22)</i>	<i>Number of women with atypical lesions (n = 8)</i>
20–29	23	0	1
30–39	36	3 (8%)	2
<u>40–49</u>	33	<u>13 (39%)</u>	<u>4</u>
50–54	18	6 (33%) ^a	1

^aTwo women had invasive breast cancer

da 40 ai 49 aa.
4 donne su 10?



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Prevalence of incidental breast cancer and precursor lesions in autopsy studies: a systematic review and meta-analysis

Elizabeth T. Thomas¹, Chris Del Mar², Paul Glasziou², Gordon Wright¹, Alexandra Barratt³ and Katy J. L. Bell^{2,3*}

Abstract

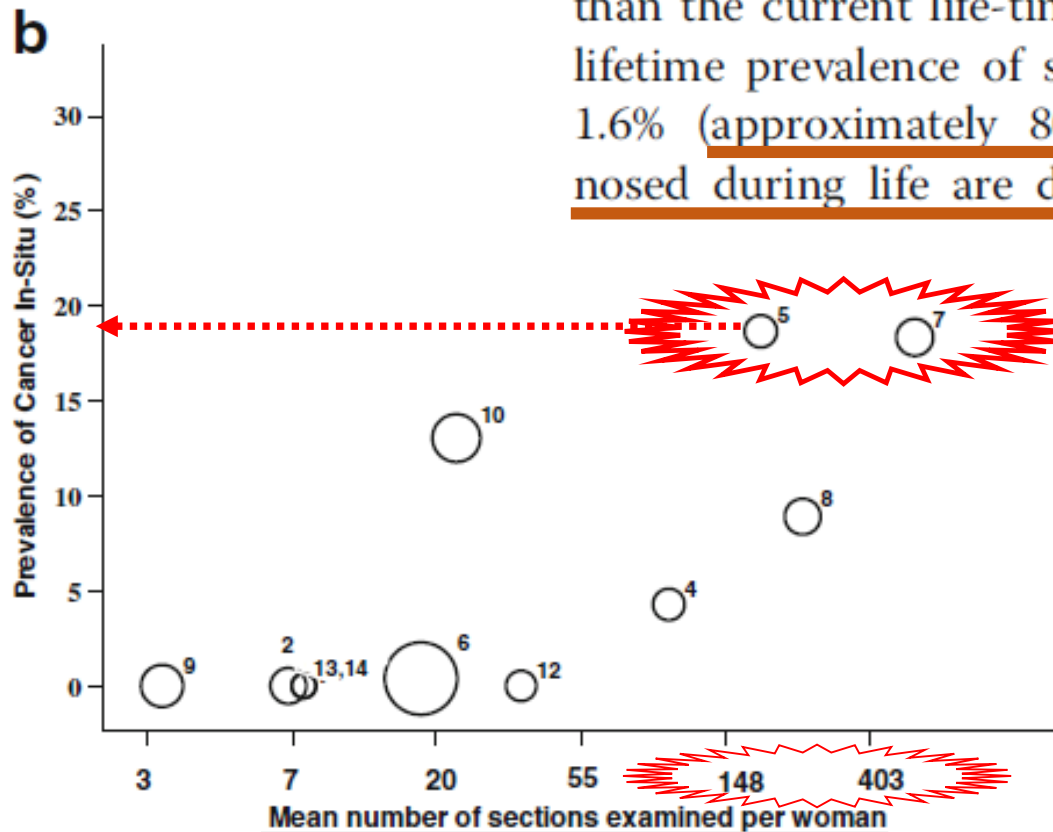
Background: Autopsy studies demonstrate the prevalence pool of incidental breast cancer in the population, but estimates are uncertain due to small numbers in any primary study. We aimed to conduct a systematic review of autopsy studies to estimate the prevalence of incidental breast cancer and precursors.

...

Results: We included 13 studies from 1948 to 2010, contributing 2363 autopsies with 99 cases of incidental cancer or precursor lesions. More thorough histological examination (≥ 20 histological sections) was a strong predictor of incidental in-situ cancer and atypical hyperplasia ($OR = 126.8$ and 21.3 respectively, $p < 0.001$), but not invasive cancer ($OR = 1.1$, $p = 0.75$). The estimated mean prevalence of incidental cancer or precursor lesion was 19.5% (0.85% invasive cancer + 8.9% in-situ cancer + 9.8% atypical hyperplasia).

likely to be due to overdiagnosis. The implications of this are that up to ~40% (~3%/7.4%) of screen-detected invasive cancers, or up to ~24% (~3/12.4%) of all invasive cancers, may be currently overdiagnosed. Others' estimated overdiagnosis rates fall between our approximate lower and upper bounds [11, 43, 47–50].

For in-situ breast cancer, our estimate for the prevalence pool of incidental lesions is ~9%, much higher than the current life-time prevalence of ~2.0% [40], and lifetime prevalence of screen-detected in situ cancer of 1.6% (approximately 80–85% of in-situ cancers diagnosed during life are detected by screening [51]. This



Ciò in studi fino al 2010.
Con nuove tecnologie (mam-
mograf. digitale, tomosintesi)
e biopsie + intense, **peggio!**

Amiloidosi cardiaca: moltiplicare problemi, sfruttare di soluzioni...

Da: The three icebergs of vaccine injury [May 23, 2023](#)

Heart, blood and neurological / autoimmune conditions

.... **Heart**

«... diagnosis of myocarditis. It has also been hypothesised that the underlying pathology may not be inflammation but abnormal protein deposition causing a condition called [amyloidosis](#).»

L'**amiloidosi cardiaca** è un'importante causa di scompenso nel paziente anziano. L'età media alla diagnosi è oggi >80 anni. È una malattia sistemica eterogenea, con casi a prevalente impegno cardiaco, o neurologico.

Per *fortuna* sono in serbo nuove terapie *specifiche*, come il **Tafamidis (Pfizer)**, approvato da EMA e in grado di stabilizzare la patologia a lungo termine; però ha effetti terapeutici che si manifestano solo dopo ~15 mesi, e un costo molto elevato: 22.143 €/mese, dunque

oltre 330.000 €/anno





Measles, mumps, and rubella vaccine at age 6 months and hospitalisation for infection before age 12 months: randomised controlled trial

Antimorbillo a 6 mesi? No!

Anne Cathrine Zimakoff,¹ Andreas Jensen,¹ Dorthe Maria Vittrup,² Emma Hoppe Herlufsen,³ Jesper Kiehn Sørensen,¹ Michelle Malon,¹ Jannet Svensson,² Lone Graff Stensballe¹

RCT doppio cieco di adeguata potenza, pragmatico, in Danimarca su **6.500 bambini** di ~6 mesi. Un gruppo iniezione i.m. MPR standard, l'altro placebo.

Obiettivo primario: ogni ricovero per infezione fino ai 12 mesi. **MPR in trend peggio:**

- **Ricoveri x infezione: 22 di più, HR 1,03** (0,91-1,18)
- Ricoveri **durati almeno 12 ore: 19 di più, HR 1,25** (0,88-1,77)
- Ricoveri **ripetuti a oltre 7 gg da dimissione: 15 di più, HR 1,02** (0,91-1,15)
- Ricoveri x infezione **in prematuri: 24 di più, HR 1,55** (0,90-2,68)
- Ricoveri x infezione **nati a termine: 10 di più, HR 1,01** (0,89-1,15)
- Prescrizione **antibiotici sistemici: 18 di più, HR 1,04** (0,88-1,23).



Conclusione: benché studi osservazionali avessero suggerito benefici, in apparenza più per le bambine, questo RCT in un paese ad alto reddito non li conferma (ndr: **anzi!**)

Vaccino anti-VRS in gravidanza? Non sicuro!

Il 18 maggio '23 il VRBPAC (Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee) aveva in agenda il vaccino Pfizer contro VRS per le donne incinte (*Abrysvo*). Quesiti:

- 1) I dati sono adeguati a supporto della sua VE nel 2°-3° trimestre per prevenire malattie respiratorie inferiori da VRS, e malattie respiratorie gravi nei primi 6 mesi?
- 2) Ci sono dati adeguati a supporto della sicurezza di *Abrysvo*...?

NB: GSK aveva un vaccino quasi identico, ma ne ha interrotto lo sviluppo nel 2022, per aumentato rischio di nascite pretermine e di morti neonatali.

Table 6.1 Summary of preterm births and neonatal deaths in study RSV MAT-009 - Infant participants - ES

Ecco i dati GSK: Event:	RSV MAT N=3,496*		Control N=1,739*		Relative Risk (95% CI)
	n	% (95% CI)	n	% (95% CI)	
Preterm births	238	6.81 (5.99, 7.69)	86	4.95 (3.97, 6.07)	1.38 (1.08, 1.75)
Neonatal deaths	13	0.37 (0.20, 0.64)	3	0.17 (0.04, 0.50)	2.16 (0.62, 7.55)
Neonatal death in an extremely preterm birth ($22 \leq$ gestational age < 28 weeks)	2	0.06 (0.007, 0.21)	0	0.00 (0.00, 0.21)	Not estimable (0.26, inf)**
Neonatal death in a preterm live birth ($28 \leq$ gestational age < 37 weeks)	5	0.14 (0.05, 0.33)	0	0.00 (0.00, 0.21)	Not estimable (0.65, inf)**
Neonatal death in a term live birth (≥ 37 weeks of gestational age)	6	0.17 (0.06, 0.37)	3	0.17 (0.04, 0.50)	0.99 (0.25, 3.97)

- Pfizer's MATISSE trial had a directionally higher percentage of preterm births in the vaccinated arm. Preterm births accounted for 4.7% of births in the placebo arm, and 5.7% of births in the vaccine arm. Here is that data:

Characteristic	RSVpreF Vaccine	Placebo	Total
Gestational age at birth — no./total no. (%)			
24 to <28 wk	1/3568 (<0.1)	1/3558 (<0.1)	2/7126 (<0.1)
28 to <34 wk	20/3568 (0.6)	11/3558 (0.3)	31/7126 (0.4)
34 to <37 wk	180/3568 (5.0)	157/3558 (4.4)	337/7126 (4.7)
37 to <42 wk	3343/3568 (93.7)	3356/3558 (94.3)	6699/7126 (94.0)
≥42 wk	21/3568 (0.6)	30/3558 (0.8)	51/7126 (0.7)

- MATISSE is the only phase 3 trial from Pfizer using this product. Their phase 2b trial, though smaller (~575 total pregnant women), also showed preterm births to be higher in every single arm that received the vaccine, relative to placebo.

Il vaccino anti-VRS in gravidanza ha circa raddoppiato i parti prematuri

Outcomes	RSVpreF 120 ug (N=115) n (%)	RSVpreF 120 ug + Al(OH) ₃ (N=117) n (%)	RSVpreF 240 ug (N=116) n (%)	RSVpreF 240 ug + Al(OH) ₃ (N=114) n (%)	Placebo (N=117) n (%)
Premature births	6 (5.3%)	4 (3.4%)	8 (7.1%)	4 (3.6%)	3 (2.6%)
Stillbirths	0	0	0	0	1

Source: FDA generated table adapted from Table 14.76 in CSR for Study 1003.

If you are like me, you probably see all this data and wonder how anyone could vote in favor of the safety profile of this vaccine. As I listened to the meeting, I can share how ten of the members seemed to get there. In my opinion, they did it by ignoring the question they were asked. As a reminder: they were asked if “available data” were adequate to support the safety of this product.

E l'efficacia del vaccino anti-VRS in gravidanza ? ~ 5%, e n.s.!

Table S8. Vaccine efficacy for all-cause MA-LRTI within 90 to 360 days after birth

Time interval	RSVpreF (N*=3495) Number of cases (%)	Placebo (N*=3480) Number of cases (%)	Vaccine efficacy, % (99.17% CI)†
90 days after birth	186 (5.3)	200 (5.7)	7.0 (-22.3–29.3)
120 days after birth	261 (7.5)	278 (8.0)	6.1 (-18.3–25.5)
150 days after birth	331 (9.5)	349 (10.0)	5.2 (-16.5–22.8)
180 days after birth	392 (11.2)	402 (11.6)	2.5 (-17.9–19.4)
360 days after birth	504 (14.4)	531 (15.3)	5.1 (-12.1–19.6)

One could argue that this data is only MA-LRTI, and we saw a larger benefit with RSV-associated *severe* MA-LRTI, to which I would readily agree. My qualm: no one required Pfizer to prove any benefit in all-cause severe MA-LRTI. It's worse than that. Not only were they not required to prove any benefit on all-cause outcomes, they weren't even required to show us the data. Even if not statistically significant, it should at least show a trend toward better vaccine efficacy.



Quando le stesse persone sono impiegati nelle Industrie produttrici, nei rispettivi gruppi di lobby e nelle Agenzie Regolatorie delle stesse (FDA, EMA, ecc.), la probabilità di «**cattura del Regolatore**» è enorme.

Dilemma: se l'FDA e simili Agenzie vogliono avere i massimi esperti, il luogo in cui oggi li trovano di solito è l'Industria. Ma questa strada non fa l'interesse della comunità.

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

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



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

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

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

di PATRIZIA FLÖDER REITTER

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

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

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

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

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



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

[Ansa]

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

Il metodo adottato, grazie al quale ogni opinione contraria

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

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

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

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

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

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

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

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



Milano, 4th June 2023

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
World Health Organization
Geneva
Director-General@who.int

Subject: Request for an open discussion about the questionable perseverance in advocating repeated anti-COVID-19 vaccinations.

Sir,

the letter dated January 4, 2023 we addressed to you and then to the relevant officers of your cabinet remained unanswered. We are perfectly aware of how busy international officers may be. However, we consider your silence not only unpolite but strikingly unaccountable to the people whose health you have the mandate to promote and protect.

(→ 6 pagine)

Long-term COVID-19 booster effectiveness by infection history and clinical vulnerability and immune imprinting: a retrospective population-based cohort study *Lancet Infect Dis* 2023

Hiam Chemaitelly, Houssein H Ayoub, Patrick Tang, Peter Coyle, Hadi M Yassine, Asmaa A Al Thani, Hebah A Al-Khatib, Mohammad R Hasan, Zaina Al-Kanaani, Einas Al-Kuwari, Andrew Jeremijenko, Anvar Hassan Kaleeckal, Ali Nizar Latif, Riyazuddin Mohammad Shaik, Hanan F Abdul-Rahim, Gheyath K Nasrallah, Mohamed Ghaith Al-Kuwari, Adeel A Butt, Hamad Eid Al-Romaihi, Mohamed H Al-Thani, Abdullatif Al-Khal, Roberto Bertollini, Jeremy Samuel Faust, Laith J Abu-Raddad

Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for each of (A) BNT162b2 and (B) mRNA-1273 vaccines.

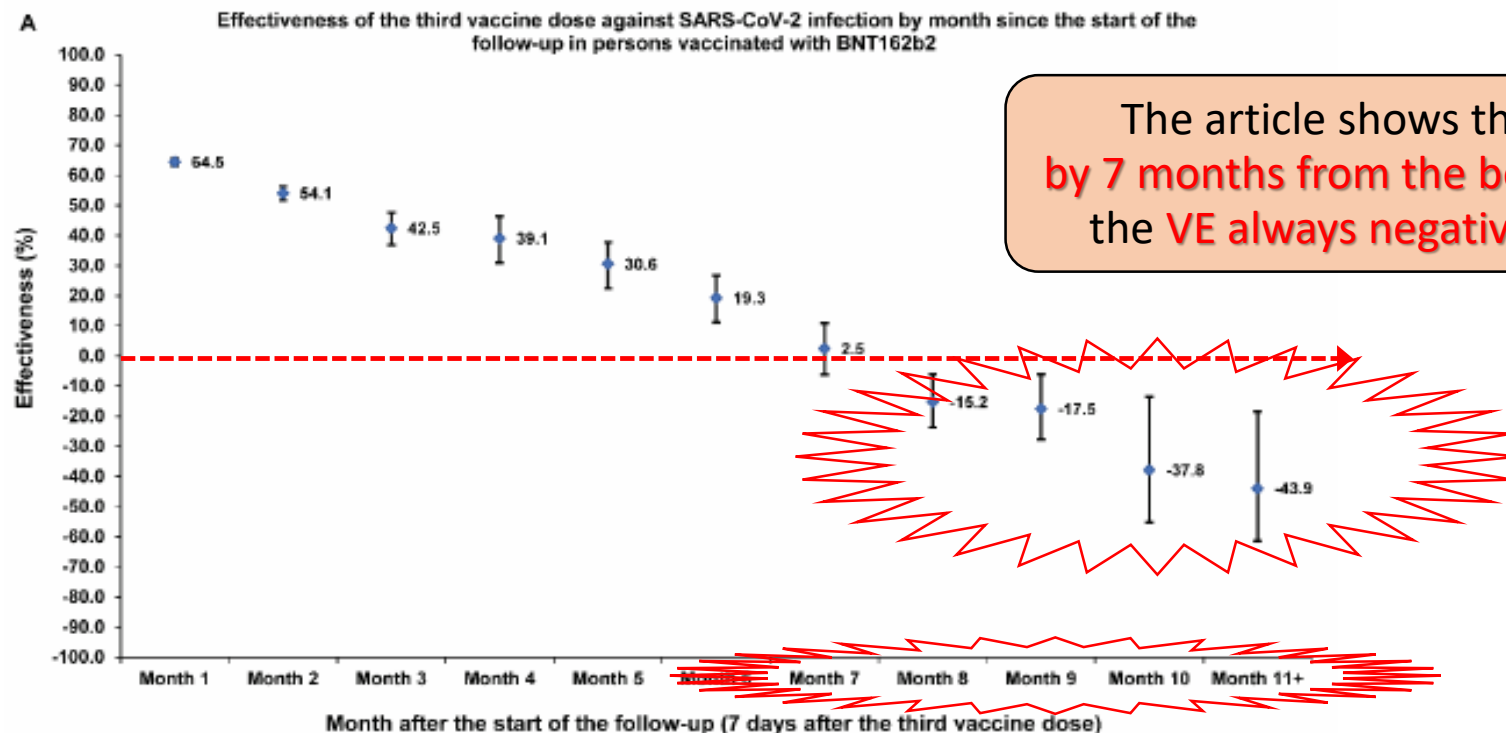
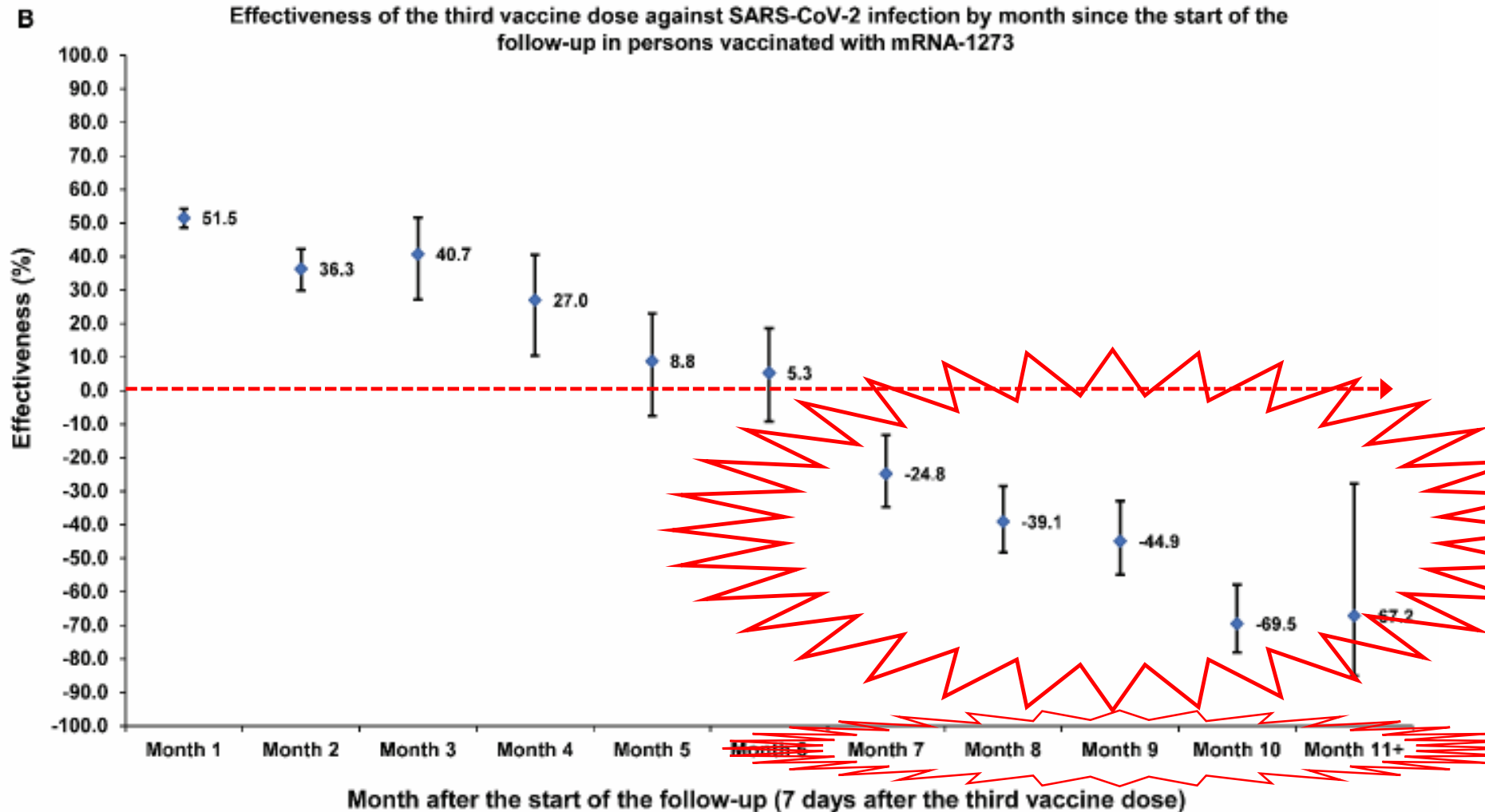


Figure S6: Booster effectiveness relative to primary series against SARS-CoV-2 infection by month since the start of the follow-up for (B) mRNA-1273 vaccines.



Moderna vaccine: severe VE loss, less than zero as an annual average...



Short communication

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

Cynthia Tamandjou ^{*,1}, Vincent Auvigne ¹, Justine Schaeffer, Sophie Vaux, Isabelle Parent du Châtelet

Direction des maladies infectieuses – Unité infections respiratoires et vaccination, Santé publique France, French National Public Health Agency, F-94415 Saint-Maurice, France

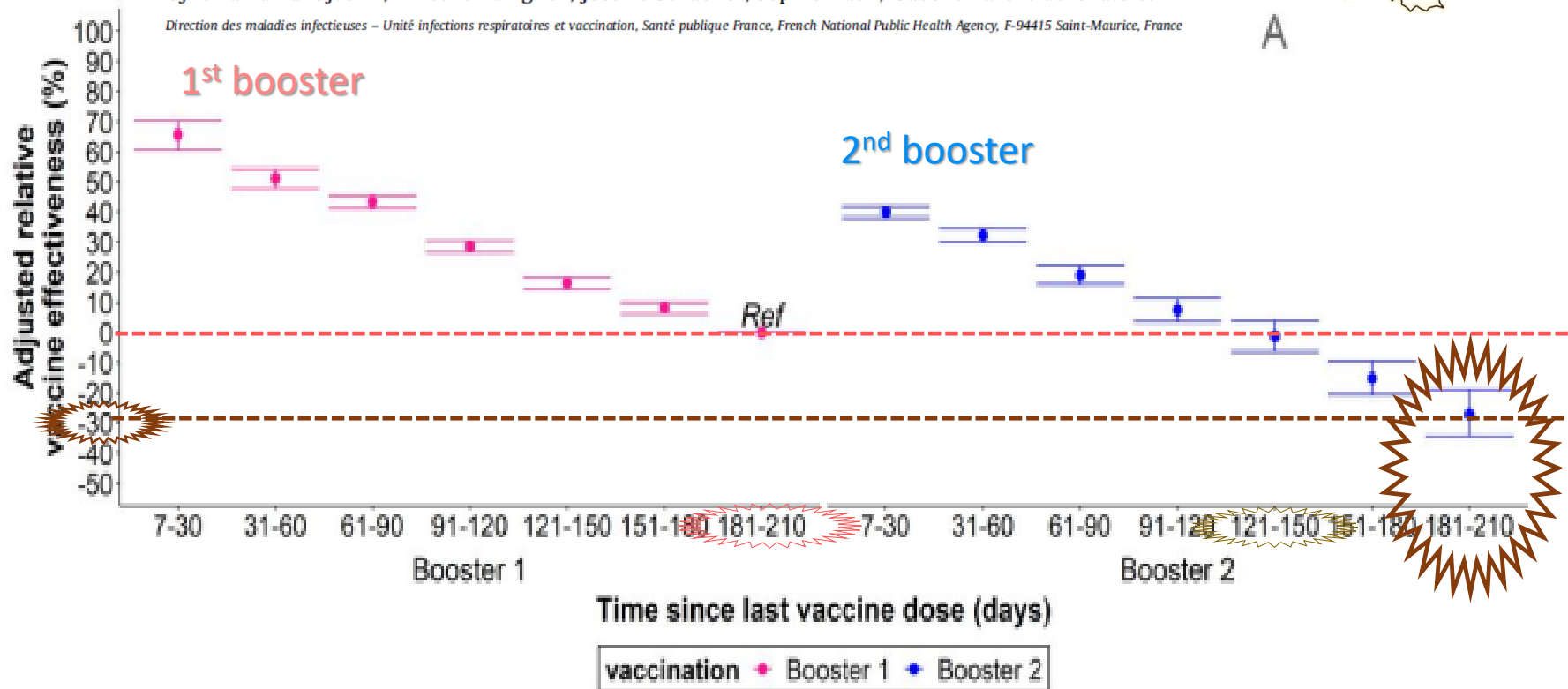


Figure S5: Adjusted relative vaccine effectiveness of the second booster of mRNA covid-19 vaccine against symptomatic Omicron BA.2 or Omicron BA.4/5 infection, relative to those who received the first booster dose 181-210 days ago, among **A. 60-79 years** old. Error bars = 95% confidence intervals of the estimates

MAJOR ARTICLE

DOI: 10.1093/ofid/ofad209

Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Bivalent Vaccine

Nabin K. Shrestha,¹ Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,³ James F. Simon,⁴ Amanda Hagen,⁵ Steven M. Gordon¹

¹Department of Infectious Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ²Infection Prevention, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ³Quantitative Health Sciences, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ⁴Enterprise Business Intelligence, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, and ⁵Occupational Health, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA.



Table 2. Unadjusted and Adjusted Associations with Time to COVID-19

Variables	Unadjusted HR (95% CI)	P	Adjusted HR (95% CI) ^a	P
....				
Number of prior vaccine doses (ref: 0)			1	
1	1.91 (1.57-2.32)	<.001	<u>2.07 (1.70-2.52)</u>	<.001
2	2.22 (1.92-2.56)	<.001	<u>2.50 (2.17-2.89)</u>	<.001
3	2.69 (2.35-3.09)	<.001	<u>3.10 (2.69-3.56)</u>	<.001
>3	2.94 (2.50-3.45)	<.001	<u>3.53 (2.97-4.20)</u>	<.001

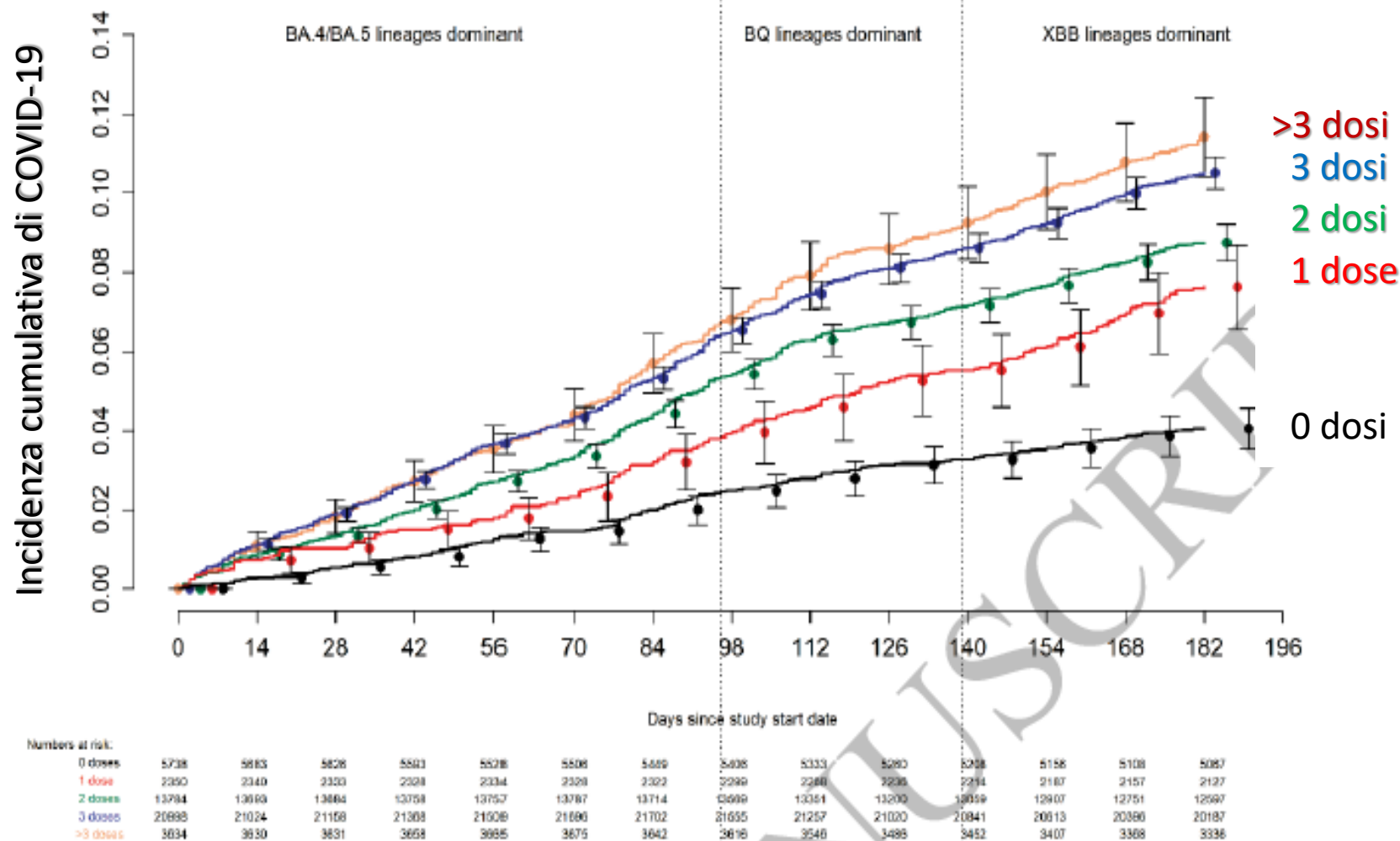


Figure 2. Cumulative incidence of COVID-19 for subjects stratified by the number of COVID-19 vaccine doses previously received. Day zero was 12 September 2022, the day the bivalent vaccine began to be offered to employees. Point estimates and 95% confidence intervals are jittered along the x-axis to improve visibility.

MAJOR ARTICLE

DOI: 10.1093/ofid/ofad209

Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Bivalent Vaccine

Nabin K. Shrestha,¹ Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,³ James F. Simon,⁴ Amanda Hagen,⁵
Steven M. Gordon¹



Su 51.000 lavoratori della [Cleveland Clinic, in Ohio](#) (USA), il **n. di dosi di bivalente** si associa con **maggior incidenza di reinfezione** (differenze altamente significative)

Come da tabella riprodotta, rispetto ai non vaccinati **le infezioni nei vaccinati con 1 dose sono doppie**, con **due dosi 2 volte e ½**, con **3 dosi oltre 3 volte**...

Da **Table 2. Associazione con il tempo necessario per nuova diagnosi di COVID-19**

N. di precedenti dosi di vaccino

Indice di rischio corretto
(e intervalli di confidenza al 95%)

Nessuna dose (riferimento)

1

1 dose

2,07 (1,30-2,24) → **+107%**

2 dosi

2,50 (2,19-3,17) → **+150%**

3 dosi

3,10 (2,63-3,77) → **+210%**

+ di 3 dosi

3,53 (2,70-4,23) → **+253%**

Un altro esempio: una [ricerca sull'Islanda](#) aveva già mostrato risultati analoghi.

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

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

HIGH priority-use groups

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



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

MEDIUM priority-use groups

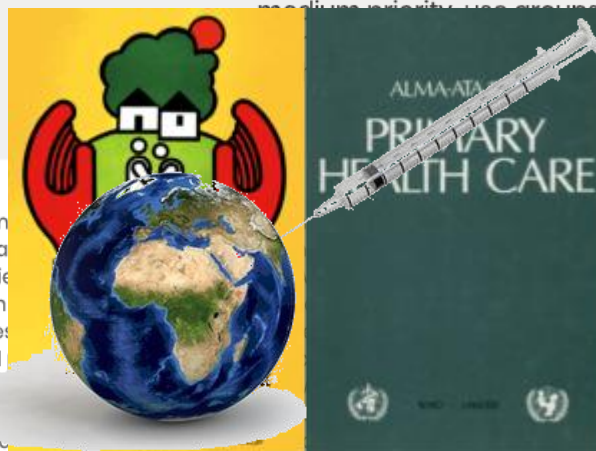
Target population	Primary series and booster ^b	Additional booster doses	Remarks
Healthy younger adults ^a Children and adolescents aged 6 months to 17 years with severe obesity or comorbidities that put them at higher risk of severe COVID ⁱ	Recommended	Not routinely recommended. ^h	Benefit of additional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

LOW priority-use groups

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

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

Evoluzione OMS da Alma Ata...



or the epidemiology of COVID-19. WHO currently does not recommend 6-12 months after the completion of the primary series; often it is 75 or 80% of the population. WHO EUL for the "extended" means that such decisions are based on local circumstances. However, vaccination is associated with additional benefits in disease epidemiology, health equity, and economic development.

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



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

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

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

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

Querying the existence of a covid 'pandemic' [June 6, 2023](#)



Words are powerful: handle with care

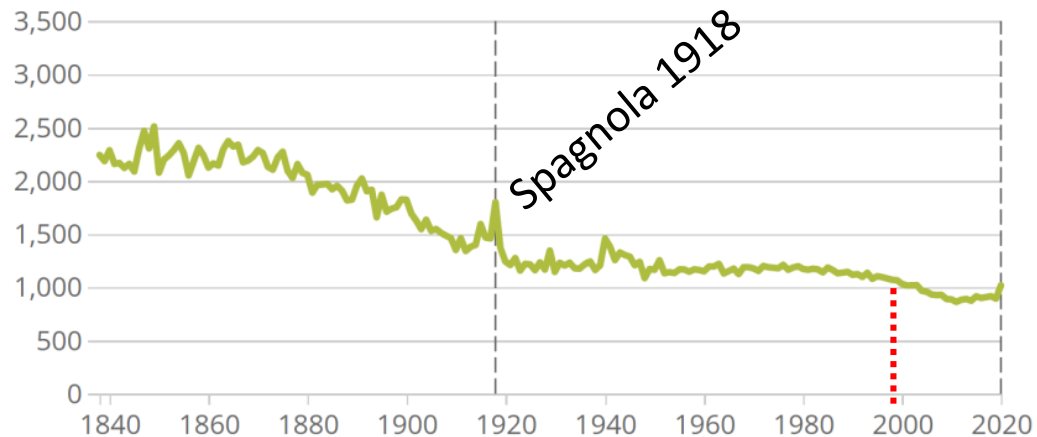
Il termine usato «pandemia» dovrebbe indicare uno scenario con gran numero di morti, inclusi i giovani. Ci sono state tre false premesse, che la COVID fosse: **1) del tutto nuova 2) estremamente letale 3) senza precedenti.** In realtà:

1) non era più nuova di molti altri virus che emergono ogni anno quanto a **capacità di essere riconosciuta dal ns sistema immunitario**

2) non era molto più letale di cattive «influenze» del passato, e non più dell'influenza stagionale per i giovani.

Prima di gridare scandalizzati, guardiamo il grafico di 180 anni di mortalità in Galles e Inghilterra secondo l'ONS (es.: non peggio della cattiva influenza invernale del 2000)

Crude mortality rates per 100,000 persons



Source: Office for National Statistics - Deaths registered in England and Wales

segue 2) fanno eccezione alcuni territori, come il Nord Italia (Pianura Padana), New York... In entrambe queste eccezioni emergono dubbi sul contributo relativo del virus rispetto a fattori ambientali (es. inquinamento da PM_{2,5}, da ossidi d'azoto...), e ancor più a risposte legate a politiche adottate (esempi: mascherine protratte ai malati, cure precoci e a domicilio scoraggiate, salvo il dannoso paracetamolo, nell'attesa salvifica del vaccino, clima di terrore...)

Si badi che nel 2003 una pandemia influenzale è stata internazionalmente definita :
*«quando compare un nuovo virus influenzale contro cui la popolazione non ha alcuna immunità, con parecchie epidemie simultanee nel mondo con **numeri enormi di morti e di malattie**»*

Nel 2009, l'OMS aveva tranquillamente cambiato (distorto) la definizione di «pandemia», appena prima della cosiddetta *pandemia suina* da H1N1, con spinta sul mercato del vaccino **Pandemrix** (GSK), poi ritirato per gli effetti gravi (**narcolessia**), spesso nei bambini.



L'OMS ha eliminato le parole «**numeri enormi di morti e malattie**», benché fossero le uniche caratteristiche significative di una «pandemia mortale».

Senza questi requisiti, **interessi malevoli** e guidati dal profitto **possono proclamare una pandemia quando si trova una nuova mutazione virale più diffusiva**. A quel punto la risposta si può alimentare con dati fraudolenti di test e pubblicità mediatica.

Torniamo alla definizione corretta di pandemia, prima che tutto accada di nuovo!

È ORA DI DIMENTICARLO, QUESTO COVID?

I VIRUS FANNO PARTE DELLE NOSTRE
VITE COME NON AVREMMO MAI
IMMAGINATO. RIUSCIRE A CONVIVERE
CON IL COVID19 È LA GRANDE
CONQUISTA DELLA SCIENZA.

LA PENSIAMO COME TE.
AFFRONTIAMO INSIEME LA NUOVA NORMALITÀ.

PFIZER.IT



Nuova campagna Pfizer, su testate popolari come *Sorrisi e Canzoni* e giornali con programmi tivù. Grafica sempre uguale, cambia il testo.

Payoff: “**La pensiamo come te. Affrontiamo insieme la nuova normalità.**”

Qual è il senso, al di là del foraggiare i media di sistema?

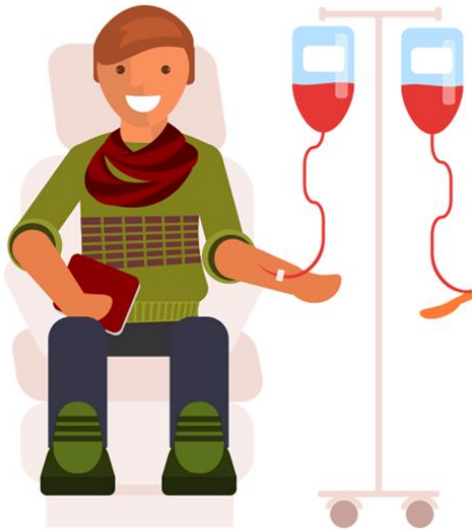
Sono campagne per **autoaccreditarsi** e costruire un’**immagina pubblica accattivante**, strutturata in modo da aggirare le norme che vietano la pubblicità farmaceutica al grande pubblico in UE.

Le multinazionali fino al 2019 lo facevano con donazioni *liberali*, ad es. ad Associazioni di pazienti o per opere di interesse pubblico. Questa campagna **non parla di salute ma di valori-base: fiducia, sicurezza...** ecc.

Pfizer non avrebbe bisogno di pubblicizzare il vaccino: vende direttamente agli Stati, non ai singoli. Con contratti capestro che impongono di pagare anche se si rinuncia alla fornitura...

Infezione naturale protegge meglio di 3 dosi di vaccino

PLOS ONE May 23, 2023 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285728>



RESEARCH ARTICLE

Assessing SARS-CoV-2-specific T-cell reactivity in late convalescents and vaccinees: Comparison and combination of QuantiFERON and activation-induced marker assays, and relation with antibody status

Arianna Gatti¹*, Gaetano Zizzo²*, Massimo De Paschale³, Antonio Tamburello², Laura Castelnovo², Paola Maria Faggioli², Pierangelo Clerici³, Bruno Brando¹, Antonino Mazzone²

Anche una recente importante ricerca italiana ha documentato in donatori di sangue una protezione altrettanto buona dopo infezione naturale in non vaccinati rispetto a vaccinati con tre dosi.

In realtà la protezione da infezione naturale sembra superiore, in quanto di efficacia paragonabile dopo una mediana di 1,3 anni a quella registrata in vaccinati con booster, in cui però il follow-up mediano è stato di solo 0,4 anni (cioè oltre 3 volte meno...) I **vaccinati** hanno **anche meno risposte anti-N**, protettive da varianti emergenti



Review

IgG4 Antibodies Induced by Repeated Vaccination May Generate Immune Tolerance to the SARS-CoV-2 Spike Protein

Vladimir N. Uversky ^{1,*} , Elrashdy M. Redwan ^{2,3} , William Makis ⁴ and Alberto Rubio-Casillas ^{5,6} 

Nuove acquisizioni sugli anticorpi IgG4 indotti da vaccinazioni ripetute e sulla tolleranza immunitaria alla Spike

Un articolo su *Vaccines* documenta livelli abnormemente alti di anticorpi IgG4 in soggetti con due o più iniezioni di vaccini a mRNA, identificando tre fattori critici che determinano lo spostamento delle immunoglobuline verso le IgG4:

- 1) eccessiva concentrazione di antigene
- 2) vaccinazioni ripetute
- 3) tipo di vaccino usato.

IgG1 → IgG4

Si era suggerito che un aumento di IgG4 potesse avere un ruolo protettivo nel **contrastare un'iperattivazione immunitaria**, simile a quella che si verifica nelle immunoterapie verso specifici allergeni, in caso di allergie.

Tuttavia le prove che stanno emergendo mostrano che l'aumento di IgG4 (anche di 20 volte e più) rilevato dopo **vaccinazioni ripetute** con **vaccini a mRNA** possa non essere un meccanismo protettivo.

Invece, costituirebbe un meccanismo di **tolleranza immunitaria alla Spike**, con rischio di:

- promuovere **infezioni** da SARS-CoV-2 e repliche virali **non contrastate**, comprese **infezioni croniche**, sopprimendo le naturali risposte antivirali. Infatti **le IgG4 non solo sono anticorpi meno efficaci** rispetto alle più note classi IgG1 e IgG3, ma **sarebbero anche in grado di bloccare azioni di difesa** delle IgG1 verso le infezioni.



L'aumento di sintesi di IgG4 da **eccessive concentrazioni di antigene** potrebbe, in individui suscettibili:



- causare anche **malattie autoimmuni**, comprese **miocarditi**
- e consentire la crescita di **tumori**.

Aggiornamenti di

EUROMOMO

Week 23/2023

Graphs and maps

Last updated on week 23, 2023 [Print](#)

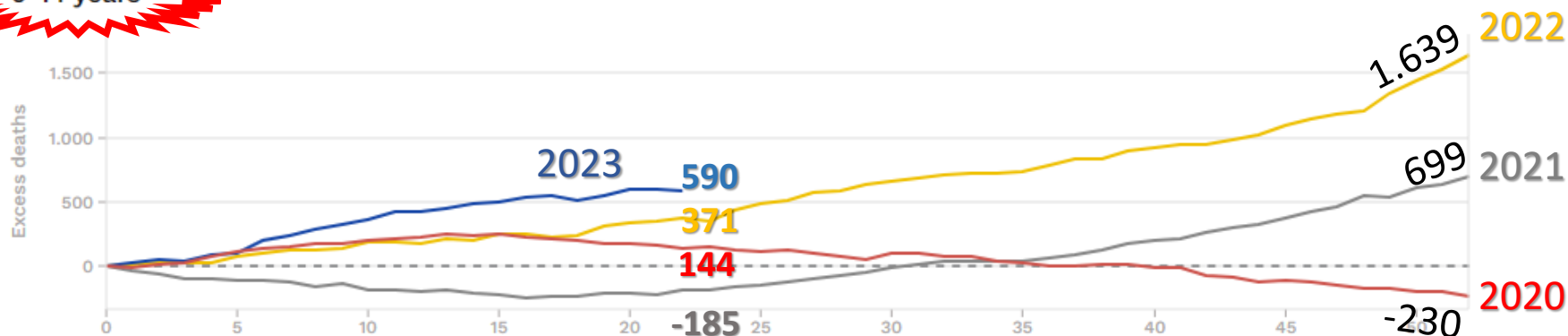
These graphs were generated in week 2023-23 with data from 26 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), UK (Scotland), and UK (Wales).

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

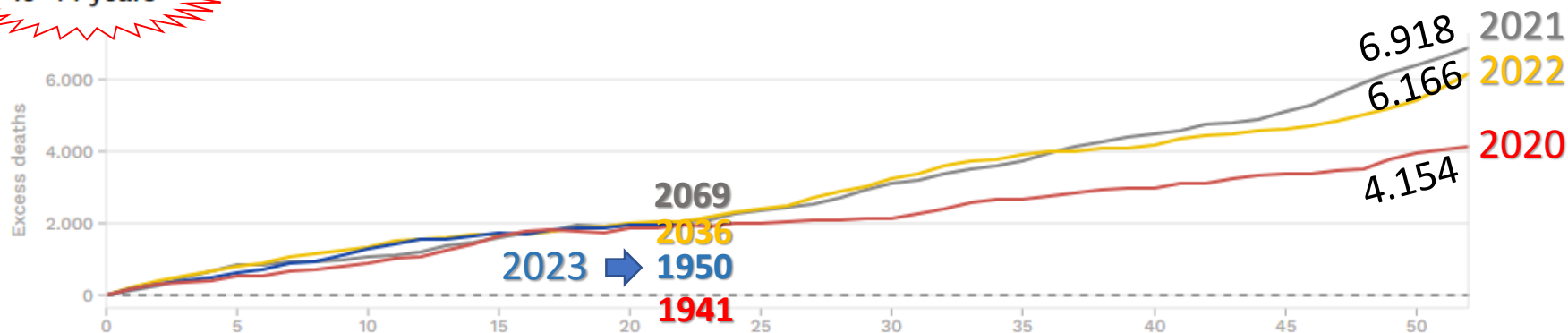
Ukraine, Germany (Berlin) and Germany (Hesse) were not included in the pooled data.

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

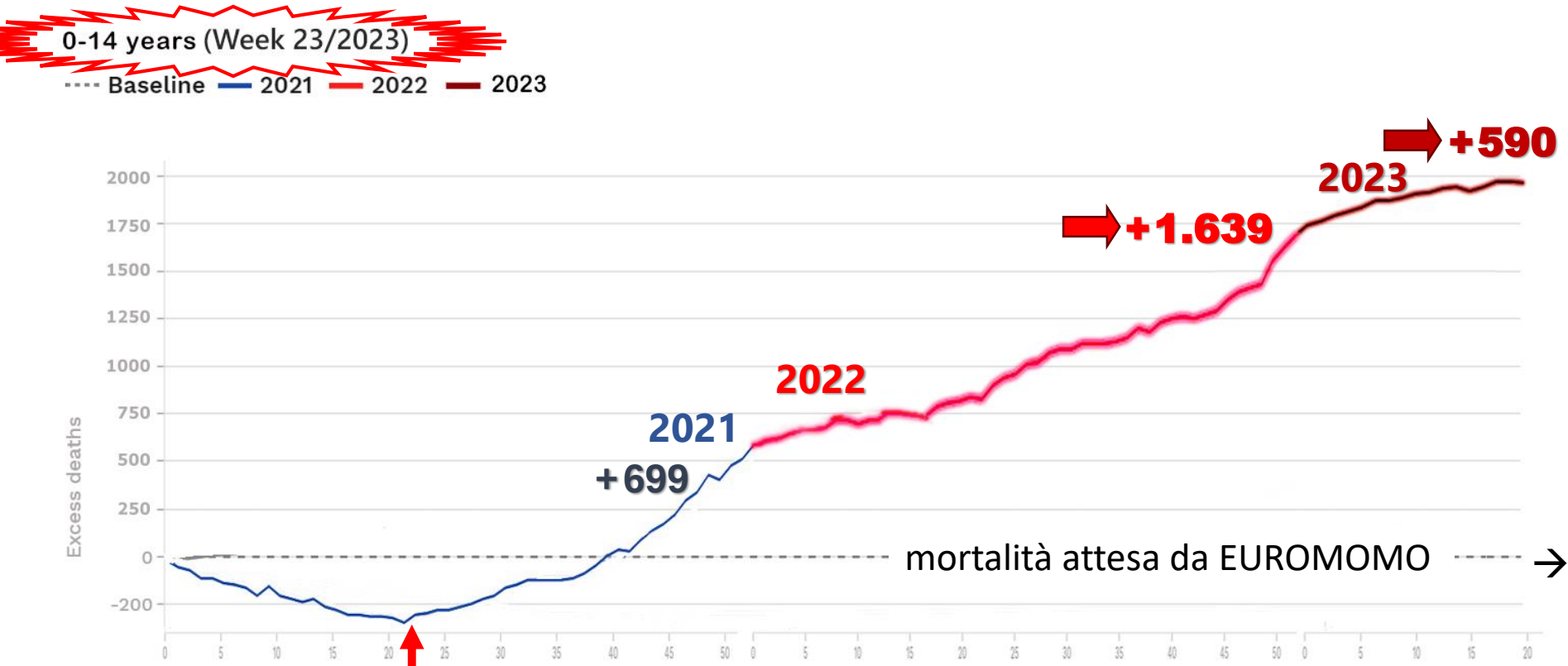
0-14 years



15-44 years



Se si mettono **di seguito 2021, 2022 e 2023**, la progressione dell'eccesso dei **decessi nei bambini** è continua, costante ed evidentissima (accesso 8-6-'23)



Per i **bambini di 0-14 anni** l'eccesso di decessi rispetto all'atteso 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 deve far indagare...!

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

SALA BRUGNOLI

PALAZZO CESARONI

Piazza Italia, 06121 Perugia PG

CHI TI AMA TI PROTEGGE

**SUBITO SCREENING CARDIACO
0-14 ANNI**

PERUGIA
8 GIUGNO
DALLE 18:00



Moderà l'evento
NIOLETTA DI SANTO

GIOVANNI FRAJESE

DOCENTE ENDOCRINOLOGIA

GIULIO M. PEDONE

DOCENTE OFTALMOLOGIA

MARCO CIPOLLETTI

CONSIGLIERE REGIONE ABRUZZO

VALERIO MANCINI

CONSIGLIERE REGIONE UMBRIA

MARIA F. D'AGOSTINO

PRESIDENTE COMMISSIONE PARI
OPPORTUNITÀ REGIONE ABRUZZO

SERGIO DE NICOLA

SOSTITUTO PROCURATORE GENERALE
PRESSO CORTE D'APPELLO CAGLIARI

ALESSANDRO CAPUCCI

DOCENTE DI CARDIOLOGIA

#DIFESAMINORI

**SUBITO SCREENING CARDIACO
0-14 ANNI**

No, grazie!

v. motivazioni
In scorso incontro

LONG-TERM OUTCOME OF FULMINANT MYOCARDITIS AS COMPARED WITH ACUTE (NONFULMINANT) MYOCARDITIS

ROBERT E. MCCARTHY III, M.D., JOHN P. BOEHMER, M.D., RALPH H. HRUBAN, M.D., GROVER M. HUTCHINS, M.D., EDWARD K. KASPER, M.D., JOSHUA M. HARE, M.D., AND KENNETH L. BAUGHMAN, M.D.

In questo studio USA
retrospettivo su 147
pz con **miocardite
fulminante** (rapida
insorgenza, grave)
compromissione emo-
dinamica, febbre)
o solo **acuta**,
93% dei primi era vivo
e senza trapianto a
11 anni da biopsia,
vs solo **45%**
con **acuta**

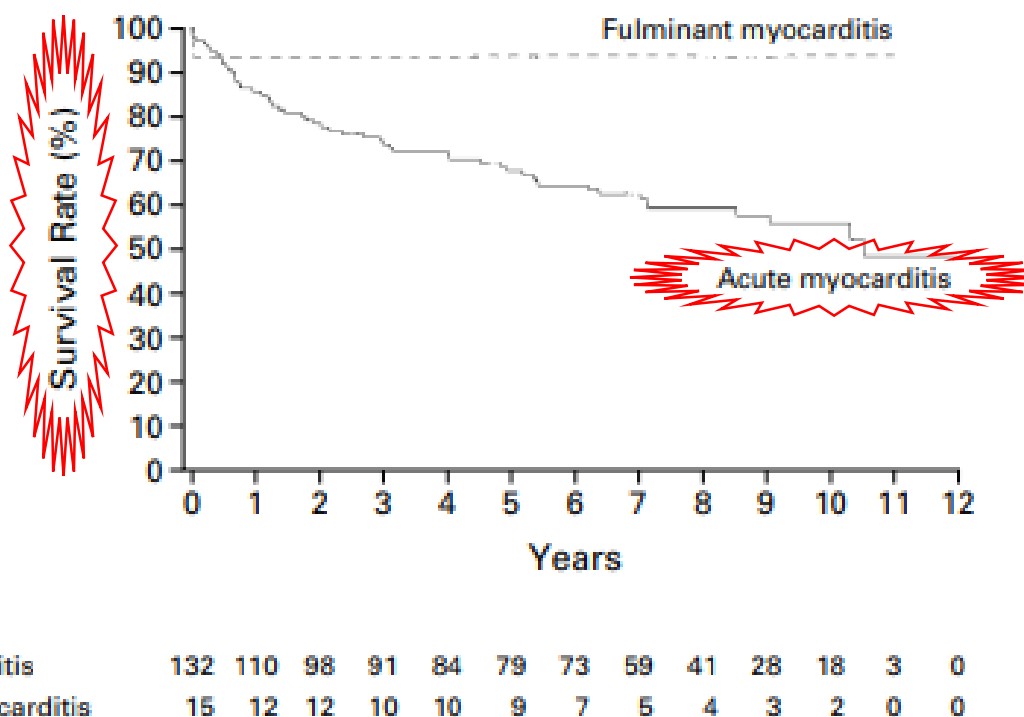


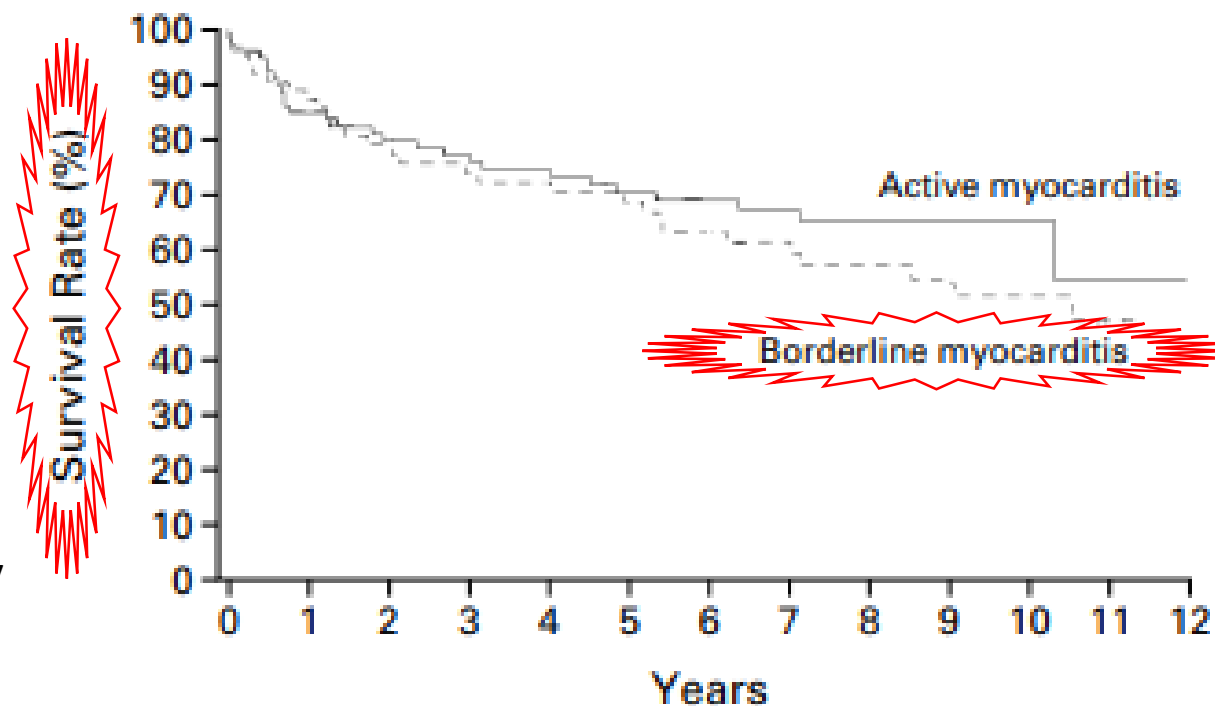
Figure 1. Unadjusted Transplantation-free Survival According to Clinicopathological Classification. Patients with fulminant myocarditis were significantly less likely to die or require heart transplantation during follow-up than were patients with acute myocarditis ($P=0.05$ by the log-rank test).

Il concetto di
miocardite *lieve*
va evitato



Prof. A. Capucci, Dirett.
Clinica di Cardiologia e
Scuola Specialità Mal. CV
Univ. Politecnica Marche

New Engl J Med Volume 342 Number 10 – March 2020



No. AT RISK

Borderline myocarditis	82	68	61	58	53	50	47	34	22	13	6	1	0
Active myocarditis	65	54	47	43	40	38	33	30	23	18	14	2	0

Figure 2. Unadjusted Transplantation-free Survival According to the Dallas Histopathological Criteria. Long-term survival did not differ significantly according to the degree of inflammation on biopsy ($P=0.38$ by the log-rank test).

Mortality Rates and Cause-of-Death Patterns in a Vaccinated Population

Natalie L. McCarthy, MPH, Eric Weintraub, MPH, Claudia Vellozzi, MD, MPH, Jonathan Duffy, MD, MPH, Julianne Gee, MPH, James G. Donahue, DVM, PhD, Michael L. Jackson, PhD, MPH, Grace M. Lee, MD, MPH, Jason Glanz, PhD, Roger Baxter, MD, Marlene M. Lugg, DrPH, Allison Naleway, PhD, Saad B. Omer, MBBS, MPH, PhD, Cynthia Nakasato, MD, Gabriela Vazquez-Benitez, MS, PhD, Frank DeStefano, MD, MPH

Background: Determining the baseline mortality rate in a vaccinated population is necessary to be able to identify any unusual increases in deaths following vaccine administration. Background rates are particularly useful during mass immunization campaigns and in the evaluation of new vaccines.

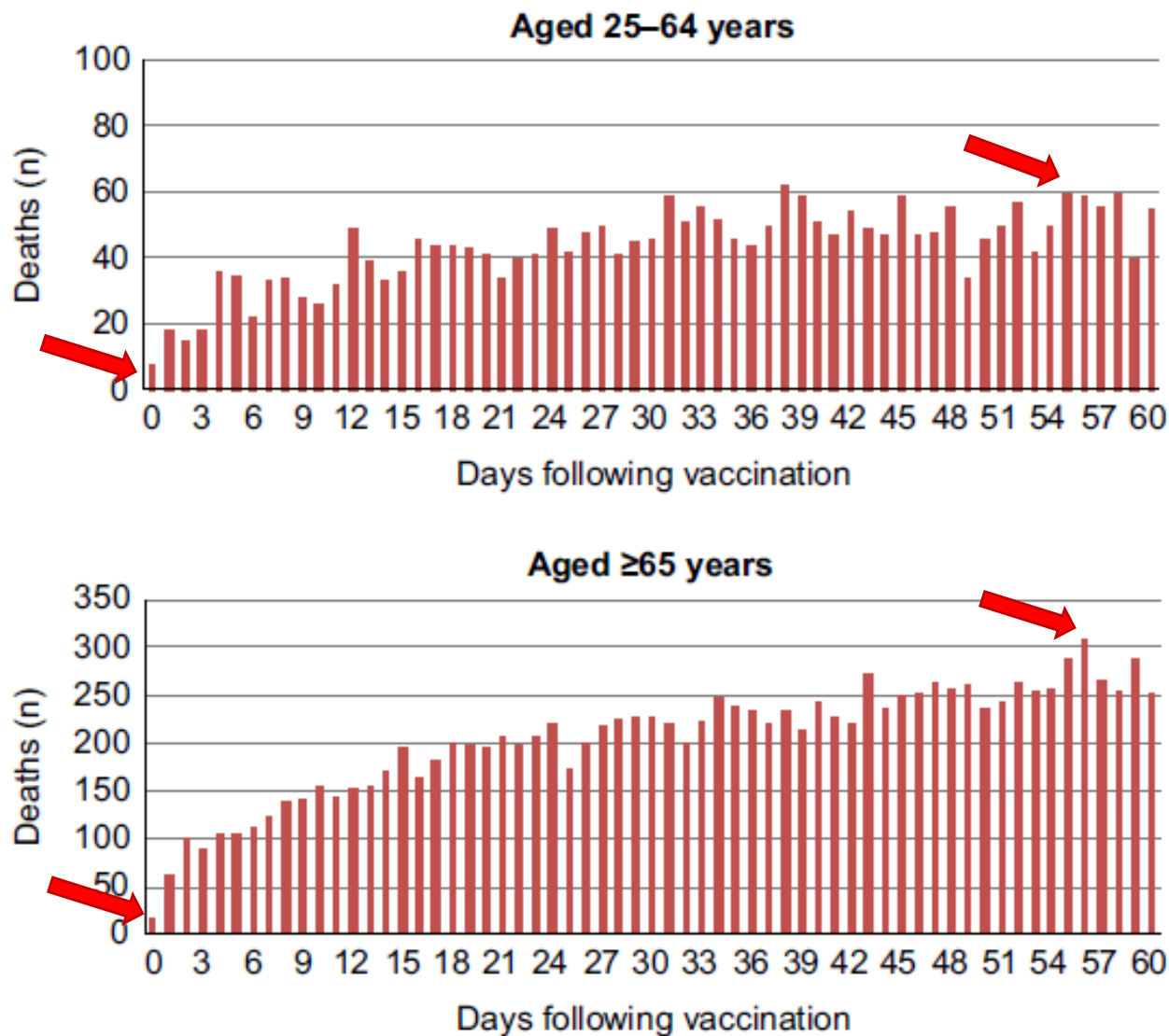
Purpose: Provide background mortality rates and describe causes of death following vaccination in the Vaccine Safety Datalink (VSD).

Tra tutte le età, il tasso di mortalità è aumentato:

- da **141 morti/100.000 anni-persona** durante l'intervallo 0–1 giorni
- a **>608 morti/100,000** durante l'intervallo 0–60 giorni dopo la vaccinazione.

Anche un confronto grezzo mostrerebbe un **aumento di oltre 4,3 volte**...

Conclusions: VSD mortality rates demonstrate a healthy vaccinee effect, with rates lowest in the days immediately following vaccination, most apparent in the older age groups. The VSD mortality rate is lower than that in the general U.S. population, and the causes of death are similar.



Negli anziani il divario tra il 1° giorno e gli ultimi può arrivare a decine di volte

Figure 1. Number of deaths by day following vaccination in the Vaccine Safety Datalink: 2005–2008

Jacinda Ardern awarded damehood for leading New Zealand through Covid

Former prime minister was initially lauded for her response to the pandemic but was later criticised for its effects

By Andrea Hamblin in Melbourne
5 June 2023 • 12:25pm



Le **morti anomale** nel 2023
(4° anno di pandemia)
sono 25% + dell'atteso,
ma viene nascosto ai NZ ...



Short-term Mortality Fluctuations

The most recent update is: 2023-05-22

The project's website: Human Mortality Database www.mortality.org hmd@mortality.org

This online data repository was supported by the Volkswagen Foundation (Volkswagen Stiftung) in the framework of the supported project on "Strengthening a reliable evidence base for monitoring the COVID-19 and other disasters"

Data descriptor article DOI: [10.1038/s41597-021-01019-1](https://doi.org/10.1038/s41597-021-01019-1)

Research article DOI: [10.1371/journal.pone.0246663](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246663) || UX/UI and public GitHub repository by László Németh

Data for the last available weeks is preliminary and may be incomplete, please refer to the country-specific metadata for details.

HMD Human Mortality Database

HMD Twitter: [@User's](#)
Guide: [Guide](#)

Country or region

New Zealand

Target year

2023

☐ Show other years

Measure

Deaths, Total

Sex

☒ Total ☐ Female ☐ Male

Reference period

☒ Continuous ☐ Multi-year

Reference years

2010 2019 2023

Reference level

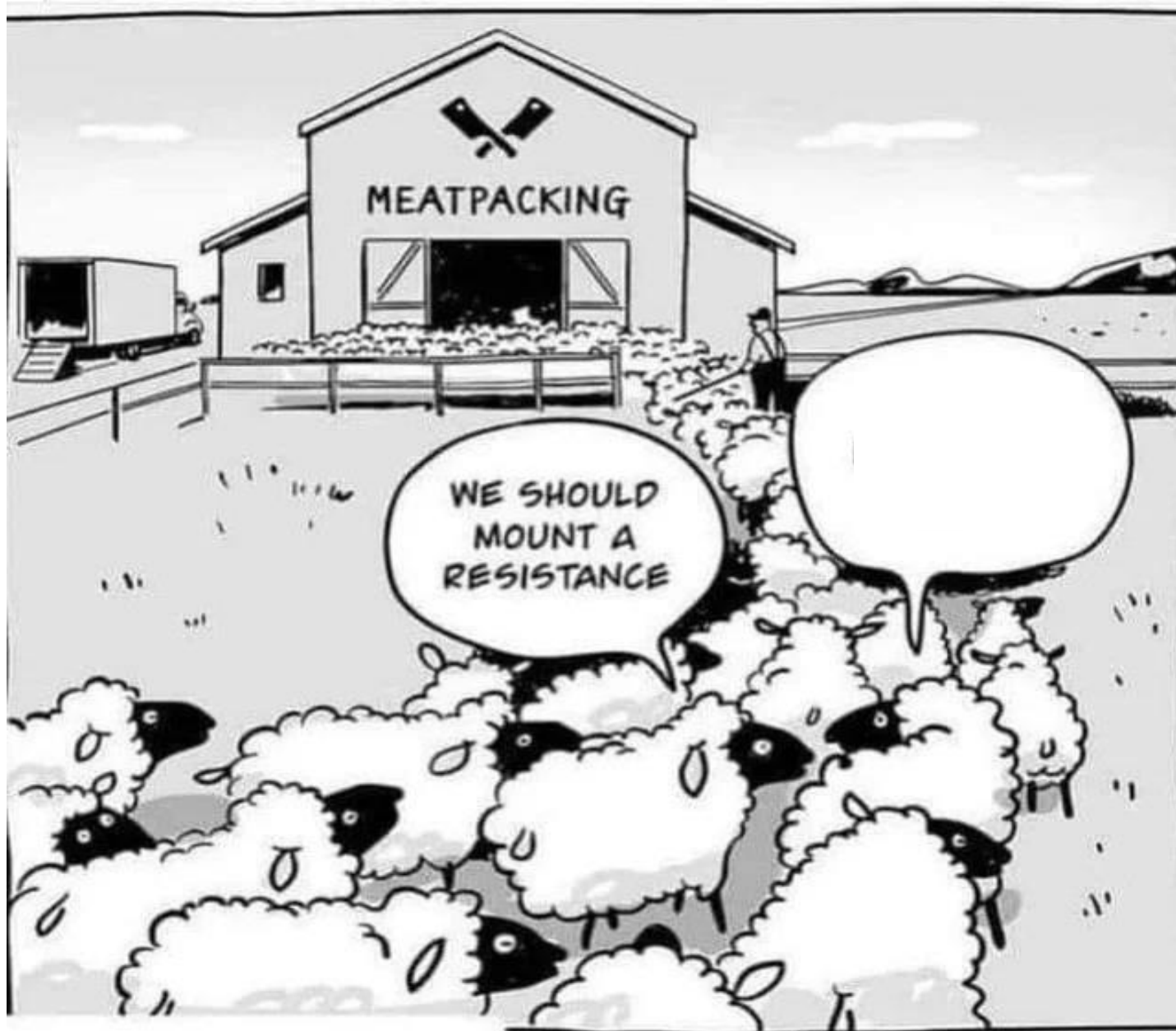
Week-specific Averages

New Zealand



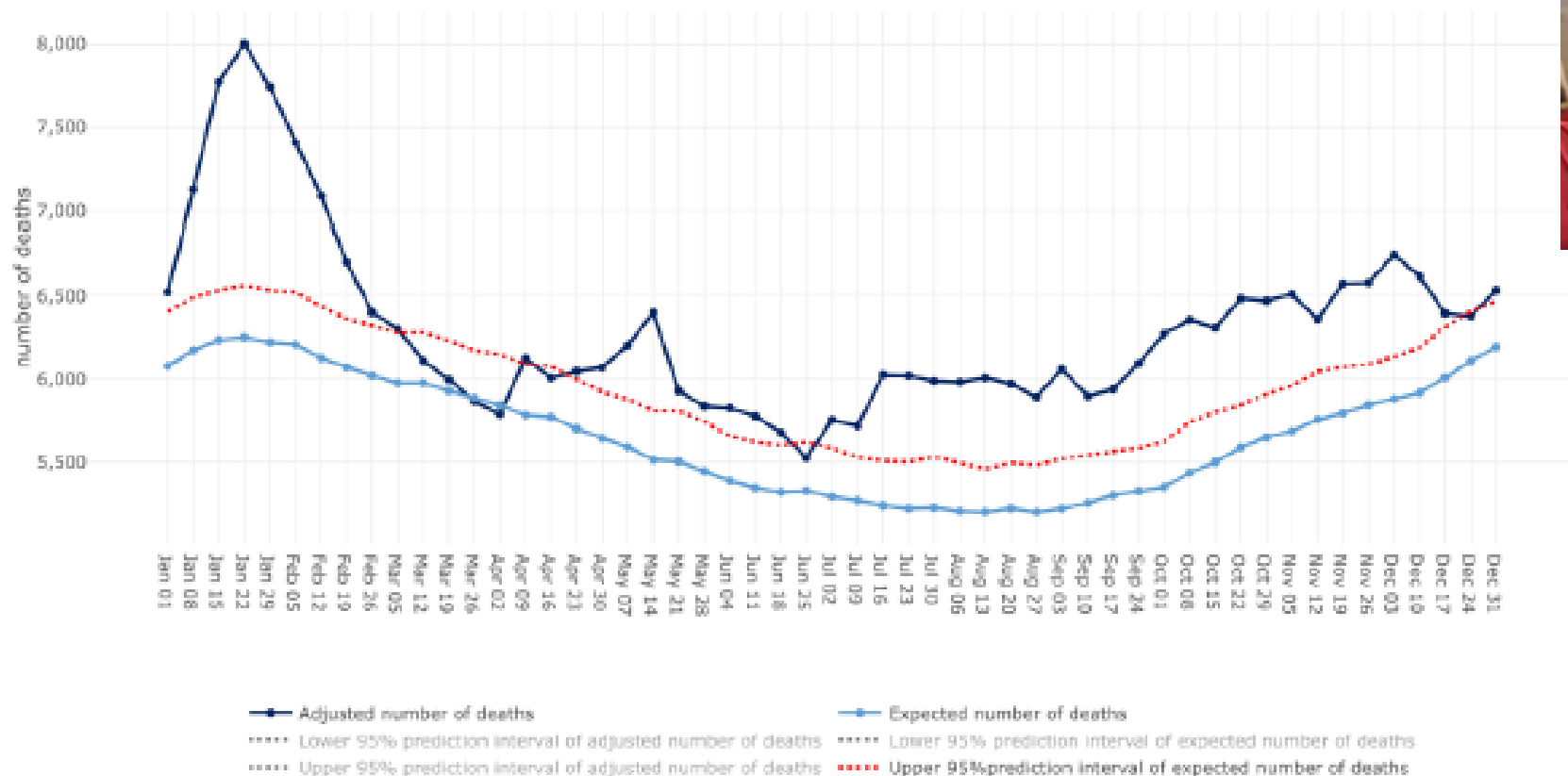
Summary statistics [i](#)

Clicked point information [i](#)



Statistics Canada reports 27% jump in excess deaths in citizens under 44 in 2022 - LifeSite

Weekly adjusted number of deaths, expected number of deaths and estimates of excess mortality for Canada, 2022



Dr. John Campbell

Fenton: se il n. di morti è sopra la **linea azzurra** (**morti attese**), è probabile che ci sia un eccesso di morti. Il **n. di morti nel 2022 è stato quasi sempre sopra l'atteso**. Se il n. di morti eccede con costanza la **linea rossa** (limite superiore di confidenza della mortalità attesa), **è probabile al 95% un reale eccesso di mortalità**.

Deaths registered weekly in England and Wales, provisional: week ending 26 May 2023

Table 1: Deaths registered in England and Wales, week ending 26 May (Week 21 2023)

Week 21 2023	England and Wales (including non- residents)	England	Wales
Total deaths (all causes)	11,111	10,402	673
Total deaths above 5- year average	1,021	959	47
<u>Percentage change compared to 5-year average (2017 to 2019 and 2021, 2022)</u>	10.1%	10.2%	7.5%
Deaths involving COVID- 19	262	251	11
Percentage of deaths involving COVID-19	2.4%	2.4%	1.6%

Source: Deaths registered weekly in England and Wales from the Office for National Statistics

Estimation of Excess Mortality in Germany During 2020-2022

Christof Kuhbandner ¹, Matthias Reitzner ²

Review began 04/19/2023

Review ended 05/22/2023

Published 05/23/2023

© Copyright 2023

Kuhbandner et al. 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.

1. Department of Human Sciences, University of Regensburg, Regensburg, DEU 2. Institute for Mathematics, University of Osnabrück, Osnabrück, DEU

Corresponding author: Matthias Reitzner, matthias.reitzner@uni-osnabrueck.de



Abstract

Gli autori (uno Professore di Psicologia dell'Educazione, l'altro di Matematica) calcolano l'eccesso di mortalità per gli anni di pandemia, confrontando i decessi totali ufficiali osservati con quelli attesi in base alla scienza attuariale.

I decessi osservati nel 2020 (+4.000) erano vicini al previsto considerando la deviazione standard empirica. Invece nel **2021 i decessi osservati (+34.000)** hanno superato il previsto di 2 deviazioni standard, e nel **2022 (+66.000)** di >4 deviazioni standard empiriche, per un **totale di +100.000 decessi**, soprattutto nei 15-79 enni. **iniziando ad accumularsi dall'aprile 2021.**

Aumento anche di **nati morti: +9,4%** nel 2° e **+19,4%** nel 4° trimestre 2021 vs 2020.

Dunque **qualcosa nella primavera 2021 ha causato un forte aumento di mortalità**, che non si era avuto nel primo anno pandemico.

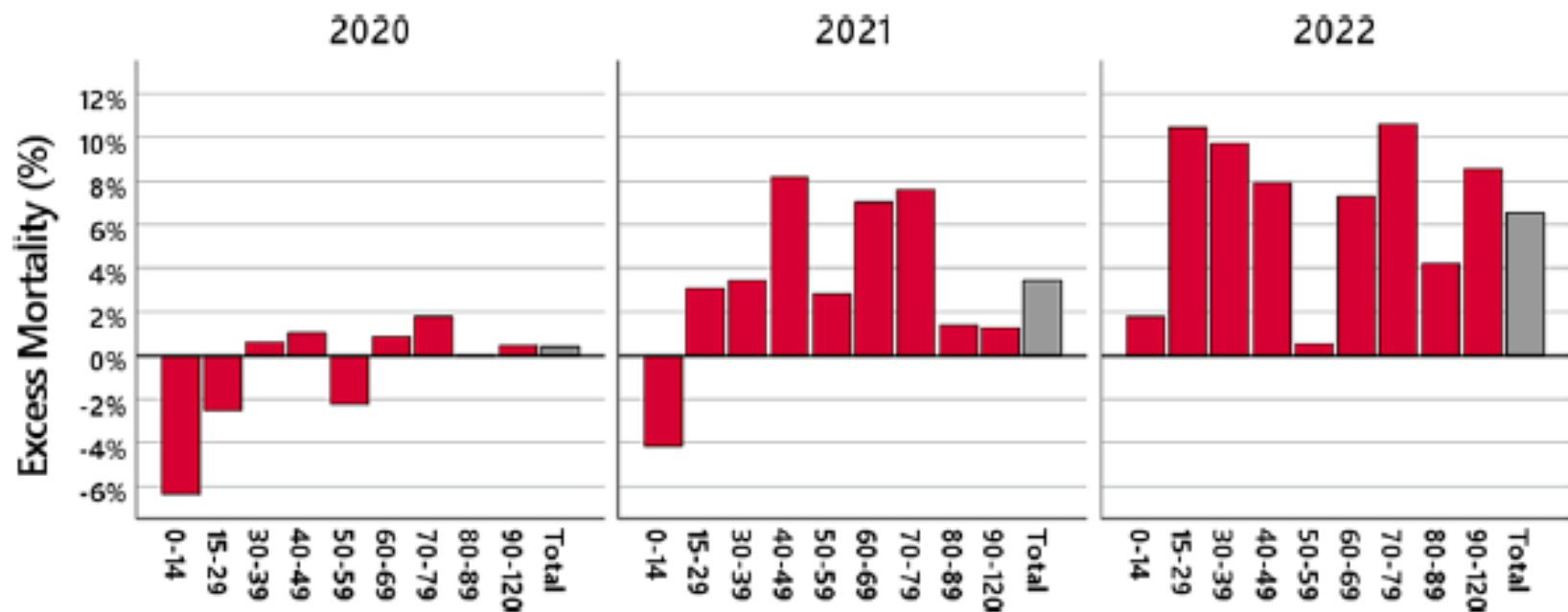


FIGURE 1: Yearly excess mortality.

The red bars show the excess mortality in 2020 (left panel), 2021 (middle panel), and 2022 (right panel) in different age groups. The gray bars are the total excess mortality.

The excess mortality observed in 2021 is almost entirely due to an increase in deaths in the age groups between 15 and 79 years. The highest values are reached in the age group 40-49 years, where the number of observed deaths was 8.2% higher than the number of expected deaths, which represents an excess mortality of more than five times the empirical standard deviation, and in the age groups 60-69 and 70-79 years, where the number of observed deaths was 7.0% and 7.6% higher than the number of expected deaths, which represents an excess mortality of more than twice the empirical standard deviation.

*Progressivo aumento di mortalità
evidente con diversi modelli attuariali*

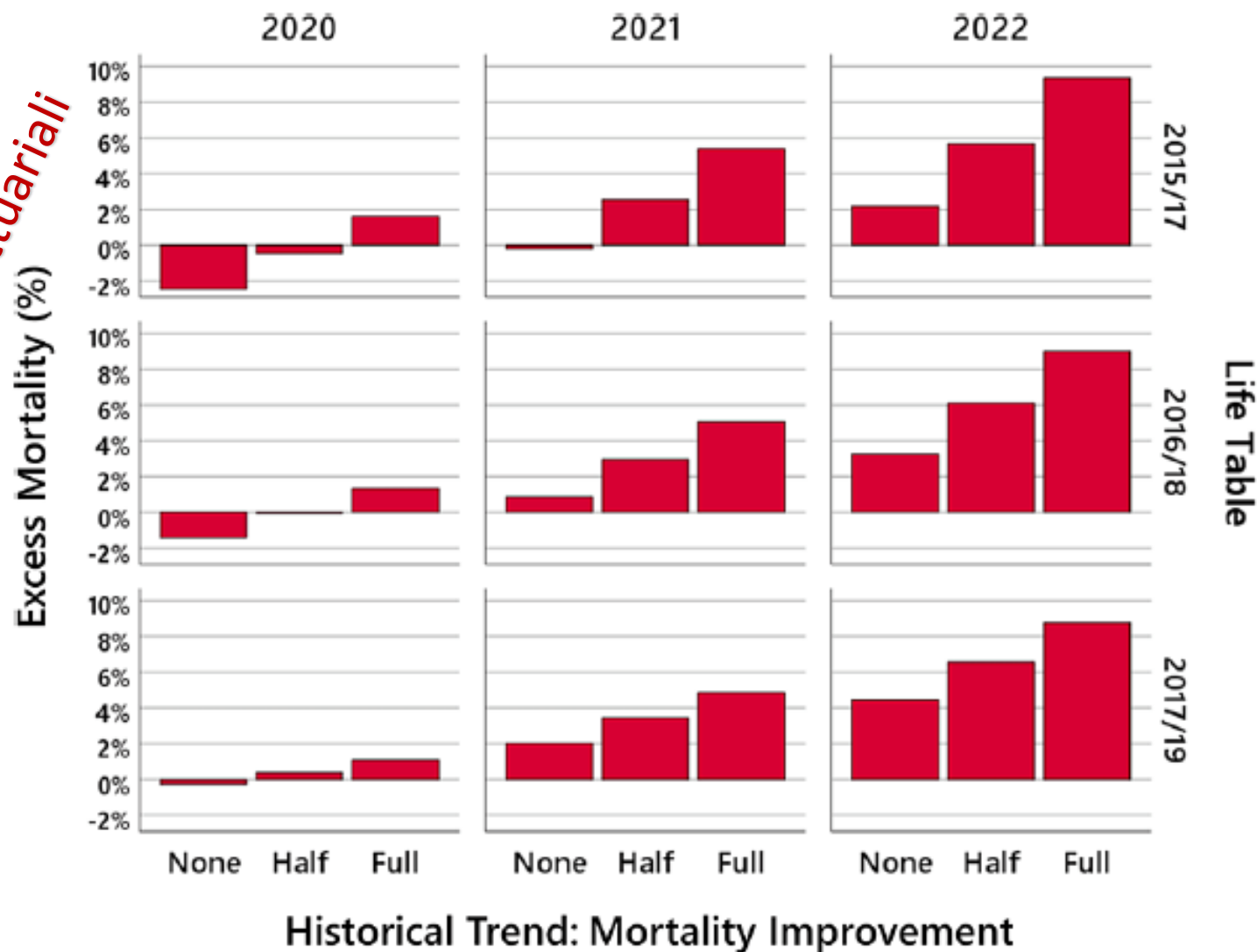


FIGURE 2: The model uncertainty.

The bars show the mortality deficit and the excess mortality in 2020 (left panel), 2021 (middle panel), and 2022 (right panel) for different life tables and longevity trends.

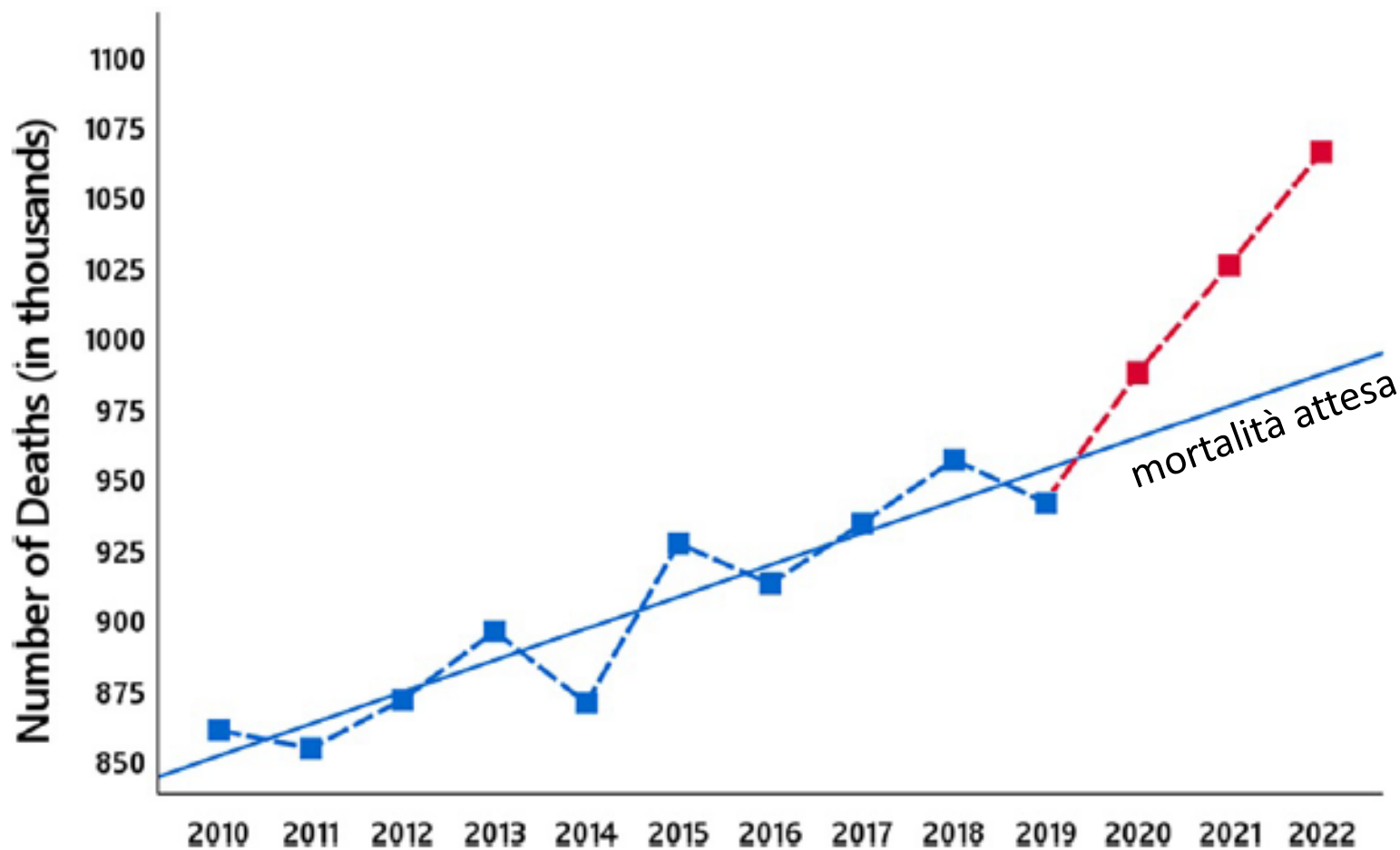
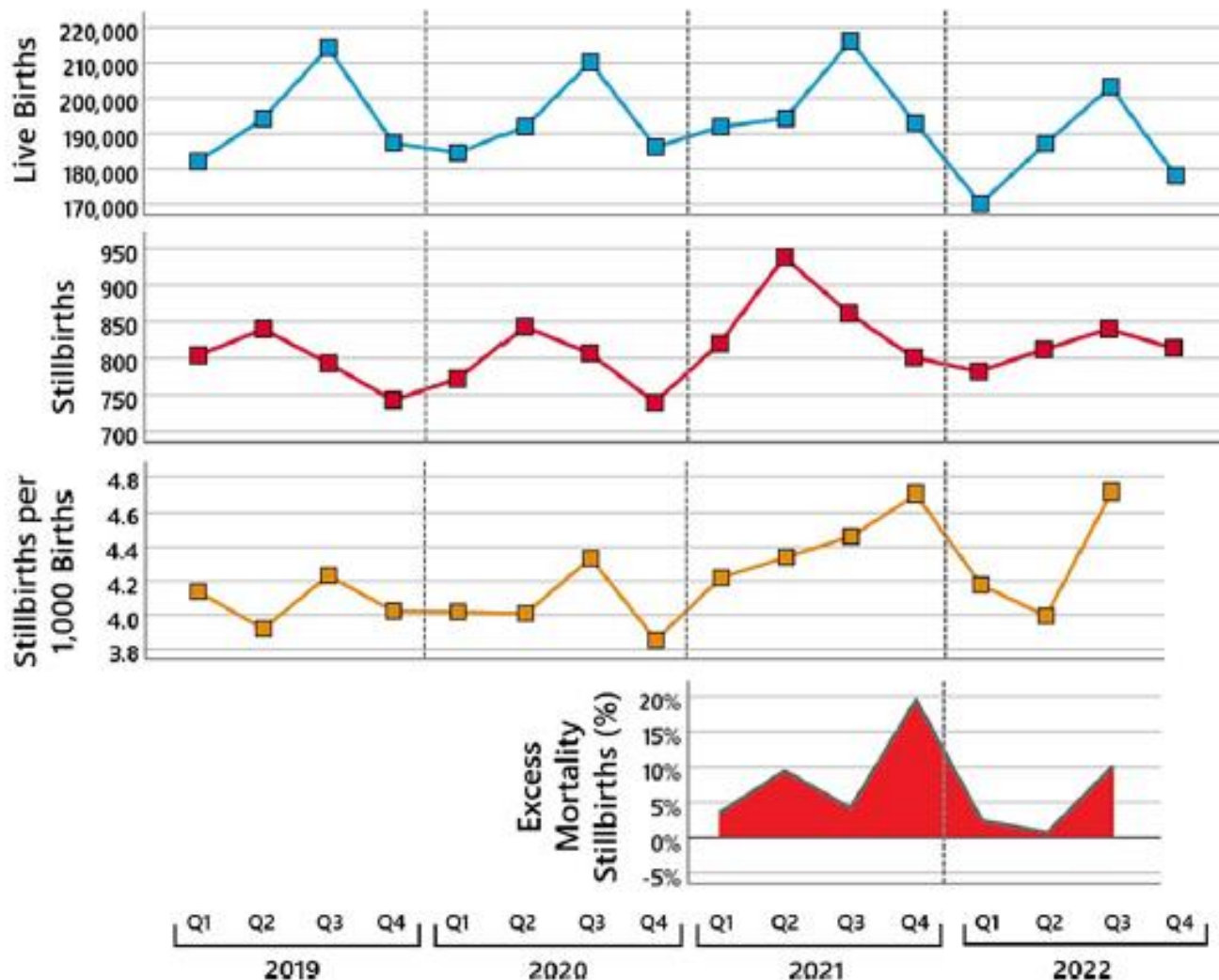


FIGURE 3: The empirical standard deviation.

The blue squares show the number of all-cause deaths in Germany from 2010 to 2019, and the red squares the number of all-cause deaths in the years 2020 to 2022. The blue line shows the regression line for the years 2010 to 2019.

Calculating in this simple model the empirical standard deviation for 2010-2019 gives



Flessione dei nati vivi nel 2022

Aumento dei nati morti dal 2021

Aumento dei nati morti dal 2021, anche per 1000 nati

Eccesso % di nati morti 2021 e 2022, vs media 2020+2019

FIGURE 6: Stillbirths in the years 2019 to 2022 in Germany.

Il numero di nati morti è simile agli anni precedenti fino a marzo 2021, dopodiché è stato osservato anche un aumento improvviso e sostenuto

Si possono confrontare due periodi:

- da aprile 2020 a marzo 2021 (1° anno di pandemia) come stima approssimativa del n. di decessi in eccesso senza vaccinazioni.
- da aprile 2021 a marzo 2022 (2° anno di pandemia) in cui gran parte della popolazione è stata vaccinata.

Per tutte le fasce di età <80 anni si osserva un **significativo aumento della mortalità nel 2° anno di pandemia, quando gran parte della popolazione è stata vaccinata.**

La mortalità in eccesso osservata nel 2° anno pandemico con vaccinazioni è **molto più alta** della mortalità in eccesso nel 1° anno senza vaccinazioni.

E negli ultimi mesi da aprile 2022 a dicembre 2022, **la situazione sta addirittura peggiorando, l'eccesso di mortalità è ancora in costante aumento.**



Ciò contrasta con l'aspettativa che la vaccinazione diminuisca il n. di morti COVID; inoltre indica un segnale di sicurezza.

L'unica eccezione è l'ultima fascia di età 80+, in cui nel 1° anno si è registrato un n. maggiore di decessi in eccesso rispetto al 2° anno.

Ma negli 80+ c'era a forte deficit di mortalità dal 2019 fino a ottobre 2020, che è stato compensato da novembre 2020 a gennaio 2021. Tale effetto non potrebbe verificarsi una seconda volta entro un anno. E **a fine 2022 l'eccesso di mortalità negli 80+ è di nuovo molto alto.**

Ci si aspetterebbe che la vaccinazione di ampie fasce della popolazione avrebbe ridotto l'eccesso mortalità.

Si osserva invece il contrario: **sia l'eccesso di mortalità che i nati morti sono aumentati con l'aumento delle vaccinazioni.**

In tutte le fasce di età <80 anni l'eccesso di mortalità era più alto nel 2° anno e molto più alto nel 3° anno di pandemia, dove gran parte della popolazione era vaccinata.



MAJOR ARTICLE

Molnupiravir: ultimo flop, e non solo...

Molnupiravir Use and 30-Day Hospitalizations or Death in Previously Uninfected Non-hospitalized High-risk Population with COVID-19

COI Merck

Adeel A. Butt, MBBS, MS;^{1,2,3,4} Peng Yan, MS;¹ Obaid S. Shaikh, MD;^{1,5} Saad B. Omer,

Nell'analisi appaiata non differenze in **ricoveri o morti** tra **Molnupiravir (48)** o **controllo (44)**.

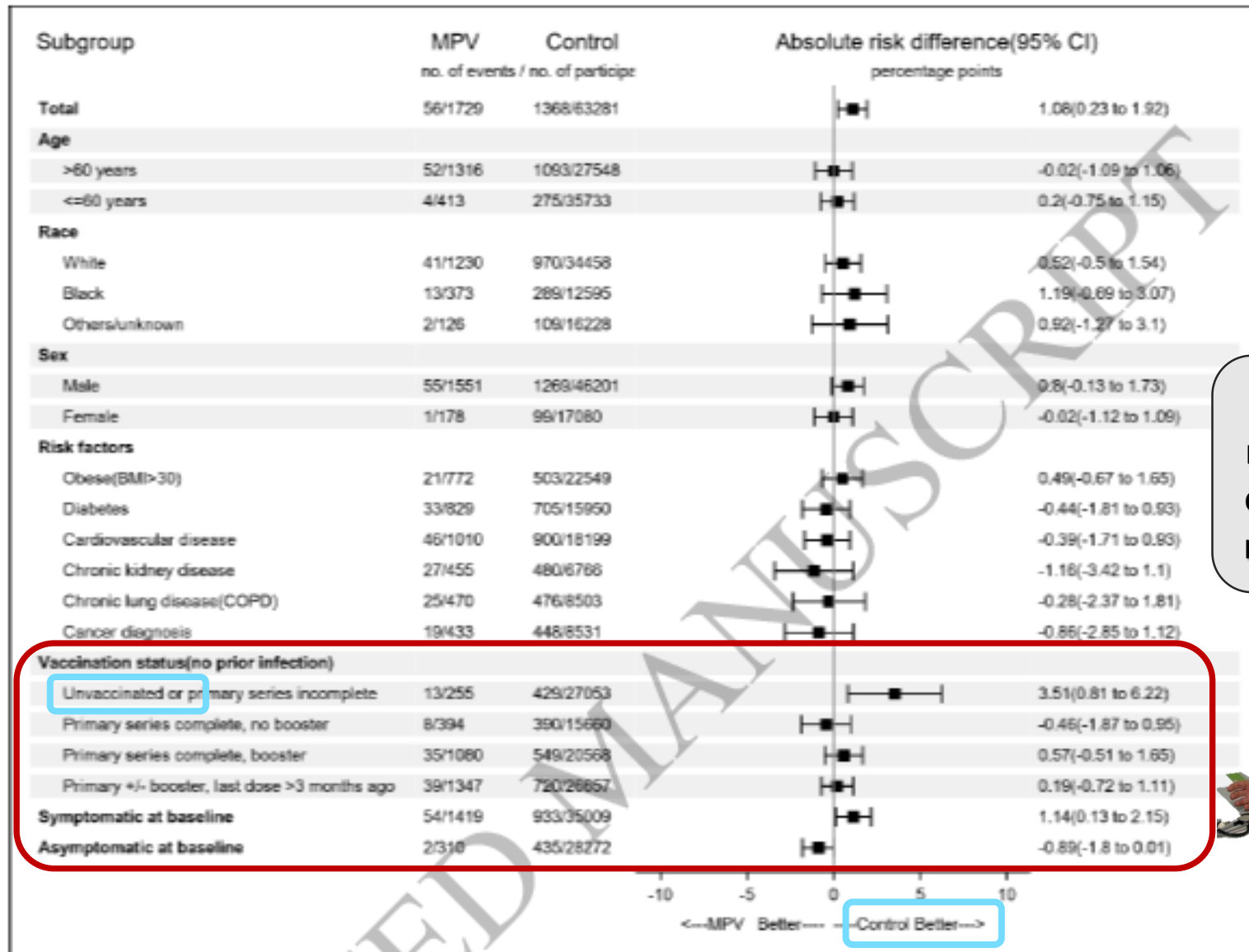
No benefit from MPV was observed among those older than 60 or <60 years old.

No benefit was observed among those prescribed MPV who were unvaccinated/incompletely vaccinated, completed a primary series without a booster dose, or boosted after completing the primary vaccination series.

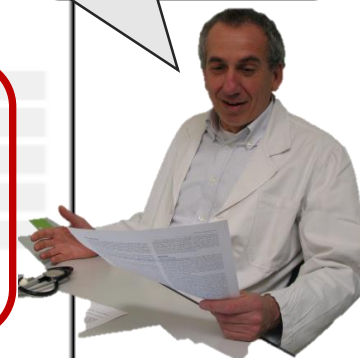
Those with **obesity, diabetes mellitus, cardiovascular disease, chronic kidney or lung disease**, or a **cancer** diagnosis who were prescribed **MPV also had no benefit.**

... not among those symptomatic at baseline (ARD 1.12, 95% CI -0.31,2.55).

Figure 2. Incidence of hospitalization or death within 30 days and absolute risk difference among patients who received Molnupiravir and controls. Results for the full cohort before matching.



Ma... ad aver meno ricoveri o morti sono i non vaccinati!



Proviamo a rifare la tabella (come suggerisce Chudov), in italiano:

Categoria	N. totale Veterani	Ospedalizzati o morti	Ospedalizzaz. o morti/1000
Non vaccinati o serie primaria incompleta	27.053	429	15,9
Serie primaria completa	15.660	390	24,9
Idem + booster	20.568	549	26,7
Idem + booster da >3 mesi	26.650	720	27,0

Sembra che le categorie via via più vaccinate siano anche quelle con più ricoveri e morti.

NB: ogni categoria contiene solo veterani USA, per lo più maschi anziani, dunque di età grossolanamente comparabile. Di conseguenza, confondimenti legati al sesso o all'età potrebbero in qualche misura cambiare il quadro, ma questo non dovrebbe cambiare troppo. Inoltre hanno tutti accesso allo stesso (buon) livello di assistenza medica, dunque non vi dovrebbero essere disparità medico-sanitarie. La differenza certa (e probabilmente la principale) è lo stato vaccinale.





Sajid Javid

Il Segretario di Stato per la Salute e gli Affari Sociali aveva detto che il Molnupiravir era un *gamechanger* per vulnerabili e immunosoppressi.

Nei non vaccinati ad alto rischio il RCT MOVE-OUT aveva trovato una riduzione del ~30% del rischio di ospedalizzazione o morte (**ma chi era già immune è andato meglio con il placebo**).

Anche il RCT su ospedalizzazioni e mortalità ha dato negativo.

Molti tuttavia lo ritengono un'opzione valida per chi non può prendere Paxlovid Pfizer, che ha troppe interazioni con farmaci e condizioni clinicamente gravi.

Ma il Molnupiravir ha il rischio di replicazione virale aumentando a dismisura le mutazioni, **generando varianti più contagiose** o più capaci di **resistenza** immunitaria.

EMA ed AIFA ora l'hanno
(finalmente!) sospeso

Inoltre, **genera mutazioni nell'organismo**, con implicazioni per chi è in età riproduttiva, e altri problemi di sicurezza nel tempo.

Era anche costoso: ~**650 €** per ciclo di cura, a differenza degli economicissimi:

- **iodopovidone**, antivirale/antimicrobico universale a uso esterno (gocce oculari, nasali, sciacqui/gargarismi)
- **melatonina**, con azione antivirale, antinfiammatoria, antitrombotica
- **metformina**, che ha ridotto ricoveri, TI, mortalità in COVID-OUT (*Bramante, NEJM*)



BMJ 2023;381:p1306 | doi: 10.1136/bmj.p1306

Kent

Cite this as: *BMJ* 2023;381:p1306
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p1306>
 Published: 08 June 2023

Covid-19: Metformin reduces the risk of developing long term symptoms by 40%, study finds

Jacqui Wise

Metformin—a cheap, safe, and widely available diabetes drug—could reduce the incidence of long covid if given during the acute phase of covid-19, a new study indicates.¹

living in private households in the UK (2.9%) were experiencing self-reported long covid as of 5 March 2023.² This was defined as symptoms continuing for more than four weeks after the first confirmed or

1.126 partecipanti a un RCT in quadruplo cieco, con placebo o metformina per 2 settimane, titolata da 500 mg, fino a 1500 mg/die.

COVID soprattutto da Delta (Omicron solo 5-10%)

Follow-up a 6 mesi, 7, 8, 9 e 10 per sintomi Long-Covid.

Incidenza cumulativa Long-COVID a 10 mesi **6,3% metformina**, **10,4% placebo** (**HR 0,59**; e **0,37** se iniziata entro 3 gg dai sintomi)

È il primo grande RCT di alta validità che conferma una terapia utile a prevenire il Long-COVID, con **efficacia soprattutto nei non vaccinati**.

Costo di 2 settimane di cura con metformina equivalente: da **1 a 2 Euro**

1. Bramante C, Buse J, Liebovitz D, et al. Outpatient treatment of covid-19 and incidence of post-covid-19 condition over 10 months (COVID-OUT): a multicentre, randomised, quadruple-blind, parallel-group, phase 3 trial. *Lancet Infect Dis* 2023;(June). doi: 10.1016/S1473-3099(23)00299-2.

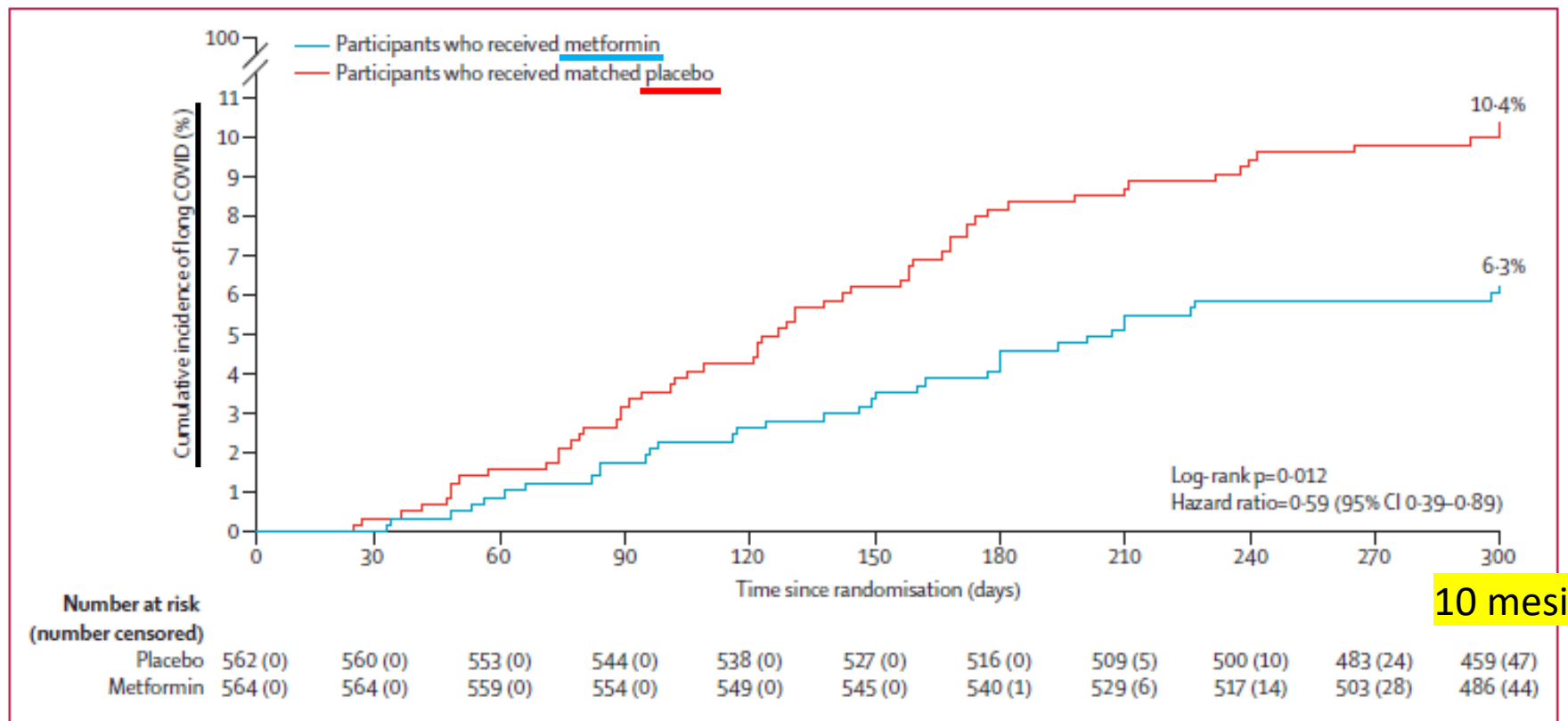


Figure 2: Cumulative incidence of post-COVID-19 condition (long COVID) diagnoses over 10 months after randomisation
The absolute risk reduction for metformin compared with matched placebo was 4.1% (95% CI 0.9-7.4).

Time from symptom onset to first dose of study drug, days*

≤3	6/130 (4.6%)	17/144 (11.8%)	0.37 (0.15-0.95)
≥4	29/427 (6.8%)	41/407 (10.1%)	0.66 (0.41-1.06)

Nei vaccinati con almeno serie primaria 6,6% contro 10,3% nei non vaccinati, ma efficacia della metformina quasi doppia in non vaccinati (e **nei vaccinati non signif.**)

SARS-CoV-2 vaccination status

Not vaccinated	15/238 (6.3%)	37/269 (13.8%)	0.44 (0.24-0.80)
Vaccinated	20/326 (6.1%)	21/293 (7.2%)	0.85 (0.46-1.57)

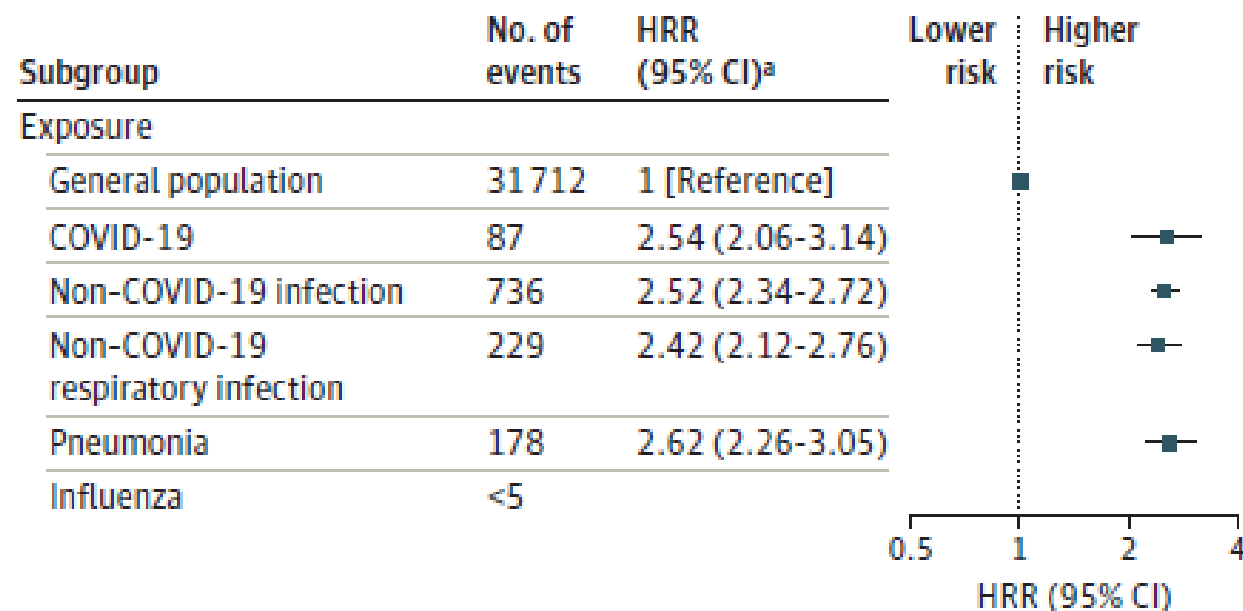
COVID-19 and Risk for Mental Disorders Among Adults in Denmark

Vardan Nersesjan, MD; Rune H. B. Christensen, MSc, PhD; Daniel Kondziella, MD, DMSc, Dr Philos;
Michael E. Benros, MD, PhD

IMPORTANCE Psychiatric outcomes after COVID-19 have been of high concern during the pandemic; however, studies on a nationwide level are lacking.

[+ Supplemental content](#)

Figure 4. Risk of New-Onset Mental Disorders After Hospitalization for COVID-19 or Non-COVID-19 Infections



Any incident mental disorder is defined as *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, codes F00 to F99.

In tutta la popolazione danese, rispetto a chi non ha fatto test x diagnosi di COVID-19, l'incidenza di nuovi disordini mentali è aumentata di ~2,5 volte

- sia in chi è risultato positivo al SARS-CoV-2
- **sia in chi è risultato negativo ma affetto da altre malattie/infezioni respiratorie**

Conclusione: qualunque infezione, non solo COVID, aumenta R disordini mentali, e serve cfr con gruppo di controllo appropriato

REVIEW

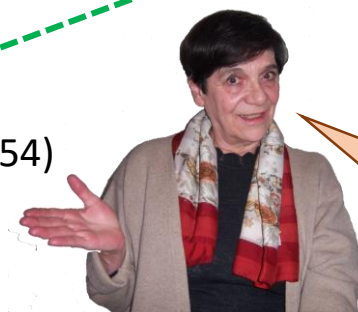
WILEY

Quercetin for the treatment of COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis

Huzaifa Ahmad Cheema¹  | Aruba Sohail² | Areej Fatima² | Abia Shahid¹ |
Muhammad Shahzil^{1,3} | Mohammad Ebad Ur Rehman⁴ | Rehmat Ullah Awan⁵  |
Sampath Chinnam^{6,7} | Abdulqadir J. Nashwan⁸ 

5.4 with odds ratio (OR) as the effect measure. Quercetin decreased the risk of intensive care unit admission (OR = 0.31; 95% confidence interval (CI) 0.10–0.99) and the incidence of hospitalisation (OR = 0.25; 95% CI 0.10–0.62) but did not decrease the risk of all-cause mortality and the rate of no recovery. Quercetin may

Ma in tendenza sì: **0,39** (0,10-1,54)



Una già si
accontenta...

e **0,55** (0,28-1,07)

10 quercetin COVID-19 studies

c19early.org/q May 2023

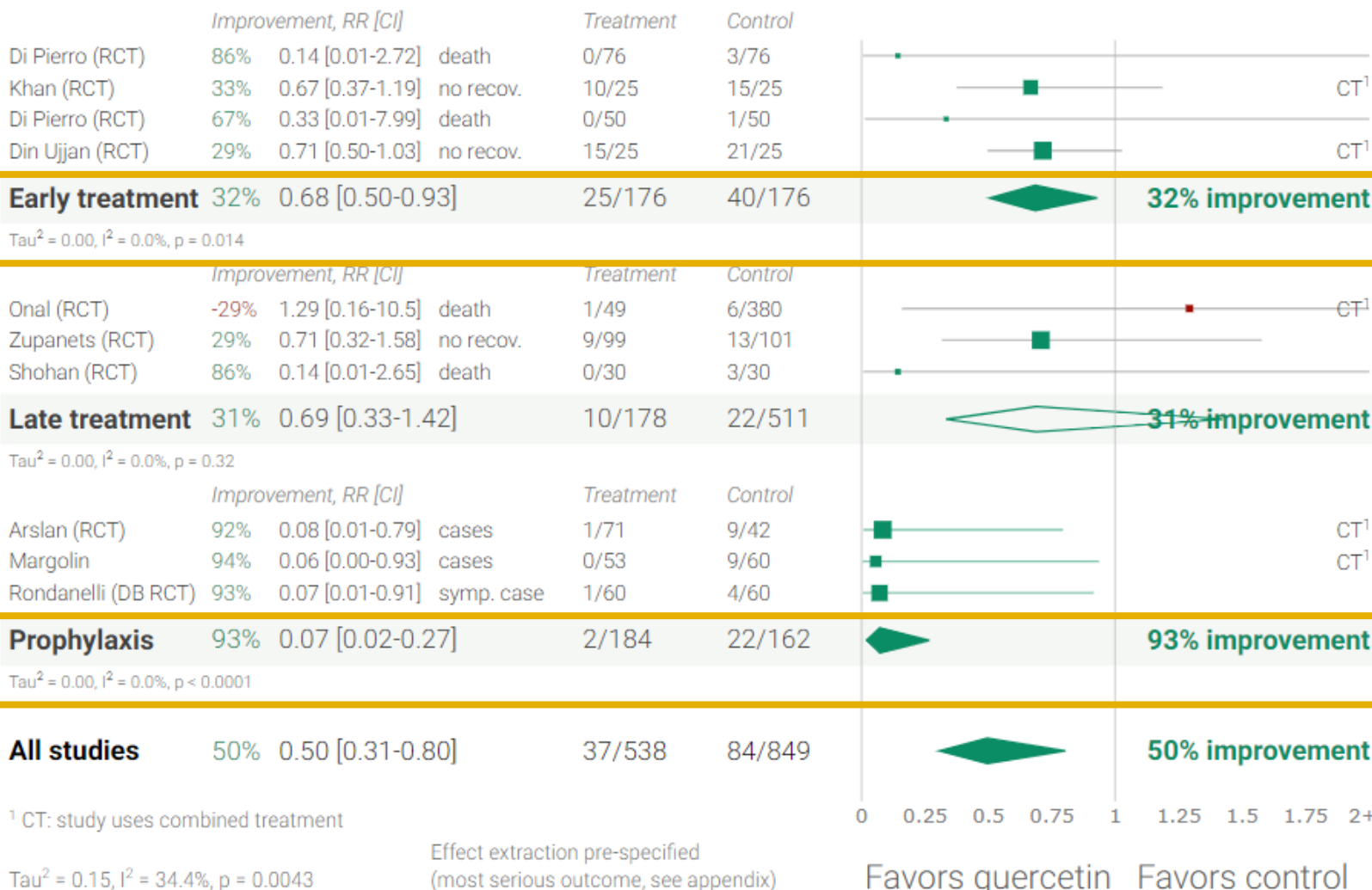


Figure 3. Random effects meta-analysis for all studies with pooled effects. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes, and the heterogeneity section for discussion. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details of effect extraction see the appendix.

Original Research Article <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.04.013>

Higher intake of dietary flavonols, specifically dietary quercetin, is associated with lower odds of frailty onset over 12 years of follow-up among adults in the Framingham Heart Study

Steven Oei^{1 2 †}, Courtney L. Millar^{2 3 †}, Thuy Nga Nguyen Lily⁴, Kenneth J. Mukamal², Douglas P. Kiel^{2 3}, Lewis A. Lipsitz^{2 3}, Marian T. Hannan^{2 3}, Shivani Sahni^{2 3}  

1.700 partecipanti al **Framingham Heart Study** (media 58 anni) senza fragilità in partenza, sono stati seguiti 12 anni studiando l'introduzione di flavonoidi nell'alimentazione.

Il **13% ha sviluppato fragilità**. Per **ogni 10 mg/die aggiuntivi di quercetina** la probabilità di **fragilità è diminuita del 35%** (OR 0,65 [0,48-0,88]).

Dove si trovano 10 mg di **quercetina**? →

Buone fonti alimentari di quercetina <https://superfoodly.com/quercetin-foods/>

grammi di singolo alimento che fanno introdurre ~10 mg di quercetina



5 g



13 g



25 g

(Quercetin Phytosome® - QP)

pesto di
foglie di
ravanelli



14 g



20 g



30 g

coriandolo
fresco



20 g



15 g



**150-200 g, se
con la buccia!**