

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

(46° incontro, 3-9-'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. Claudio
Maruzzi

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.

Dichiarazione

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.fondazioneallinearesanita.esalute.org

Questa presentazione affronterà:

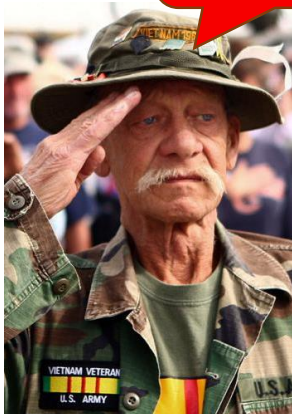


- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Colesterolo LDL (cosiddetto *cattivo*) e mortalità (da S 6)
- I benefici (?) dei supplementi di Vit. D «non finiscono mai...» (da S 15)
- Censure generalizzate alle posizioni critiche e sistematica soppressione dei dati scomodi (da S 18)
- ... anche sul clima... (da S 26)
- Mentre i dati di negativizzazione della protezione vaccinale esplodono (da S 30)
- ...e ormai vi sono ipotesi evidence based per spiegare l'aumento d'infezioni (da S 44)
- ... per non dire del Cheap Trick (Fenton e Neil) dei 14 giorni (o 7, o 21...) (da S 49)
- Eccessi di mortalità bambini in Europa EuroMOMO (da S 51)
- Mortalità a livello internazionale tra scherzi dell'ideologia e dati di realtà (da S 53)
- Picchi di mortalità marzo –aprile 2020: possibile contributo iatrogeno (da S 57)
- Corretta stratificazione chiarisce gli effetti di azitromicina (da S 54)
- Long-Covid? Altre prove di sopravvalutazione se mancano controlli (da S 65)



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 →)

The Lower
the Bitter



RESEARCH ARTICLE

Dyslipidemia paradox: Analysis from the veterans exercise testing study

Baruch Vainshelboim^{1*}, Jonathan Myers²

1 Center for Tobacco Research, Division of Medical Oncology, Department of Internal Medicine, the Ohio State University, Columbus, OH, United States of America, 2 Cardiology Division, Veterans Affairs Palo Alto Health Care System and Stanford University, Palo Alto, CA, United States of America

* Baruch.vainshelboim@osumc.edu, baruch.v1981@gmail.com

Coorte prospettica di quasi 1500 maschi di ~60 anni seguiti ~9 anni, con cLDL medio 149 mg/dL, 52% dislipidemici in base a criteri NCEP-ATP III, 23% CHD, 21% diabete T2, 40% obesi, 60% ipertesi

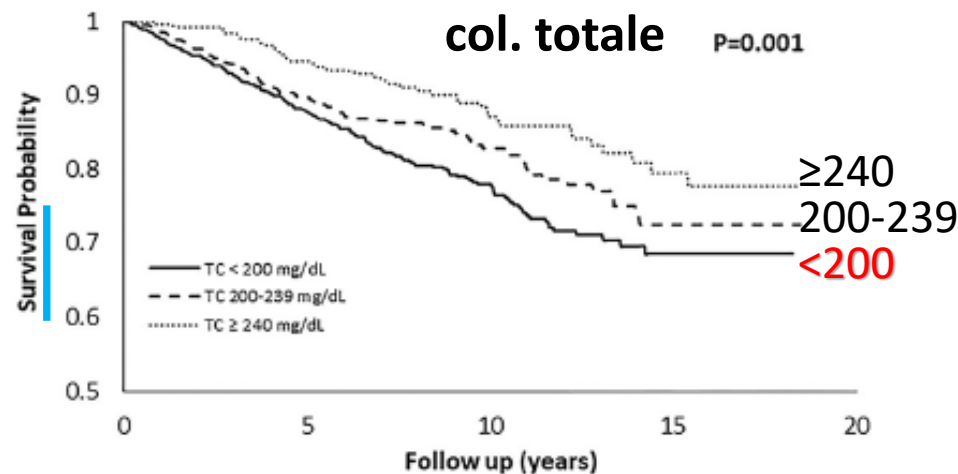
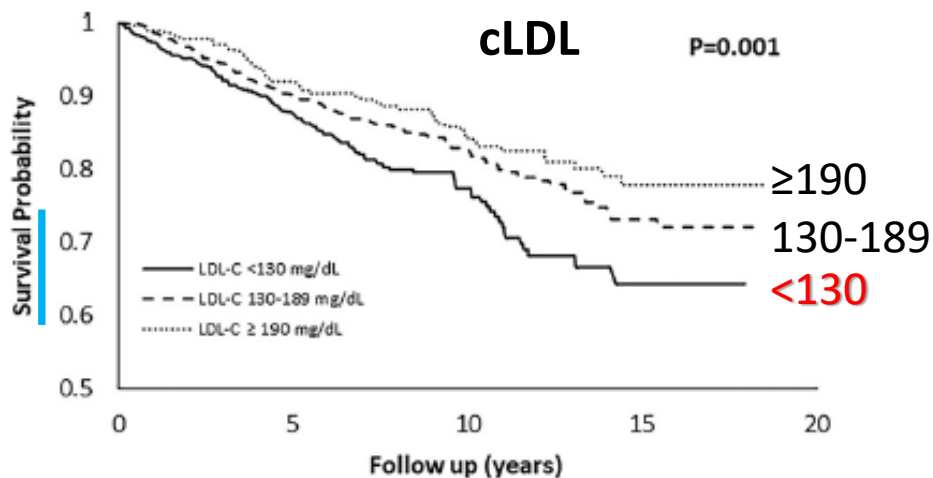


Table 2. Continuous and categorical hazard models of cholesterol levels in the total cohort of men (n = 1,479).

Dyslipidemia Variables	Hazard Ratio 95% (Confidence Intervals)	P value	Per-10 mg/dL increase	P
Dyslipidemia [meeting one or more of the criteria (TC $\geq$ 240, and/or LDL-C $>$ 190, and/or HDL-C $<$ 40 mg/dL)]	1.05 (0.82–1.33)	0.718	N/A	
Total Cholesterol (mg/dL) $\geq$ 240 vs $<$ 240	*0.67 (0.47–0.95)	0.026	*0.90 (0.88–0.98)	
Low Density Lipoprotein-Cholesterol (mg/dL) $\geq$ 190 vs $<$ 190	0.82 (0.59–1.13)	0.231	*0.91 (0.9–0.99)	
High Density Lipoprotein-Cholesterol (mg/dL) $<$ 40 vs $\geq$ 40	1.18 (0.93–1.51)	0.176	1 (0.99–1.01)	

* Statistically significant. The risk models were adjusted for age, obesity, hypertension, diabetes, smoking status (never, former, current), family history of cardiovascular disease, alcohol abuse, usage of anti-hypertensive drugs, usage of statins and presence of any cardiovascular disease. HDL-C; high density lipoprotein-cholesterol, LDL-C; low density lipoprotein-cholesterol, TC; total cholesterol.

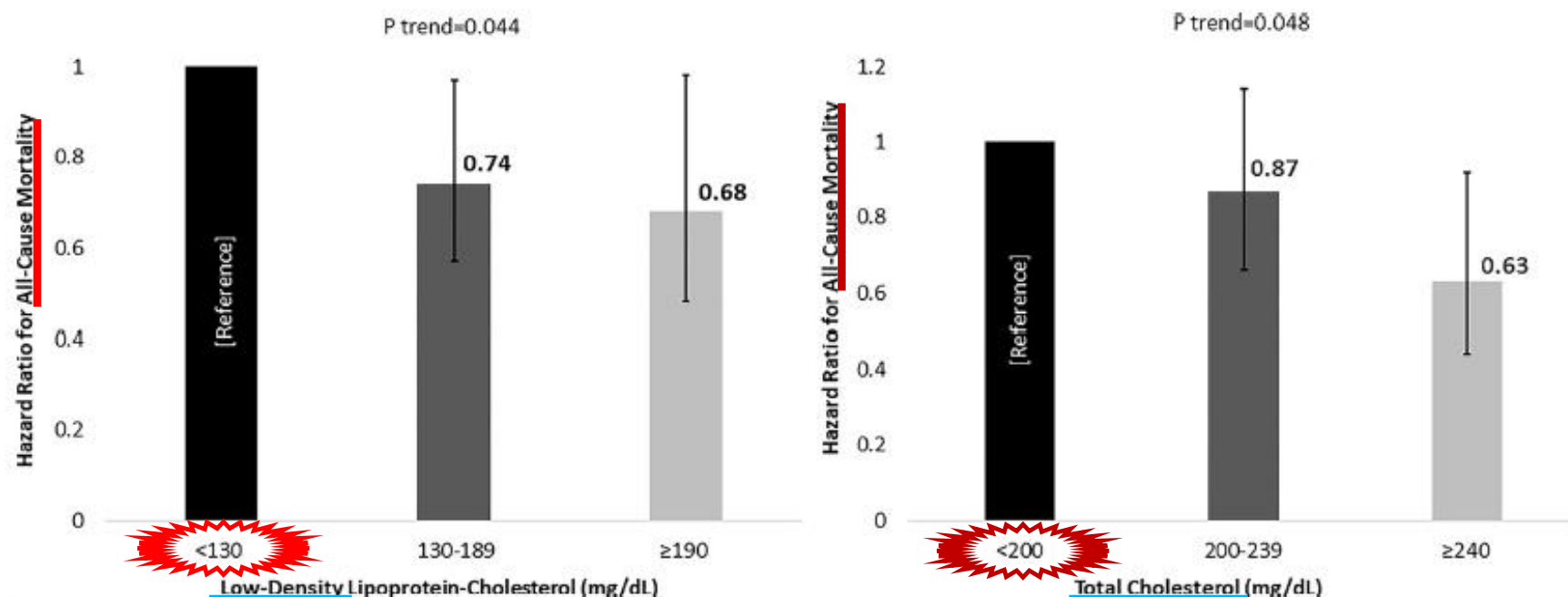


Fig 2. Hazard ratios in categorical analysis of total cholesterol and low-density lipoprotein cholesterol in men.

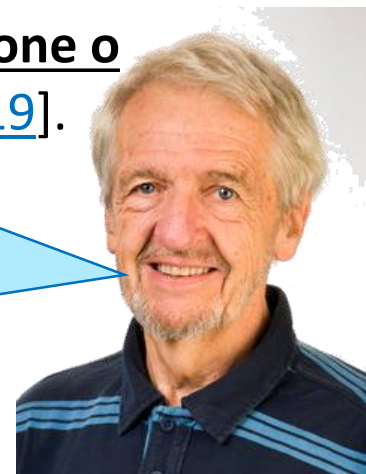
Ciò è stato parzialmente supportato in un'analisi con metaregressione di 15 studi randomizzati controllati che hanno incluso 51.800 pazienti assegnati a statine e 45.000 pazienti di controllo seguiti per $4,4 \pm 1,4$ anni [28].

Questo studio ha dimostrato in entrambi i bracci **che livelli minori di c-LDL erano associati a una maggiore incidenza totale di cancro** [28], cioè a un gruppo complesso di malattie che rimane la seconda causa di morte negli Stati Uniti e nel mondo [29, 30].

Un'analisi di nove studi di coorte che includevano più di 140.000 individui ha scoperto che **un basso colesterolo totale era associato a un aumentato rischio di incidenza e mortalità per cancro**. L'associazione persisteva anche dopo l'esclusione dei casi di cancro comparsi durante i primi 4 anni [31].

Questi risultati sono **contrari al dogma** corrente, ma **sono coerenti con altri rapporti che mostrano in genere un'assenza di associazione o associazione inversa tra i livelli di colesterolo e mortalità** [7-19].

Da quanti lustri vi dico che la *campagna del colesterolo* è il più grande scandalo medico moderno?
Un **basso cLDL si associa anche a >mortalità per infezioni/sepsi**
(Dr. Uffe Ravnskov, celebre ricercatore svedese, 89 anni)



ORIGINAL ARTICLE

Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality

The Global Cardiovascular Risk Consortium



Combinazione di dati individuali armonizzati da 112 studi di coorte in 34 paesi. Ha esaminato l'associazione stratificata per età e sesso tra malattia CV (CVD) incidente e mortalità totale con i **cinque fattori di rischio CV** usuali x i *punteggi rischio*:

- Indice di massa corporea (**BMI**)
- Pressione arteriosa sistolica (**PAS**)
- **Colesterolo non-HDL** (cioè cLDL+1/5 di Trigliceridi: in pratica da +20 a +30 mg/dL)
- **Fumo di tabacco** corrente
- **Diabete**

Oltre 1,5 milioni di partecipanti, età media 54 anni, con follow-up medio di 7,3 anni (max 47) per malattia CV incidente e 8,7 anni (max 47) per mortalità totale.

Ai 5 fattori è attribuibile il 57% dei casi di CVD nelle donne e il 53% nei maschi, nonché rispettivamente il 22% e 19% della mortalità totale.

(Sponsor Governo Tedesco)

Il **nadir di mortalità totale** per BMI (poco sopra a 25) e per PAS (~120 mm Hg) è circa quanto ci aspetteremmo. Per il colesterolo non-HDL è invece ≥ 175 mg/dL. Per stimare il cLDL dovremmo sottrarre 1/5 dei trigliceridi (cioè al max 30 mg/dl)

Ne consegue che **il nadir della mortalità per tutte le cause del cLDL** nei 34 paesi considerati è **almeno 145 mg/dL**

Women Men

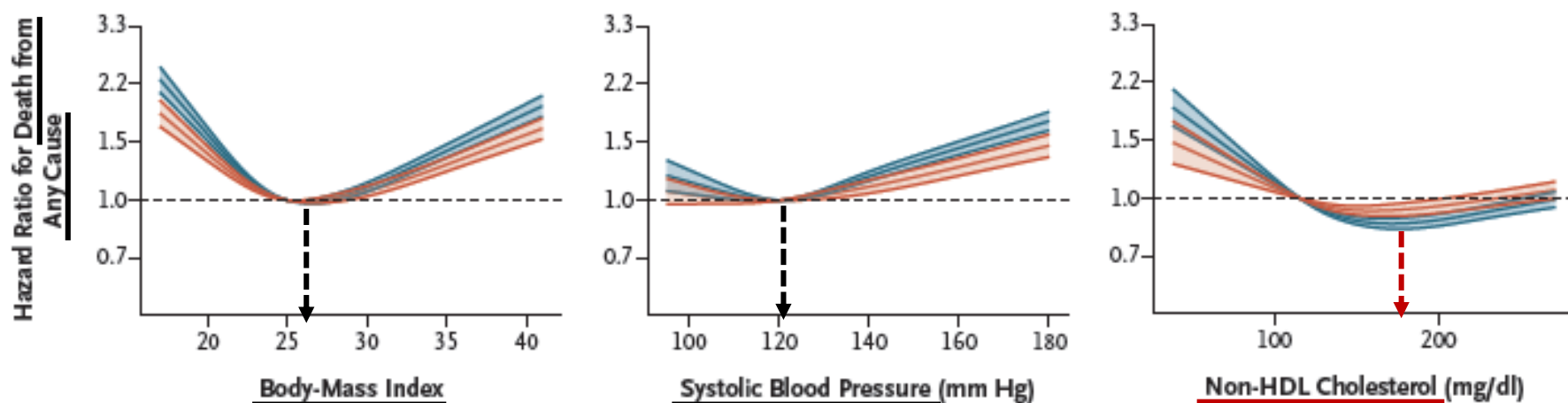
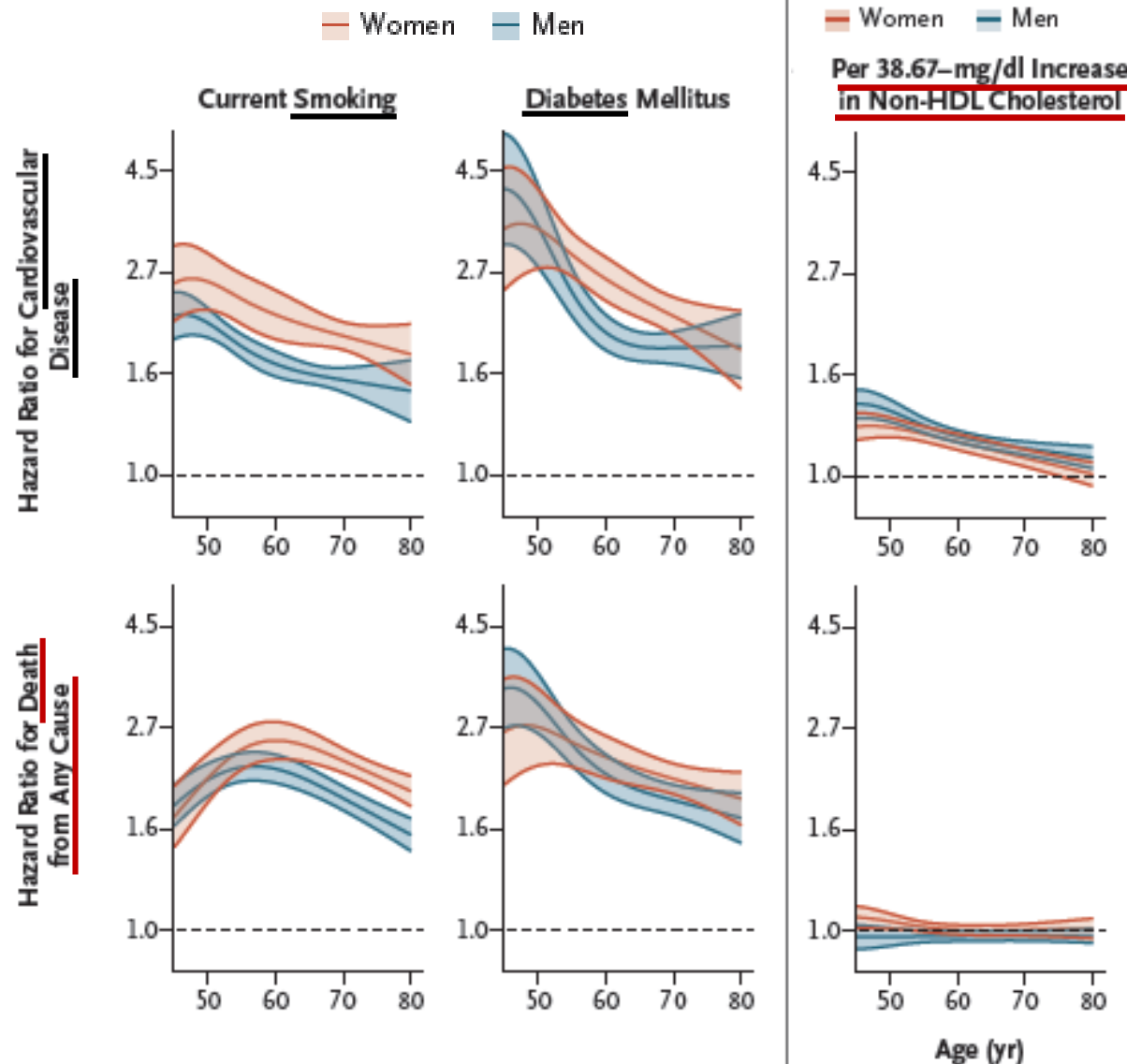


Figure 1. Associations of Continuous Risk Factors with Cardiovascular Disease and Death from Any Cause.

Shown are the results of a global 1-year landmark analysis that allowed for nonlinear effects. Participants with cardiovascular disease at baseline were excluded. Age was used as the time scale. All five risk factors, together with the use of antihypertensive medications, were included as covariates in the models. The widths of the 95% confidence intervals (shaded areas) have not been adjusted for multiplicity and should not be used in place of hypothesis testing. To convert the values for non-high-density lipoprotein (HDL) cholesterol to millimoles per liter, multiply by 0.02586.



Per il colesterolo LDL c'è dissociazione tra effetti su CV e su mortalità.

Quanto pesa sulla mortalità totale una variazione di 39 mg/dl di cLDL?

Poco o nulla!



Figure 2. Associations of Risk Factors with Cardiovascular Disease and Death from Any Cause.

Shown are the results of a global 1-year landmark analysis that allowed for effects to change with age. Participants with cardiovascular disease at baseline were excluded. Age was used as the time scale. All five risk factors, together with the use of antihypertensive medications, were included as covariates in the models. The widths of the 95% confidence intervals (shaded areas) have not been adjusted for



L'intervista

ALESSANDRO CAPUCCI

«Morti improvvise possibili anche a un anno dal vaccino»

Il cardiologo: «Dai nuovi studi emergono dati drammatici sulle miocarditi: le cicatrici (con i relativi rischi) rimangono per mesi. L'assenza di sintomi non deve ingannare»

di ANGELA CAMUSO



■ Alessandro Capucci, professore di cardiologia di prima fascia presso l'Università Politecnica delle Marche, direttore della clinica di cardiologia e della scuola di specialità in malattie dell'apparato cardiovascolare, già primario di cardiologia dell'ospedale di Piacenza, è nel Ghta dei professionisti cardiologi nel mondo come certifica il suo ultimo «impact factor», cioè l'indice numerico (cosiddetto h index) riferito alla numerosità e alla qualità delle pubblicazioni sulle più importanti riviste scientifiche internazionali del settore. Il professor Capucci ha

Parliamo di 3 persone giovani e sane su cento che hanno avuto la miocardite dopo la terza dose. Un aspetto interessante dello studio è che circa il 90% sono donne, a differenza di quanto riscontrato nell'altro studio condotto in Thailandia che invece aveva visto un aumento rilevante di miocarditi negli uomini (il 2,3% dei relati sia con Pfizer). L'ultima aveva avuto (ci), in quel caso gli esiti condotti: ciò potrebbe derivare da una questione di genere, visto che le donne hanno un peso corporeo inferiore ai maschi.

Le autorità sanitarie dissero che la miocardite post-vaccino era «lieve»...

rati soltanto fino a un giorno dall'inizio dei sintomi è fuorviante. La osservazione è stata fatta da un motivo preciso: ha condotto studi su 14esimo giorno, ed è poi arrivato

€ 60-180

€ 25-108

€ 60-228

Tot. € 145-516

+€ 35 → 100-500

Ci sono esami che si possono consigliare oggi a chi si è sottoposto mesi fa o un anno fa a ripetute dosi, per scongiurare una morte improvvisa?

«Sì, ma bisogna fare gli esami giusti. L'ecocardiogramma può non essere sufficiente. Bisognerebbe fare un elettrocardiogramma sotto sforzo massimale e anche un holter-ecg per almeno 7 giorni.

Sono due cerotti sul torace che si possono togliere quando ci si lava e poi riapplicare. Se si notano delle aritmie-spia, allora si può fare una risonanza magnetica nucleare».

viamente che non c'erano prima. Abbiamo, però, alcuni dati: negli Stati Uniti, prima del 2020, si sono calcolate 100-150 morti improvvisi di atleti all'anno mentre nel 2022 sono state più di 190. In Finlandia, ante pandemia, le morti improvvisi di persone sopra i 15 anni erano state 19,25 su un milione e invece il Cdc ci dice che nel 2022 sono morti in 63 su un milione tra i 12 e i 17 anni, età in cui la morte improvvisa è piuttosto rara.

Ci sono esami che si possono consigliare oggi a chi si è sottoposto mesi fa o un anno fa a ripetute dosi, per scongiurare una morte improvvisa?

«Sì, ma bisogna fare gli esami giusti. L'ecocardiogramma può non essere sufficiente. Bisognerebbe fare un elettrocardiogramma sotto sforzo massimale e anche un holter-ecg per almeno 7 giorni. Sono due cerotti sul torace che si possono togliere quando ci si lava e poi riapplicare. Se si notano delle aritmie-spia, allora si può fare una risonanza magnetica nucleare».

Con tutte queste evidenze scientifiche come è possibile che ancora si dica che questi vaccini sono sicuri?

«Questo è il punto! I giovani sani non avevano alcun motivo di essere sottoposti a questi rischi perché la mortalità da Covid per loro è stata praticamente nulla sin dall'inizio. Per le persone più avanti con l'età bisognerebbe valutare i rischi e benefici: stiamo parlando di farmaci e dovrebbero essere trattati come tali».

E però si diceva che finivano intubati solo i non vaccinati...

«Nessuno ci ha detto quali fossero le caratteristiche di questi

85% degli Italiani ha completato il ciclo vaccinale primario (3 dosi)

QUARTA DOSE
6.728.837
35,19% della platea ①
11,43% della popolazione

GUARITI SENZA DOSE ①
17.453
0,03% della popolazione

PERSONE VACCINATE ①
50.019.861
84,99% della popolazione

GUARITI VACCINATI ①
43.568
0,07% della popolazione

IN ATTESA SECONDA DOSE
901.496
1,53% della popolazione

GUARITI POST BOOSTER ①
92.967
0,16% della popolazione

TERZA DOSE
40.495.509
68,81% della popolazione

GUARITI TOTALI
153.988
0,26% della popolazione

Il 11,43% della popolazione italiana ① e il 35,19% della platea ① ha fatto la quarta dose. Il 68,81% ha fatto la terza dose. L'84,99% della popolazione ha completato il ciclo vaccinale primario. Il 1,53% è in attesa di seconda dose. Complessivamente – contando anche il monodose e i pre-infettati che hanno ricevuto una dose - è almeno parzialmente protetto l'86,53% della popolazione italiana. Considerando solo gli over 5, rispetto alla platea del governo la percentuale di almeno parzialmente protetti è del 85,59% mentre l'84,07% è vaccinato. Considerando solo gli over 12, rispetto alla platea individuata dal Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 la percentuale di almeno parzialmente protetti è del 83,22% mentre l'82,06% è vaccinato.

Vaccinati per fasce d'età - Italia

I dati aggiornati in rapporto alle singole popolazioni di riferimento

[Il vaccino anti covid in Italia in tempo reale | Il Sole 24 ORE](#)

FASCE	COMPLETAMENTE VACCINATI	IN ATTESA 2° DOSE	NESSUNA DOSE	QUOTA %	3° DOSE	4° DOSE	5° DOSE
00-04	0,00%	0,03%	99,97%		0,00%	0,00%	0,00%
05-11	35,37%	3,23%	61,40%		0,16%	0,00%	0,00%
12-19	83,97%	2,74%	13,29%		46,85%	0,70%	0,00%
20-29	91,53%	2,04%	6,43%		67,93%	1,69%	0,01%
30-39	87,71%	1,74%	10,55%		65,42%	2,44%	0,01%
40-49	86,06%	1,38%	12,56%		68,95%	3,10%	0,03%
50-59	90,52%	1,14%	8,34%		79,47%	5,70%	0,07%
60-69	93,10%	0,86%	6,04%		87,06%	20,41%	1,18%
70-79	94,53%	0,91%	4,56%		90,12%	32,76%	2,25%
80+	95,73%	1,40%	2,87%		89,25%	45,65%	6,33%

[CV Benefit From Vitamin-D Caps Hinted in Huge D-Health Trial \(medscape.com\)](https://www.medscape.com)

Altri benefici (?) della Vit. D

Occhio alla sapiente comunicazione...

English Edition

Invitations 3

Medscape Public Health

NEWS & PERSPECTIVE

DRUGS & DISEASES

CME & EDUCATION

ACADEMY

VIDEO

DECISION POINT

PROVEN EFFICACY¹...

Jardiance
(empagliflozin)

SmPC PC-CRP-104266

ADVERTISEMENT



News > Medscape Medical News

CV Benefit From Vitamin-D Caps Hinted in Huge D-Health Trial

Marilynn Larkin
July 03, 2023

+ Add to Email Alerts

The HR for MI was 0.81 (95% CI, 0.67 - 0.98), for coronary intervention was 0.89 (0.78 - 1.01), and for stroke was 0.99 (0.80 - 1.23).

Adverse event rates were similar at about 16% in both groups and included hypercalcemia, kidney stones, gastrointestinal issues, and skin rash.



ADVERTISEMENT

Recommendations



Colchicine for Excess ASCVD
Risk in IMIDs? Experts Weigh
In

Peccato che trascurino di ricordare che →

The D-Health Trial: a randomised controlled trial of the effect of vitamin D on mortality

>21.000 partecipanti, doppio cieco

Rachel E Neale, Catherine Baxter, Briony Duarte Romero, Donald S A McLeod, Dallas R English, Bruce K Armstrong, Peter R Ebeling, Gunter Hartel, Michael G Kimlin, Rachel O'Connell, Jolieke C van der Pols, Alison J Venn, Penelope M Webb, David C Whiteman, Mary Waterhouse

Summary

Background The effect of supplementing unscreened adults with vitamin D₃ on mortality is unclear. We aimed to determine whether monthly doses of vitamin D₃ influenced mortality in older Australians.



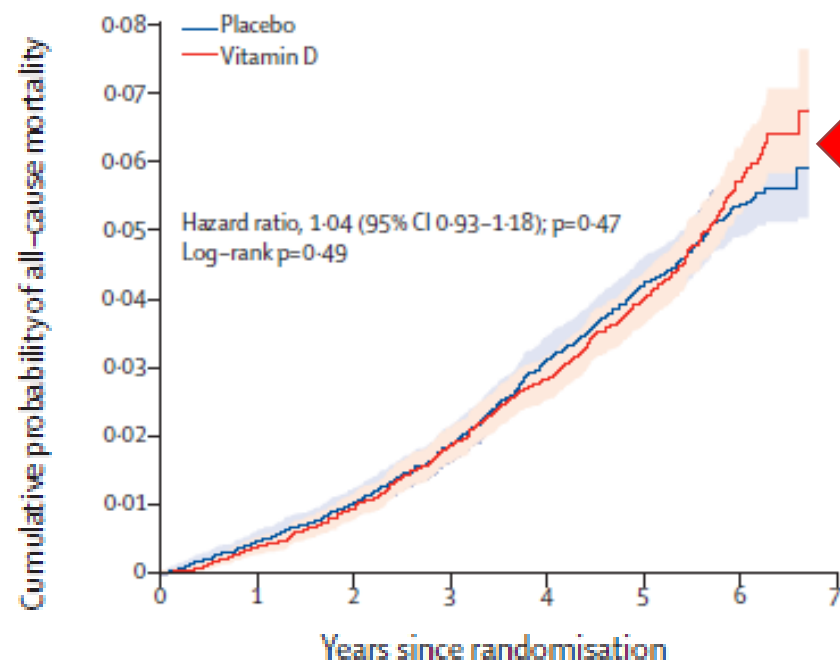
V. InfoVax
del 6-3-'22

Lancet Diabetes Endocrinol 2022

Published Online

January 10, 2022

their data to be destroyed. The HR of vitamin D₃ effect on all-cause mortality was 1.04 [95% CI 0.93 to 1.18]; $p=0.47$) and the HR of vitamin D₃ effect on cardiovascular disease mortality was 0.96 (95% CI 0.72 to 1.28; $p=0.77$). The HR for cancer mortality was 1.15 (95% CI 0.96 to 1.39; $p=0.13$) and for mortality from other causes it was 0.83 (95% CI 0.65 to 1.07; $p=0.15$). The odds ratio for the per-protocol analysis was OR 1.18 (95% CI 1.00 to 1.40; $p=0.06$). In exploratory analyses excluding the first 2 years of follow-up, those randomly assigned to receive vitamin D had a numerically higher hazard of cancer mortality than those in the placebo group (HR 1.24 [95% CI 1.01–1.54]; $p=0.05$).



Dopo i 6 anni la
mortalità totale
pare aumenti...



BMJ 2023;381:e075230 | doi: 10.1136/bmj-2023-075230



OPEN ACCESS



Check for updates

Vitamin D supplementation and major cardiovascular events: D-Health randomised controlled trial

Bridie Thompson,¹ Mary Waterhouse,¹ Dallas R English,² Donald S McLeod,¹ Bruce K Armstrong,³ Catherine Baxter,¹ Briony Duarte Romero,¹ Peter R Ebeling,⁴ Gunter Hartel,⁵ Michael G Kimlin,⁶ Sabbir T Rahman,¹ Jolieke C van der Pols,⁷ Alison J Venn,⁸ Penelope M Webb,¹ David C Whiteman,¹ Rachel E Neale¹

For numbered affiliations see end of the article

Correspondence to: R Neale
rachel.neale@qimrberghofer.edu.au
(ORCID 0000-0001-7162-0854)

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

Cite this as: *BMJ* 2023;381:e075230
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-075230>

ABSTRACT

OBJECTIVE

To investigate whether supplementing older adults with monthly doses of vitamin D alters the incidence of major cardiovascular events.

DESIGN

Randomised, double blind, placebo controlled trial of monthly vitamin D (the D-Health Trial). Computer generated permuted block randomisation was used to allocate treatments.

RESULTS

21 302 people were included in the analysis. The median intervention period was five years. 1336 participants experienced a major cardiovascular event (placebo 699 (6.6%); vitamin D 637 (6.0%)). The rate of major cardiovascular events was lower in the vitamin D group than in the placebo group (hazard ratio 0.91, 95% confidence interval 0.81 to 1.01), especially among those who were taking cardiovascular drugs at baseline (0.84, 0.74 to 0.97;

COI specifici tipici dei ricercatori

WHAT THIS STUDY ADDS

Vitamin D supplementation might reduce the risk of major cardiovascular events, although the absolute risk difference was small and the confidence interval was consistent with a null finding

Further evaluation is warranted, particularly in people taking statins or other cardiovascular disease drugs

CONCLUSIONS

These findings could prompt further evaluation of the role of vitamin D supplementation, particularly in people taking drugs for prevention or treatment of cardiovascular disease.

Da domani scatta la censura **Ue** su Internet

Il Digital services act sarà applicato prima alle grandi piattaforme, poi dal 17 febbraio 2024 sarà esteso a tutti i siti europei. Con la scusa di impedire reati si potranno far rimuovere notizie giudicate false o fuorvianti: addio alla libertà di espressione

di **MADDALENA LOY**

■ Il Digital services act (Dsa) europeo che entrerà in vigore, almeno per le grandi piattaforme online, da domani, rappresenta un concreto cambio di paradigma nella gestione della libera informazione nell'Unione europea, che si può riassumere in una sola parola: censura. Il pacchetto, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee a ottobre 2022, entra in vigore domani per 19 grandi piattaforme online (Aliexpress, Amazon store, App store, Bing, Booking, Facebook, Google maps, Google play, Google search, Google shopping, Instagram, LinkedIn, Pinterest, Snapchat, TikTok, X, l'ex Twitter, Wikipedia, Youtube e Zalando). Dal 17

A cancellare i contenuti saranno gli algoritmi. Ruolo chiave ai «segnalatori attendibili» che non si sa come saranno individuati

I PROVVEDIMENTI UE

Il Digital services act

La timeline

25 agosto 2023

Il Dsa verrà applicato a **19 piattaforme o motori di ricerca con oltre 45 milioni di utenti attivi**:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| ● Alibaba Aliexpress | ● Pinterest |
| ● <u>Amazon store</u> | ● Snapchat |
| ● Apple app store | ● <u>TikTok</u> |
| ● Booking.com | ● <u>Twitter</u> |
| ● <u>Facebook</u> | ● <u>Wikipedia</u> |
| ● Google play | ● <u>YouTube</u> |
| ● Google maps | ● Zalando |
| ● Google shopping | ● Bing |
| ● <u>Instagram</u> | ● <u>Google search</u> |
| ● <u>LinkedIn</u> | |

Il Digital Markets Act

Applicato dal 2 maggio 2023, prevede norme per **contrastare gli abusi di posizione dominante prima che si verifichino**

LaVerità



17 febbraio 2024

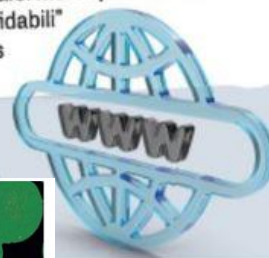
Il Dsa verrà applicato a tutte le altre piattaforme

Le multe per chi non rispetta i nuovi obblighi:

Sanzioni **fino al 6% del fatturato**

Le misure

- ☐ **Limiti alla profilazione**
- ☐ **Divieto di utilizzare i dati sensibili degli utenti per pubblicità mirate**
- ☐ **Obblighi di trasparenza**
- ☐ **Stretta sulle presunte bufale.** In particolare, l'articolo 91, uno dei più problematici, prevede che la Commissione in caso di crisi possa chiedere alle piattaforme "la promozione di informazioni affidabili" secondo Bruxelles



traverso il considerando 50, che spiega che «il meccanismo di segnalazione dovrebbe consentire, ma non richiedere (salvo in caso di reato, ndr), l'identificazione della persona o dell'ente che presenta la segnalazione». In caso di crisi, l'Ue potrà inoltre richiedere «l'adozione di misure di sensibilizzazione» e la «promozione di informazioni affidabili»: la propaganda di Stato è ormai legale. Il considerando 92, ribattezzato «considerando Ursula» in omaggio al presidente della Commissione europea **Ursula von der Leyen**, prevede inoltre che «i revisori dovrebbero garantire la riservatezza, la sicurezza e l'integrità delle informazioni, quali i segreti commerciali, che ottengono nello svolgimento dei lo-

Fra i considerando più pericolosi il 91 che prevede, in caso di crisi anche sanitarie, l'«adeguamento dei processi di moderazione»

Lit

I dati diventano ingestibili? Sopprimerli!

MATTIAS DESMET
PSICOLOGIA
DEL TOTALITARISMO

[Deaths up 14%. Births down 28%. Disability up 37%. Wake up, politicians! - The Conservative Woman](#)

Deaths Up 14%. Births Down 28%. Disability Up 37%.



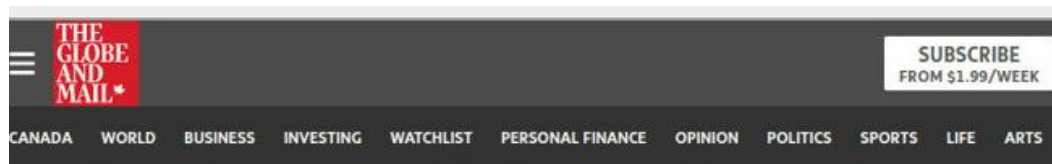
Wake Up, Politicians!



official figures for births and deaths in New Zealand between July 1 2022 and June 30 2023 have been released. SEP 1 [LIONESS OF JUDAH MINISTRY](#)

By [Guy Hatchard](#) September 1, 2023

THE [official figures for births and deaths](#) in [New Zealand](#) between July 1 2022 and June 30 2023 have been released. **horrific figures compares these with the previous 12 months**



More people than expected are dying in Canada in 2023 for reasons that are not yet clear

WENCY LEUNG > HEALTH REPORTER
PUBLISHED 33 MINUTES AGO

Your Gl
Build you
More info

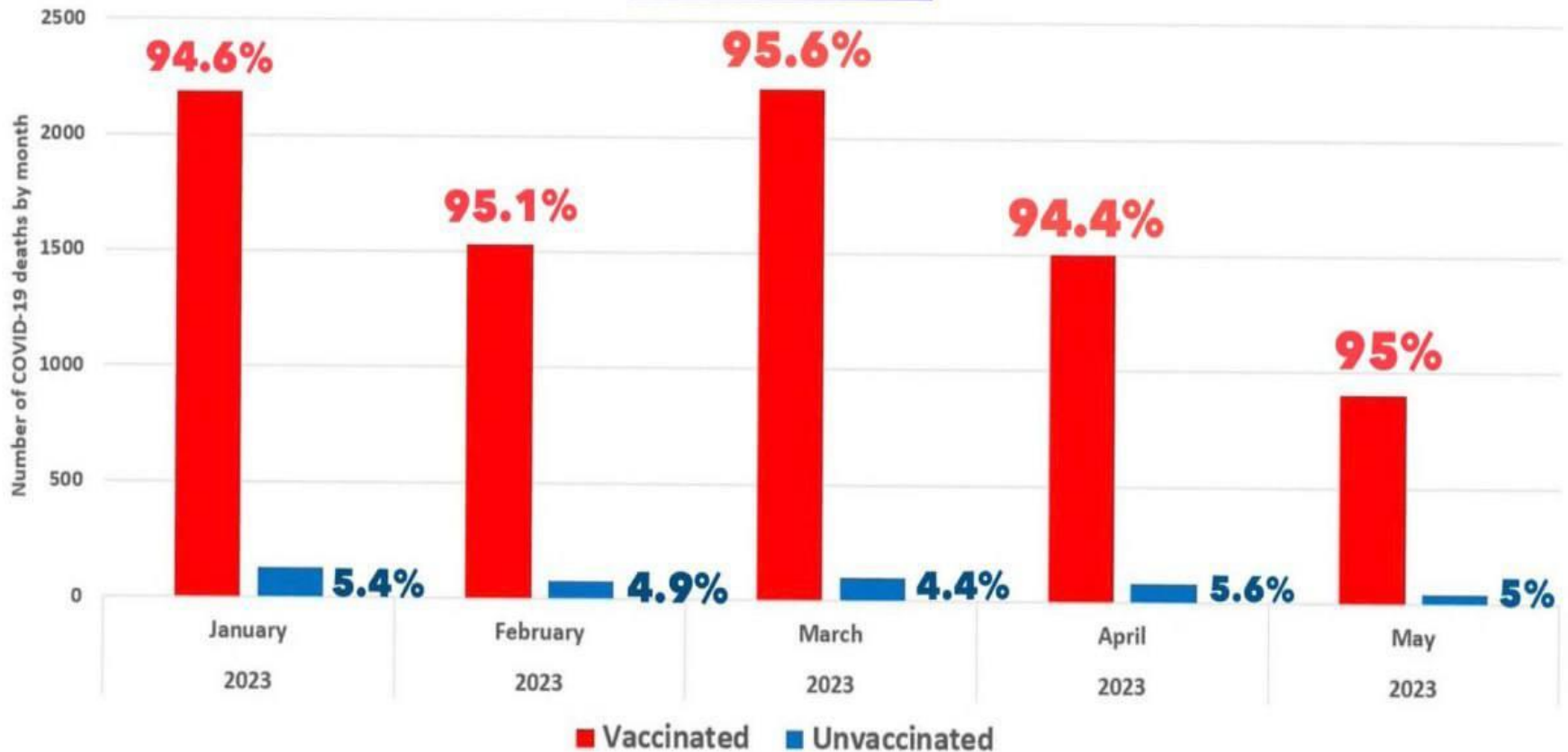
(Tara Moriarty, an infectious-disease researcher) 2023 figures indicate it is about **15% to 20% higher than it was in 2020 and 2021.**

That's considerably lower than in 2022, «a horrific, really bad year in Canada, but it's **still higher than the first few pandemic years**»

COVID-19 Deaths by Vaccination Status, England 2023

Source: Office for National Statistics ONS

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland>



NATIONAL	People in NIMS cohort	Unvaccinated		Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number unvaccinated	% Unvaccinated	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,939,290	127,403	4.3	2,811,887	95.7	2,794,629	95.1	2,719,774	92.5
75 to under 80	2,344,551	98,355	4.2	2,246,196	95.8	2,231,129	95.2	2,176,486	92.8
70 to under 75	2,770,898	157,041	5.7	2,613,857	94.3	2,591,335	93.5	2,503,234	90.3
65 to under 70	2,987,549	228,329	7.6	2,759,220	92.4	2,727,565	91.3	2,584,253	86.5
60 to under 65	3,621,091	334,280	9.2	3,286,811	90.8	3,241,022	89.5	2,981,149	82.3
55 to under 60	4,171,509	455,679	10.9	3,715,830	89.1	3,653,800	87.6	3,274,973	78.5
50 to under 55	4,246,958	568,883	13.4	3,678,075	86.6	3,601,895	84.8	3,123,423	73.5
45 to under 50	3,956,603	711,426	18.0	3,245,177	82.0	3,155,256	79.7	2,580,366	65.2
40 to under 45	4,338,435	989,862	22.8	3,348,573	77.2	3,225,229	74.3	2,479,488	57.2
35 to under 40	4,677,655	1,277,179	27.3	3,400,476	72.7	3,238,337	69.2	2,309,762	49.4
30 to under 35	4,890,613	1,478,940	30.2	3,411,673	69.8	3,204,479	65.5	2,128,403	43.5
25 to under 30	4,558,822	1,441,029	31.6	3,117,793	68.4	2,888,477	63.4	1,799,929	39.5
20 to under 25	3,921,549	1,092,815	27.9	2,828,734	72.1	2,559,692	65.3	1,518,768	38.7
18 to under 20	1,388,888	370,379	26.7	1,018,509	73.3	895,662	64.5	470,719	33.9
Total	50,814,411	9,331,600	18.4	41,482,811	81.6%	40,008,507	78.7%	32,650,727	64.3%

England population cohort by vaccination status. Source: UK Health Security Agency

<https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2022-to-2023-season>

The Office for No More Statistics on Deaths by Vaccination Status

Like a spoilt brat while losing the ONS decide to take their ball away and stop the game



NORMAN FENTON AND MARTIN NEIL
28 AGO 2023

UK



Notice

25 August 2023

We have identified an issue with the way person years are summed when incorporating fourth vaccination doses. Please do not use this data. We are working urgently to correct this issue.

Apologies for any inconvenience.

25 August 2023

We will no longer be updating the Deaths by vaccination status analysis, England series. The last edition was for April 2021 to May 2023, published on 25 August 2023.

This publication was created during the coronavirus (COVID-19) pandemic to answer important questions around mortality by vaccine status in a timely manner.

Contact:

Owen Gethings, Dorothee
Schneider, Joshua Davidson-Morgan,

Release date:

25 August 2023

Next release:

To be announced

CDC Now Refusing New COVID Vaccine Adverse Event Reports in Its V-Safe Program

 brownstone.org/articles/cdc-refusing-new-covid-vaccine-adverse-event-reports/

August 24, 2023

USA



Thank you for your participation.

Data collection for COVID-19 vaccines concluded on June 30, 2023.

If you have symptoms or health problems following your COVID-19 vaccination that concern you, please contact your healthcare provider.

You can also report to the **Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)**.

More information about COVID-19 is available [here](#).

La **Germania** ha un'indagine di prevalenza ([survey](#)) sugli effetti dei vaccini, di **40.000 persone intervistate a intervalli regolari**. Risultati: “~**8 vaccinati su 1.000** [**1 su 125**] soffrono di effetti avversi gravi... sintomi che durano settimane o mesi e richiedono assistenza medica sono considerati effetti avversi gravi.” È una definizione più ampia di quella WHO, ma intercetta più danni realmente causati.

Anche survey dei **CDC** e del **Governo Australiano** (pur con criteri un poco diversi) contraddicono le affermazioni non supportate delle Agenzie Regolatorie

Indagini di prevalenza	<u>Richiede assistenza medica</u>	<u>Non può completare attività quotidiane</u>
CDC  	1 su 56 (1 su 1000 ricovero)	
Dose 2 e 3 di Pfizer		1 su 4
Dose 2 e 3 di Moderna		1 su 3
Survey Governo Australia		
Pfizer	1 su 100	da 1 su 5 a 1 su 10
Moderna	3 su 100 x 2a dose	da 1 su 5 a 1 su 20
AstraZeneca	1 su 100	da 1 su 3 a 1 su 8

La Verità, 13 agosto 2023

La Casa Bianca ammette la censura Covid

Autogol del legale di Biden al processo per l'«oscuramento», fatto su Facebook e Twitter, delle critiche alla gestione pandemica: «In caso di emergenza, il Primo emendamento si può violare». Uno dei giudici: «Il governo ha fatto minacce, velate e non, ai social»

di **MADDALENA LOY**



■ Qualunque sarà l'esito dell'ultima udienza della causa *Missouri vs Biden*, è sempre più probabile che l'amministrazione di **Joe Biden** esca da questo processo alquanto malconcia, specialmente se il caso finirà, come probabile, alla Corte Suprema. Sarà che l'avvocato del governo è stato mandato completamente da solo ad affrontare una causa complicata, sarà che ha commesso in udienza più di un passo falso: fatto sta che sarà complicato, per **Joe Biden**, continuare a trincerarsi dietro perorazioni sconcertanti come quella rappresentata dal suo legale. «Il caso *Missouri vs Biden* ha dimostrato ciò che sapevamo da sempre - ha dichiarato il procuratore generale del Missouri **Andrew Bailey** - e

Giovedì ha avuto luogo un'altra udienza per decidere se confermarla o farla decadere.

L'avvocato incaricato dal governo federale, **Daniel Bentele Hahs Tenny**, ha superato abbastanza bene i primi trenta secondi, sostenendo che l'ordine di **Doughty** lascerebbe il governo «impotente» di fronte alla disinformazione diffusa attraverso i social «in caso di disastro naturale». Subito dopo, però, è inciampato sulle sue stesse affermazioni, mettendo a re-



CONTROCORRENTE Jay Bhattacharya

La Verità, 30 luglio 2023

Censure sui vaccini, Facebook confessa: «Continue pressioni dalla Casa Bianca»

Zuckerberg, obbligato dal Congresso, consegna i documenti che dimostrano il controllo politico sui contenuti del social

di **STEFANO GRAZIOSI**



■ L'amministrazione Usa guidata da **Joe Biden** ha esercitato pressioni su Facebook per ottenere informazioni sulla materia di Co-

pentaglio l'esito dell'udienza: «Per fare un esempio», ha dichiarato **Tenny**, «se un funzionario di governo ritenesse che alcuni post sono stati pubblicati da associazioni a delinquere, si troverebbe con le mani legate». Si dà però il caso che l'ingiunzione di **Doughty** escludesse esplicitamente casi come quello citato da **Tenny**: alla parola «associazione a delinquere», i tre giudici si sono svegliati e hanno avuto gioco facile nel far notare all'avvocato la contraddizione. Da quel momento l'udienza, per il governo Biden, è stata un susseguirsi di autogol. L'avvocato è perfino riuscito a far evocare ai giudici quelle mail interne (rese pubbliche grazie ai *Twitter files* e ai *Facebook files*) che voleva tenere fuori dall'udienza, perché compromettenti: gli è bastato dichiarare, impunemente, che «non c'è stata coercizione», che immediatamente uno dei tre magistrati, **Don Willet**, ha parlato di «minacce, velate e neanche tanto velate. Il comportamento del governo - ha detto **Willet** - è stato poco sottile e alquanto aggressivo, di fatto è stato come



Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe *Lancet Planet Health* 2023 7: e271–81



Pierre Masselot, Malcolm Mistry, Jacopo Vanoli, Rochelle Schneider, Tamara Lungman, David Garcia-Leon, Juan-Carlos Ciscar, Luc Feyen, Hans Orru, Aleš Urban, Susanne Breitner, Veronika Huber, Alexandra Schneider, Evangelia Samoli, Massimo Stafoggia, Francesca de' Donato, Shilpa Rao, Ben Armstrong, Mark Nieuwenhuijsen, Ana Maria Vicedo-Cabrera, Antonio Gasparini, on behalf of MCC Collaborative Research Network and EXHAUSTION project



Censura anche al dibattito sul clima

Summary

Background Heat and cold are established environmental risk factors for human health. However, mapping the related health burden is a difficult task due to the complexity of the associations and the differences in vulnerability and demographic distributions. In this study, we did a comprehensive mortality impact assessment due to heat and cold in European urban areas, considering geographical differences and age-specific risks.

Methods We included urban areas across Europe between Jan 1, 2000, and Dec 12, 2019, using the Urban Audit dataset of Eurostat and adults aged 20 years and older living in these areas. Data were extracted from Eurostat, the Multi-country Multi-city Collaborative Research Network, Moderate Resolution Imaging Spectroradiometer, and Copernicus. We applied a three-stage method to estimate risks of temperature continuously across the age and space dimensions, identifying patterns of vulnerability on the basis of city-specific characteristics and demographic structures. These risks were used to derive minimum mortality temperatures and related percentiles and raw and standardised excess mortality rates for heat and cold aggregated at various geographical levels.

Findings Across the 854 urban areas in Europe, we estimated an annual excess of 203 620 (empirical 95% CI 180 882–224 613) deaths attributed to cold and 20 173 (17 261–22 934) attributed to heat. These corresponded to age-standardised rates of 129 (empirical 95% CI 114–142) and 13 (11–14) deaths per 100 000 person-years. Results differed across Europe and age groups, with the highest effects in eastern European cities for both cold and heat.

Lancet Planet Health 2023;
7: e271–81

Published Online
March 16, 2023
[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00023-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00023-2)

Department of Public Health, Environments and Society (P Masselot PhD, M Mistry PhD, J Vanoli MSc, R Schneider PhD, Prof A Gasparini PhD, Prof B Armstrong PhD), Centre on Climate Change and Planetary Health (R Schneider, Prof A Gasparini), and Centre for Statistical Methodology (Prof A Gasparini), London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK; Department of Economics, Ca' Foscari University of Venice.

Nei 20 anni dal 2000 a fine 2019 nelle città Europee
~203.600 morti di freddo vs morti di caldo ~20.170

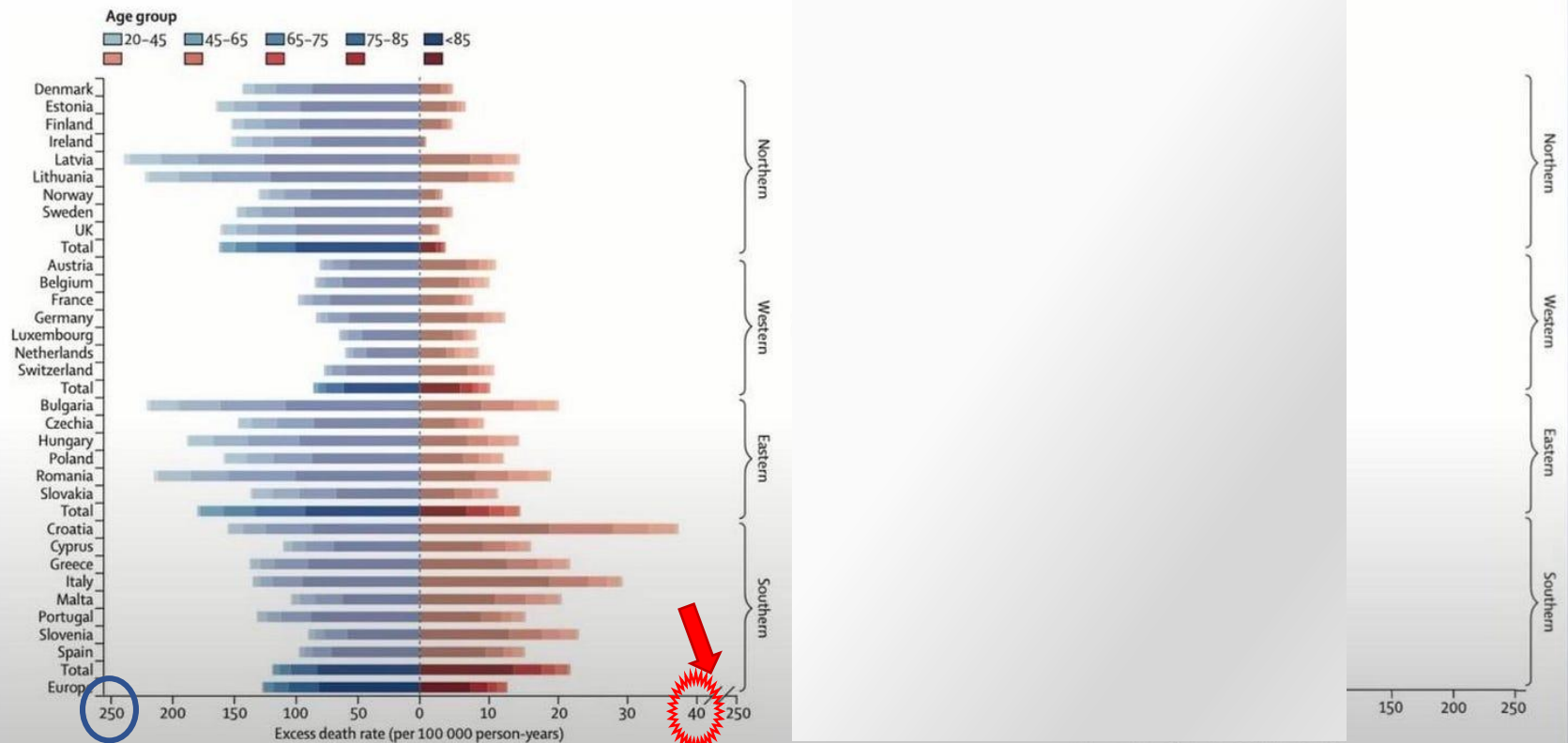
→ i morti di freddo sono stati 10,2 volte di più
(in Italia solo 4,5 volte di più...)





10x more Cold Deaths than Heat Deaths in Europe

On the left, how it is presented, on the right with equal axes



2023 paper: "Excess mortality attributed to heat and cold: a health impact assessment study in 854 cities in Europe" based on 2000-19 data, [www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(23\)00023-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(23)00023-2/fulltext), Figure 3 left, Figure 3 with equal axes for rates of heat deaths (red) and cold death (blue) on right. twitter.com/bjornlomborg

Isole di calore urbano

 ambientenonsolo.com/isole-di-calore-urbano/

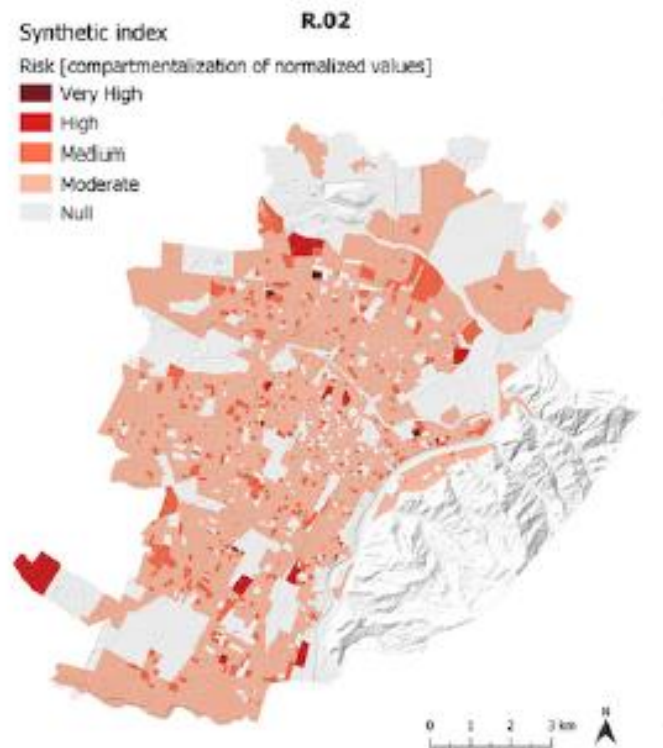
TALLURI MARCO

Se il rapporto 10:1 tra morti di freddo vs di caldo appare già sbilanciatisimo, si badi che è una sovrastima della responsabilità del caldo, perché basato sulle sole aree urbane europee.

Le aree urbane sono infatti **Isole di calore** al confronto con il resto del territorio, per **maggiori emissioni** di calore e perchè più coperte da **superfici impermeabili**, che aumentano ancora le temperature.

Questo studio sulla città di Torino ha dimostrato che il rischio minore di calore è nelle **aree verdi corrispondenti ai maggiori parchi urbani**, per il contributo della **vegetazione** alla riduzione di calore.

Le **zone ad alto rischio** sono nelle **periferie** densamente popolate.



L'intervista

MARIO GIULIACCI

«La vera scienza non ammette dogmi Nemmeno sul clima»

Il celebre meteorologo: «No alle scomuniche, non vorrei rivivere il processo a Galileo. L'eco-ansia? È il frutto dell'ignoranza»

di CARLO CAMBI



■ Per le italiane e gli italiani è il signor «buoonaaase raaaal» che giocando con la stilografica arancione annuncia-
va - parlando in corsivo ben prima che le influencer fossero concepite - sorrisi del cielo o imbronciature delle nuvole. È il colonnello Giuliacci, Mario per gli amici e cioè milioni di milioni di telespettatori. È il vero erede di un altro mitico colonnello: Edmondo Bernacca, che ac-

no loro. Non si fanno gli invasi perché i cosiddetti verdi si oppongono. Non si sistemano i fiumi perché se no si disturbano i nidi degli uccelli. Non aver fatto le casse di espansione in Romagna ha provocato un disastro che si poteva evitare. Questi non hanno capito che i fenomeni atmosferici diventeranno sempre più violenti e noi dobbiamo governarli. Ormai abbiamo venti che soffiano a oltre cento chilometri all'ora. E come se su un muro di un metro quadrato si scaricasse ogni secondo un maglio da dieci quintali. È ovvio che poi gli alberi a Milano vo-

sogna farlo. Abbiamo miliardi di persone da sfamare, non si può rinunciare all'agricoltura. Abbiamo milioni di persone che si devono spostare: chi l'ha detto che l'unica tecnologia è l'elettrico? Se poi il clima andrà a remengo non sarà certo per colpa dell'Europa: noi siamo meno di 500 milioni, India e Cina da sole superano i 3 miliardi. Invece l'Europa col green deal fa scelte che incrementano le emissioni di quei Paesi».

Ma un rimedio c'è?

«Certo che c'è e va usato e studiato, ma senza penalizzare l'uomo: la



Sempre più prove che la *protezione* vaccinale diventa negativa

[CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not 'Prevent Transmission' \[VIDEO\] - NewsRescue.com](#)

CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not 'Prevent Transmission' [VIDEO]

By [NewsRescue](#) August 8, 2021 by [Chris Enloe](#)



Image via Twitter @CNNSitRoom

*“That was the reason that **we changed our guidance last Tuesday,**”*

Walensky said. “Our vaccines are working exceptionally well. They continue to work well with delta with regard to severe illness and death. They prevent it.”

But what they can't do anymore is prevent transmission”, she added.

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

OGGETTO: Indicazioni preliminari per la campagna di vaccinazione autunnale e invernale anti COVID-19



IL DIRETTORE GENERALE
Francesco VAIA

con commenti Avv. **Manola Bozzelli**
Vicepresidente di *Arbitrium*

«L'obiettivo della campagna nazionale è quello di prevenire la mortalità, le ospedalizzazioni e le forme gravi di COVID-19»

Bozzelli: finalmente si ammettono due cose importantissime:

1. che non si tratti di un vaccino, perché non produce immunizzazione ergo, come già pochi gg fa ha dichiarato FDA, non previene l'infezione e la sua trasmissione.
2. La discriminazione del green pass verso untori irresponsabili no-vax era ingiustificata.

Nonostante tali ammissioni «La vaccinazione POTRA' inoltre essere consigliata a familiari e conviventi di persone con gravi fragilità» (Circolare) e «La vaccinazione VIENE consigliata a familiari e conviventi di persone con gravi fragilità» (Allegato 1)

- **Bozzelli:** PERCHÉ?? Se non serve a prevenire né l'infezione né la trasmissione, perché consigliarla ai familiari delle persone fragili??
- **Bozzelli:** Inoltre un documento ufficiale **raccomanda un vaccino ad oggi non approvato** «La sua approvazione da parte di EMA e AIFA è prevista per fine estate/inizio autunno»
- **Bozzelli:** Lasciamo stare le (interminabili) categorie di destinatari su gran parte delle quali il prodotto non è stato sperimentato...
- **Bozzelli:** inoltre: "raccomandata e offerta una dose di richiamo A VALENZA 12 MESI con la nuova formulazione di vaccino aggiornato" e dopo: "**possibilità di somministrare la DOSE DI RICHIAMO A DISTANZA DI ALMENO 3 MESI DALL'ULTIMO EVENTO** (ultima dose, a prescindere dai richiami già effettuati o ultima infezione diagnosticata) Dunque copre 12 o 3 mesi?? 🤔

Aggiungo io: «prioritariamente somministrata agli operatori sanitari addetti all'assistenza negli ospedali o nelle strutture di lungodegenza»

PERCHÉ?? Dato che più si vaccinano più si infettano (ed espongono altri...) →

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.

O forse per preservare la **forza lavoro ospedaliera (?)**, che è **sempre più in malattia dopo le ultime dosi??**

Clinical Microbiology and Infection 29 (2023) 554–556



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com



Letter to the editor

Bivalent BNT162b2 mRNA original/omicron BA.4-5 booster vaccination: adverse reactions and inability to work compared with the monovalent COVID-19 booster

Isabell Wagenhäuser^{1,2}, Julia Reusch^{1,2}, Alexander Gabel¹, Lukas B. Krone^{3,4}, Oliver Kurzai^{5,6}, Nils Petri², Manuel Krone^{1,5,*}

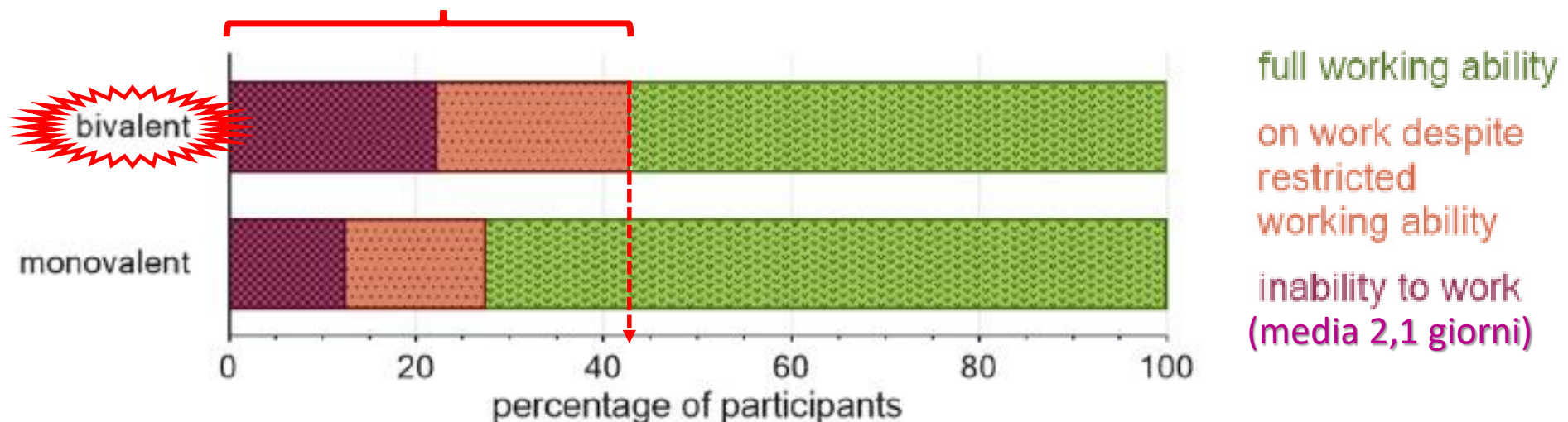
¹) Infection Control and Antimicrobial Stewardship Unit, University Hospital Würzburg, Würzburg, Germany

²) Department of Internal Medicine I, University Hospital Würzburg, Würzburg, Germany

³) Department of Physiology, Anatomy and Genetics, University of Oxford, Oxford, UK

⁴) University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland

<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.01.008>



Population immunity of natural infection, primary-series vaccination, and booster vaccination in Qatar during the COVID-19 pandemic: an observational study

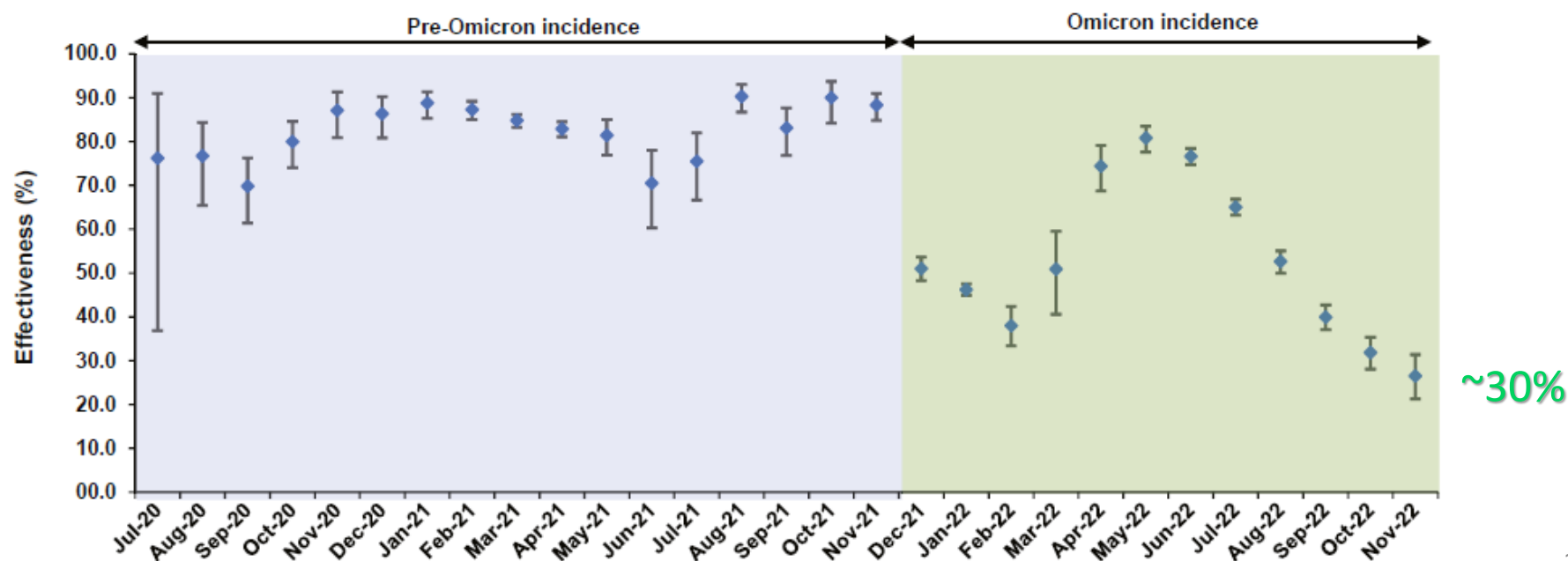
eClinicalMedicine
2023;62: 102102

Published Online xxx
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102102>

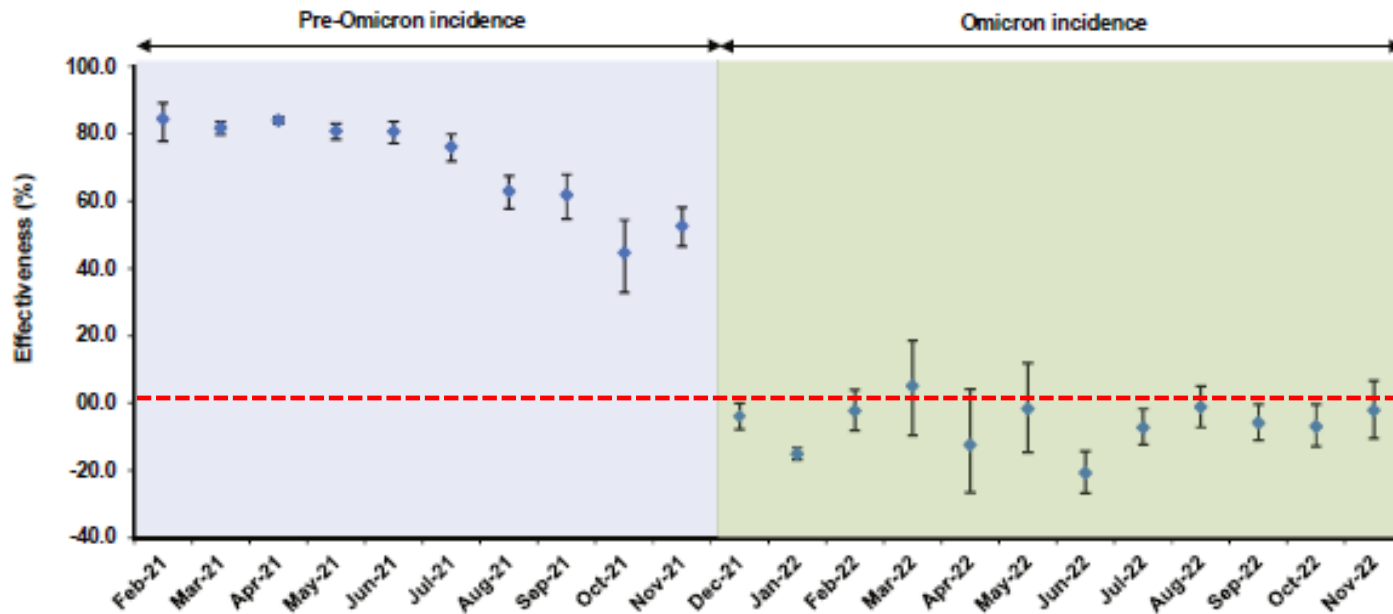
Suelen H. Qassim,^{a,h,c,*} Hiam Chemaitelly,^{a,h,c} Houssein H. Ayoub,^d Peter Coyle,^{e,f,g} Patrick Tang,^h Hadi M. Yassine,^{f,j} Asmaa A. Al Thani,^{f,j} Hebah A. Al-Khatib,^{f,j} Mohammad R. Hasan,^h Zaina Al-Kanaani,^e Einas Al-Kuwari,^e Andrew Jeremijenko,^e Anwar Hassan Kaleedkal,^e Ali Nizar Latif,^e Riyazuddin Mohammad Shaik,^e Hanan F. Abdul-Rahim,^j Gheyath K. Nasrallah,^{f,i} Mohamed Ghaith Al-Kuwari,^k Adel A. Butt,^{c,e,l} Hamad Eid Al-Romaihi,^m Mohamed H. Al-Thani,^m Abdullatif Al-Khal,^e Roberto Bertolini,^m and Laith J. Abu-Raddad^{a,b,c,j,n,**}

Gli autori hanno stimato l'immunità di popolazione in Qatar dal 1-7-'20 al 30-11-'22 sia in immunizzati da infezione naturale, sia da 2 dosi vaccino a mRNA, sia da 3 dosi (booster), calcolando la VE sia vs infezione, sia vs COVID-19 grave o fatale.

A **immunità da infezione naturale** vs infezione SARS-CoV-2



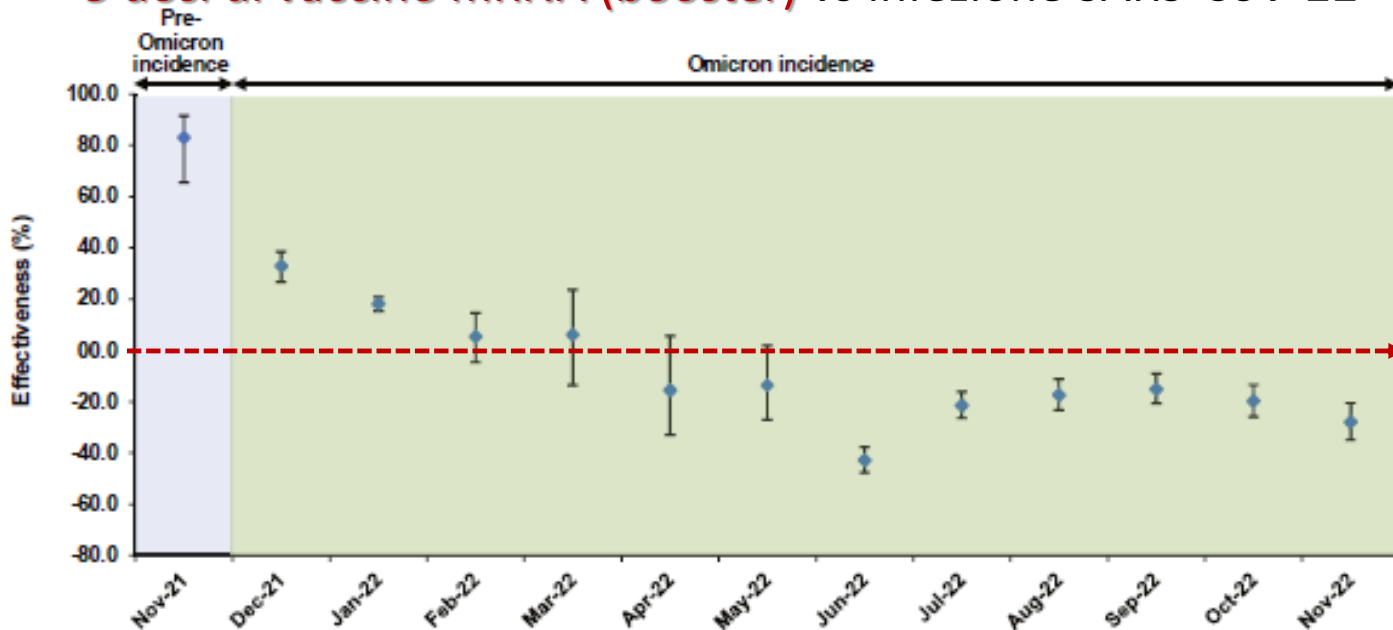
B 2 dosi di vaccino mRNA vs infezione SARS-CoV-2



in tendenza sotto
a guariti naturali



C 3 dosi di vaccino mRNA (booster) vs infezione SARS-CoV-2



da giugno 2022
significativam. sotto
to a guariti naturali



Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine

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

Estimated vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 Delta and Omicron infections among health care workers and the general adult population in Norway, August 2021 – January 2022



Petter Langlete^{a,*,1}, Martin Tesli^{b,c,1}, Lamprini Veneti^a, Jostein Starrfelt^a, Petter Elstrøm^{a,e}, Hinta Meijerink^d

^aDepartment of Infection Control and Preparedness, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

^bDepartment of Mental Disorders, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

^cOslo University Hospital, Oslo, Norway

^dDepartment of Infection Control and Vaccines, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

^eCentre for Epidemic Intervention Research, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

Dato che Delta non interessa più, la ho



Results: Vaccine effectiveness [redacted] for the Omicron variant in HCW [redacted] to 19 %) as well as in non-HCW [redacted] to –32 %). For the Omicron variant a 3rd dose provides significantly better protection against infection than 2 doses in both HCW (33 %) and non-HCW (10 %). Further, HCW seem to have better vaccine effectiveness than non-HCW for the Omicron [redacted]

Autori concludono: «Both HCW and non-HCW **got increased protection from a third dose**»

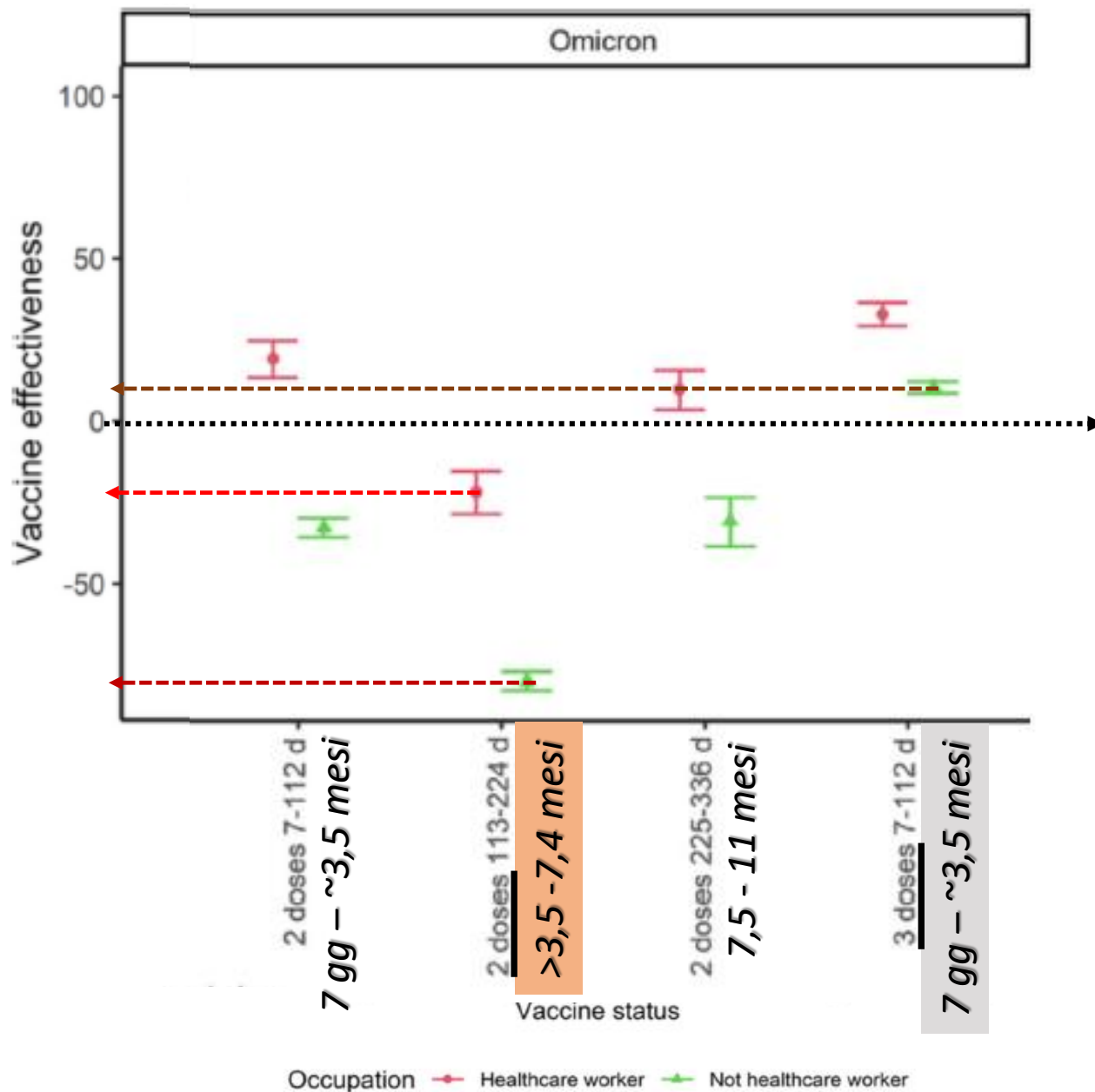


Fig. 2. Vaccine effectiveness among health care workers (HCW) and non-HCW during [REDACTED] Omicron (3–30 January 2022) wave in Norway. The data behind the figure are available in the Supplementary section 4.1.

Invece, escludendo soggetti
con patologie sottostanti,
... **resta identica!**

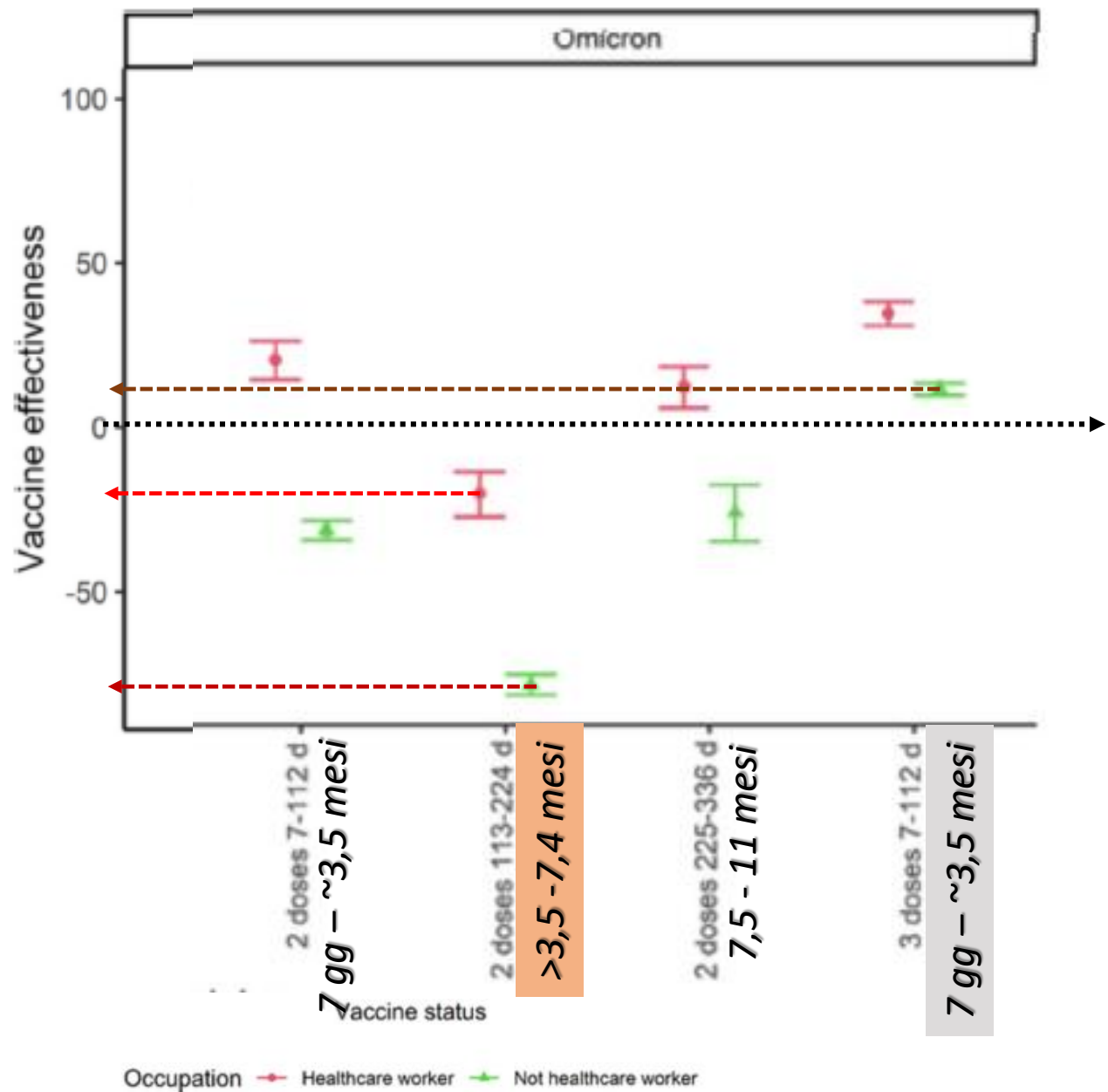
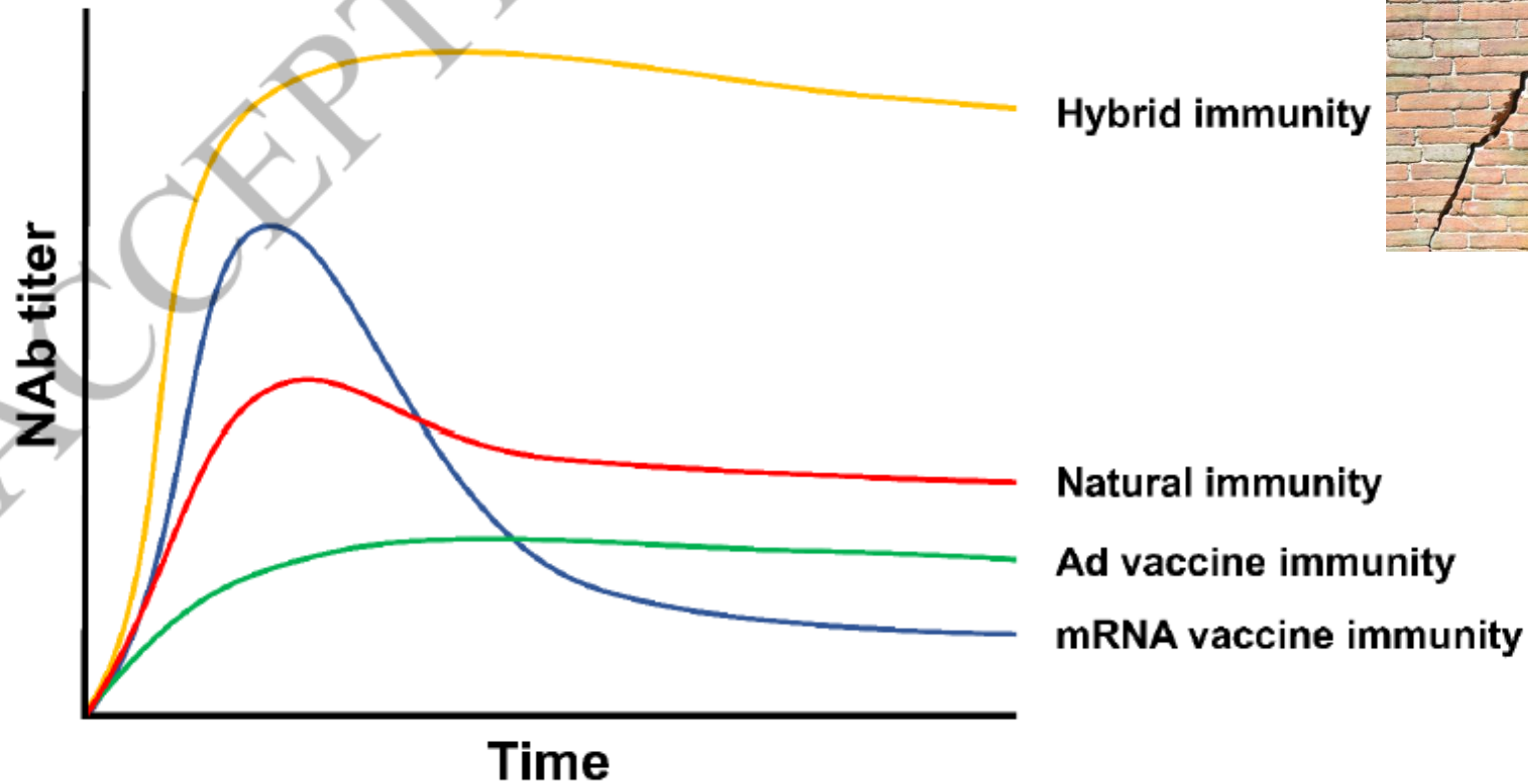


Fig. 3 Vaccine effectiveness among health care workers (HCW) and non-HCW against infections during [redacted] Omicron (3–30 January 2022) in Norway after excluding individuals with underlying conditions. The data behind the figure are available in the Supplementary section 4.3. The number of cases who received three doses during the delta wave were less than 5 and estimates are not provided.

VIEWPOINT**SARS-cov-2 Hybrid Immunity: The Best of Both Worlds**Ninaad Lasrado, Ph.D.¹ and Dan H. Barouch, M.D., Ph.D.^{1,2*}

¹Center for Virology and Vaccine Research, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Ragon Institute of MGH, MIT, and Harvard, Cambridge, MA, USA



Comparing the Effectiveness of Bivalent and Monovalent COVID-19 Vaccines against COVID-19 Infection during the Winter Season of 2022–2023: A Real-World Retrospective Observational Matched Cohort Study in the Republic of Korea

Chungman Chae , Ryu Kyung Kim , Eun Jung Jang , Ji Ae Shim , Eunkyung Park , Kil Hun Lee , Sye Lim Hong , Asma Binte Aziz , Birkneh Tilahun Tadesse , Florian Marks , Sangwoo Tak , Sangwon Lee , Donghyok Kwon

PII: S1201-9712(23)00695-1
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2023.08.010>
Reference: IJID 6816

To appear in: *International Journal of Infectious Diseases*

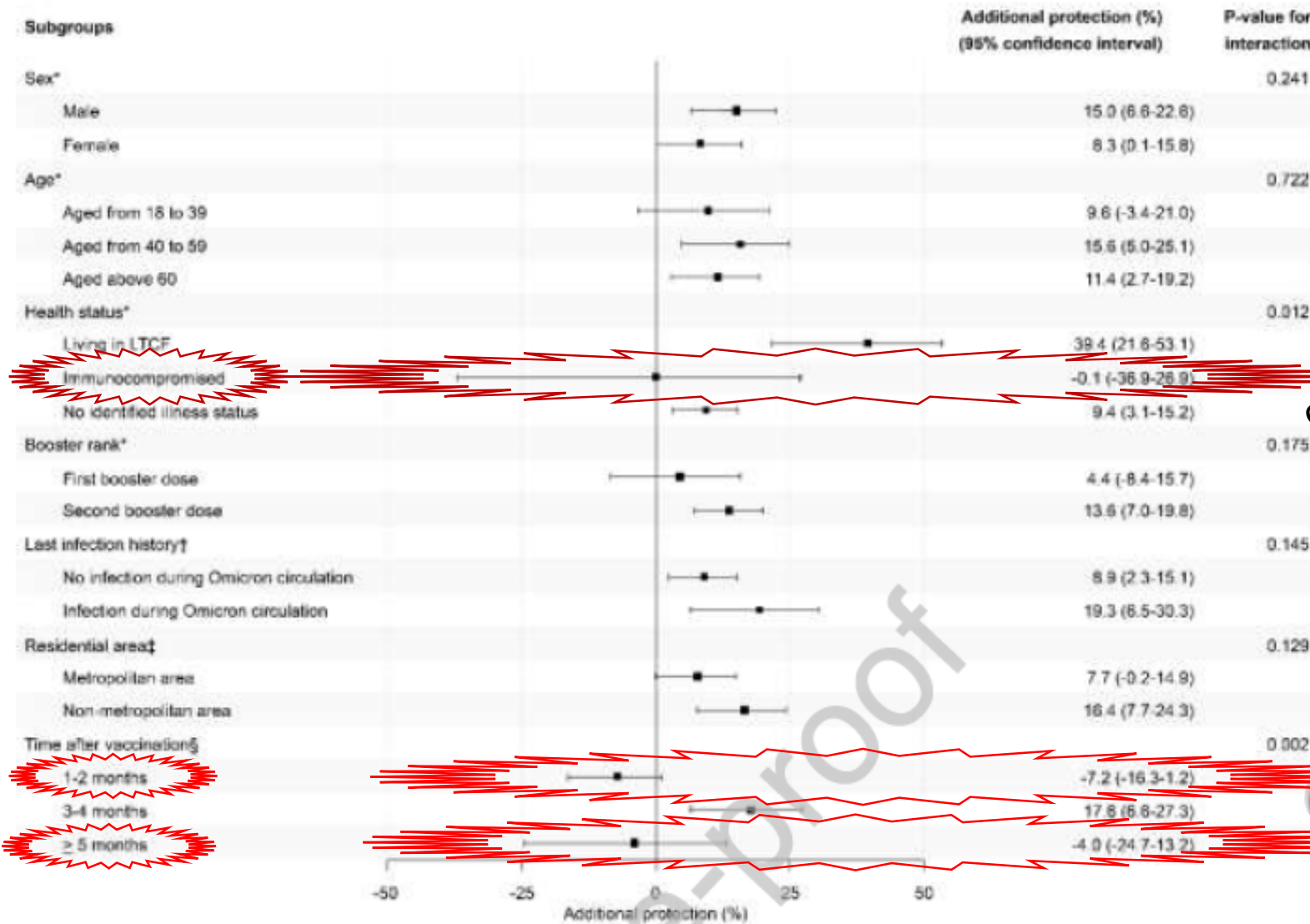
Received date: 30 June 2023
Revised date: 8 August 2023
Accepted date: 9 August 2023

Yes, they **can** be effective!
Ditemi **quanto** efficaci!!



Conclusion: Bivalent COVID-19 vaccines showed significantly better protection against infection than monovalent vaccines among adults during the 2022–2023 winter season. Our results highlight that immunization programs with bivalent vaccines comprising recent variants can be an effective measure to prepare for seasonal COVID-19 circulation.

Be', i primi 2 mesi proteggono meno del mono, come dopo 5 mesi, ma tra 3 e 4 mesi ... quasi 18% di più...!!



e gli immuno-depressi? Zero!



Figure 3 Additional protection against COVID-19 infection provided by the bivalent vaccines

Table S5: Effectiveness against severe, critical, or fatal COVID-19 of A) previous SARS-CoV-2 infection, B) primary-series (two-dose) mRNA vaccination, and C) booster (third-dose) mRNA vaccination, in Qatar, between July of 2020 and November of 2022.

A) Effectiveness of **previous SARS-CoV-2 infection**

Qassim, eClinical Med, 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102102>

Calendar month	Effectiveness in % (95% CI) [‡]
Jul-Dec, 2020	97.6 (82.8 to 99.7)
Jan-Jun, 2021	97.6 (95.5 to 98.7)
Jul-Dec, 2021	96.8 (87.0 to 99.2)
Jan-Jun, 2022	94.1 (83.9 to 97.8)
Jul-Nov, 2022	91.1 (60.5 to 98.0)

B) Effectiveness of **primary-series (two-dose) mRNA vaccination**

Calendar month	Effectiveness in % (95% CI) [‡]
Feb-Apr, 2021	95.4 (93.6 to 96.7)
May-Jul, 2021	96.9 (94.8 to 98.1)
Aug-Oct, 2021	91.4 (86.6 to 94.5)
Nov, 2021-Jan, 2022	82.3 (76.6 to 86.6)
Feb-Apr, 2022	81.4 (48.5 to 93.3)
May-Jul, 2022	83.8 (14.1 to 96.9)
Aug-Nov, 2022	53.1 (-41.3 to 87.1)

C) Effectiveness of **booster (third-dose) mRNA vaccination**

Calendar month	Effectiveness in % (95% CI) [‡]
Nov, 2021-Jan, 2022	95.0 (90.5 to 97.4)
Feb-Apr, 2022	96.2 (69.6 to 99.5)
May-Jul, 2022	43.6 (-51.4 to 84.5)
Aug-Nov, 2022	90.4 (9.6 to 99.0)



La protezione precipita, poi in parte si re-infettano, e per un po' la protezione risale

È sempre più chiaro perché le infezioni aumentano

scientific reports | <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40103-x>



OPEN Class switch towards spike protein-specific IgG4 antibodies after SARS-CoV-2 mRNA vaccination depends on prior infection history

Petra Kissel^{1,2}, Pál Sik¹, János Miklós¹, Erika Kajdócsi^{1,2}, György Sinkovits¹, László Cervenák¹ & Zoltán Prohászka^{1,2}

www.nature.com/scientificreports

Il monitoraggio delle IgG in sanitari vaccinati ha mostrato uno **spostamento verso sottoclassi** di IgG (**IgG4** e IgG2 spike specifiche) quasi solo **in chi ha ricevuto vaccini**

a mRNA o che si è **infettato dopo vaccinazioni a mRNA**.

In questi soggetti la dimensione della risposta spike specifica IgG4 era paragonabile a quella della risposta IgG1.

Nei **gruppi convalescenti** o ricoverati COVID-19 la **proporzione di IgG4** rispetto alla somma di tutti gli anticorpi IgG anti-spike era invece solo **dell'1% e 3%**.

Nei vaccinati con vaccino a vettore virale era ~16%,

Nei vaccinati con **vaccino a mRNA poi infettati era del 42%**

Nei vaccinati con **vaccino a mRNA senza infezione era del 46%**.

Le **IgG4 hanno proprietà immunosoppressive**, non attivano il complemento, bloccano altri anticorpi. Sono utili in malattie allergiche, ma **possono innescare reazioni auto-immunitarie**, e per paradosso **favorire anche infezioni da SARS-CoV-2...**

REVIEW

Open Access



Herpesviruses reactivation following COVID-19 vaccination: a systematic review and meta-analysis

Arman Shafiei^{1,2}, Mohammad Javad Amini², Razman Arabzadeh Bahr³, Kyana Jafarabady²,
Seyyed Amirhosssein Salehi⁴, Hamed Hajjshah⁵ and Sayed-Hamidreza Mozhgani^{6,7*}

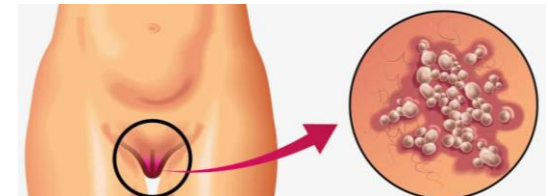
Rassegna sistematica di 80 studi osservazionali.

Si è documentata una complessiva riattivazione di:

- Virus **Varicella Zoster** in **14 persone su 1000** vaccinazioni
- Virus **Herpes Simplex** in **16** « **su 1000** «

Servono ulteriori ricerche per:

- Virus di Epstein Barr
- Citomegalovirus



RAPID COMMUNICATION

Detection of recombinant Spike protein in the blood of individuals vaccinated against SARS-CoV-2: Possible molecular mechanisms

Carlo Brogna¹ | Simone Cristoni² | Giuliano Marino³ | Luigi Montano⁴ |
Valentina Viduto⁵ | Mark Fabrowski⁶ | Gennaro Lettieri⁷ | Marina Piscopo⁷ 

¹Department of Research, Craniomed Group Facility Srl, Bresso, Italy

²ISB-Ion Source & Biotechnologies Srl, Bresso, Italy

³Marsanconsulting Srl Public Health Company, Napoli, Italy

⁴Andrology Unit and Service of LifeStyle Medicine in Uro-Andrology, Local Health Authority (ASL) Salerno, Salerno, Italy

⁵Long COVID-19 Foundation, Brookfield Court, Garforth, UK

⁶Department of Emergency Medicine, Royal Sussex County Hospital, University Hospitals Sussex, Brighton, UK

⁷Department of Biology, University of Naples

Abstract

Purpose: The SARS-CoV-2 pandemic prompted the development and use of next-generation vaccines. Among these, mRNA-based vaccines consist of injectable solutions of mRNA encoding for a recombinant Spike, which is distinguishable from the wild-type protein due to specific amino acid variations introduced to maintain the protein in a prefused state. This work presents a proteomic approach to reveal the presence of recombinant Spike protein in vaccinated subjects regardless of antibody titer.

Experimental design: Mass spectrometry examination of biological samples was used to detect the presence of specific fragments of recombinant Spike protein in subjects who received mRNA-based vaccines.

Results: The specific PP-Spike fragment was found in 50% of the biological samples analyzed, and its presence was independent of the SARS-CoV-2 IgG antibody titer. The minimum and maximum time at which PP-Spike was detected after vaccination was 69 and 187 days, respectively.

Covid Vaccine Becomes Part of Human DNA?

An item of note is the above sentence, “It is possible that the mRNA may be integrated or re-transcribed in some cells.” The so-called reverse transcription, that is, vaccine mRNA becoming part of the human DNA genome in some affected cells, was originally dismissed without evidence by the so-called “COVID science,” until it was demonstrated in in-vitro experiments. **È il caso dell’HIV**

Igor’s Newsletter

Worst Fears Realized: Pfizer mRNA Transcribes into DNA

Does this Explain **IgG4 Immune Tolerance**?

La cosiddetta tolleranza immunitaria è una tendenza dell’organismo a ignorare patogeni persistenti, invece di scatenare una vigorosa reazione immunitaria. Può spiegare perché i vaccinati con più dosi sono più suscettibili a frequenti ripetizioni delle infezioni e a una più lenta clearance dei virus.

La tolleranza immunitaria è perfettamente funzionale con gli allergeni, cioè sostanze irritanti che non si replicano e che persistono. Ignorarli, invece di soffrire di disturbanti febbri da fieno, è il motivo per cui è una risposta buona a irritanti ambientali come pollini o polvere.

Invece, la **tolleranza immunitaria è letale se riguarda patogeni vivi in replicazione**!



OPEN ACCESS

EDITED BY

Tesfaye Gelanew,
Armauer Hansen Research Institute (AHRI),
Ethiopia

REVIEWED BY

Kondwani Charles Jambo,
Liverpool School of Tropical Medicine,
United Kingdom
Dženan Kovačić,
International Burch University, Bosnia and
Herzegovina

*CORRESPONDENCE

Andrés Noé
✉ andres.noe@mcri.edu.au

†These authors have contributed
equally to this work and share
last authorship



BNT162b2 COVID-19 vaccination in children alters cytokine responses to heterologous pathogens and Toll-like receptor agonists

Andrés Noé^{1,2*}, Thanh D. Dang¹, Christine Axelrad¹,
Emma Burrell¹, Susie Germano¹, Sonja Elia², David Burgner^{1,2,3},
Kirsten P. Perrett^{2,3,4†}, Nigel Curtis^{1,2,3†} and Nicole L. Messina^{1,3†}

¹Infection, Immunity and Global Health, Murdoch Children's Research Institute, Parkville,
VIC, Australia, ²Infectious Diseases Unit, The Royal Children's Hospital, Melbourne, Parkville,
VIC, Australia, ³Department of Paediatrics, The University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia,
⁴Population Health, Murdoch Children's Research Institute, Parkville, VIC, Australia

I bambini
5-11 anni
vaccinati
COVID-19
hanno
marcata
**riduzione
(anche di
10 volte!)
di risposta
immune,**
specie un
mese dopo
il vaccino.

[Pfizer's COVID Vaccine Causes VAIDS in Children, Study Proves \(igor-chudov.com\)](https://igor-chudov.com)

Pfizer's COVID Vaccine Causes VAIDS (Vaccine-Acquired Immune
Deficiency Syndrome) **in Children, Study Proves**

I bimbi vaccinati **diventano più suscettibili a infezioni batteriche e fungine**

L'ISS alimenta di fatto l'**illusione statistica**

Da: ufficio stampa <ufficio.stampa@iss.it>

Data: 18 agosto 2023 09:40:44 CEST

A: [REDACTED]

Oggetto: R: Ultimo chiarimento

Per non dire del Cheap Trick...

(chiarito da *Fenton e Neil*)

Buongiorno.. ho parlato con gli esperti, si viene considerati nella colonna 'vaccinati con booster' dopo due settimane dall'iniezione. Lo stesso per le altre categorie (es se si fa la seconda dose e ci si ammala dopo una settimana si viene considerati con una dose, dopo due con due dosi).

Buona giornata

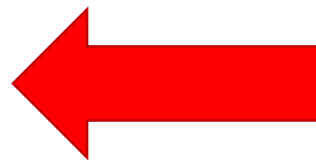
Pier David

Ufficio Stampa

Istituto Superiore di Sanità

www.iss.it

tel. 0649906601



PRESIDENZA
UFFICIO STAMPA

Comunicato n. 9 (12 agosto 2023)

Su: Risposta della CMSi all'OMS

Impegnare l'ISS a presentare con trasparenza i dati di mortalità totale per stato vaccinale

Sommario

La CMSi segnala aggiornamenti su due temi importanti:

- 1) la discussione aperta con l'OMS sulle politiche sanitarie anti-COVID-19. La replica puntuale della CMSi alla risposta dell'OMS alla nostra lettera aperta *[chi legge potrà capire chi ha le prove e chi no]*
- 2) la richiesta di inaugurare un nuovo corso nella presentazione dei dati ISS (e ISTAT) degli esiti sanitari per stato vaccinale. *[fondamentale, in vista della nomina del nuovo Presidente ISS]*

Una richiesta è che le istituzioni presentino - se vogliono - i dati **anche** nel modo attuale (rendendo però espliciti gli aggiustamenti che attuano).

Ma che, in parallelo, l'ISS (in coordinamento con l'ISTAT per quanto di competenza) renda subito disponibili anche i dati grezzi, senza aggiustamenti, comprensivi di **tutti gli eventi sanitari** (infezioni di qualsiasi natura, altri eventi di interesse sanitario, ricoveri, decessi) **dall'istante successivo a ciascuna inoculazione.**

Ciò oggi avviene in modo distorto. Quanto si osserva va invece **associato ai diversi stati vaccinali di 1, 2, 3, 4... dosi, definite in coincidenza con l'istante di ogni corrispondente inoculazione.**

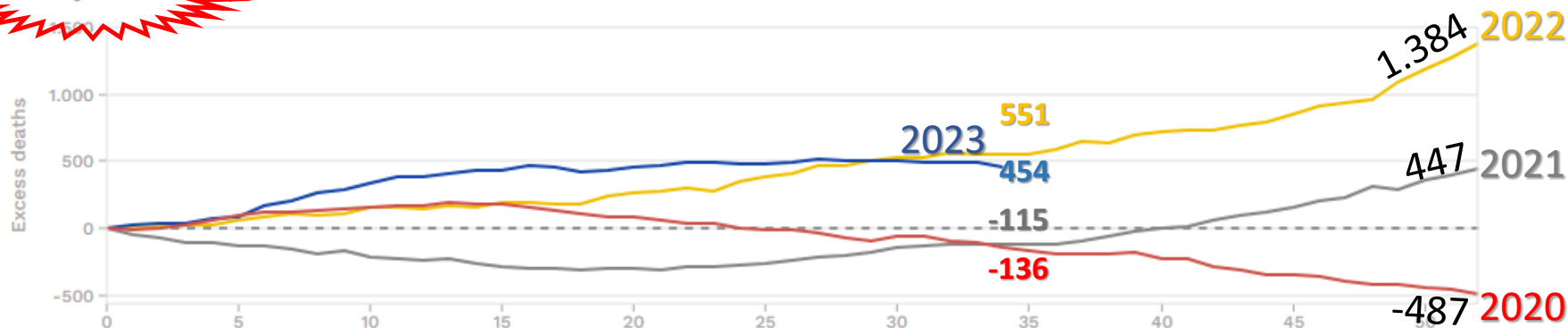
These graphs were generated in week 2023-35 with data from 26 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), and UK (Scotland).

Ukraine and UK (Wales) did not contribute to this week's data.

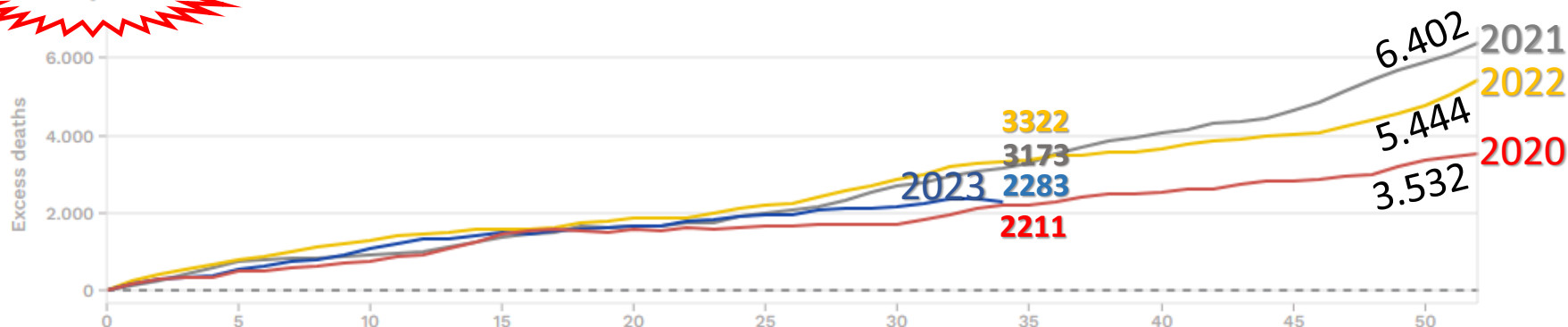
Ukraine, Germany (Berlin) and Germany (Hesse) were not included in the pooled data.

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

0-14 years

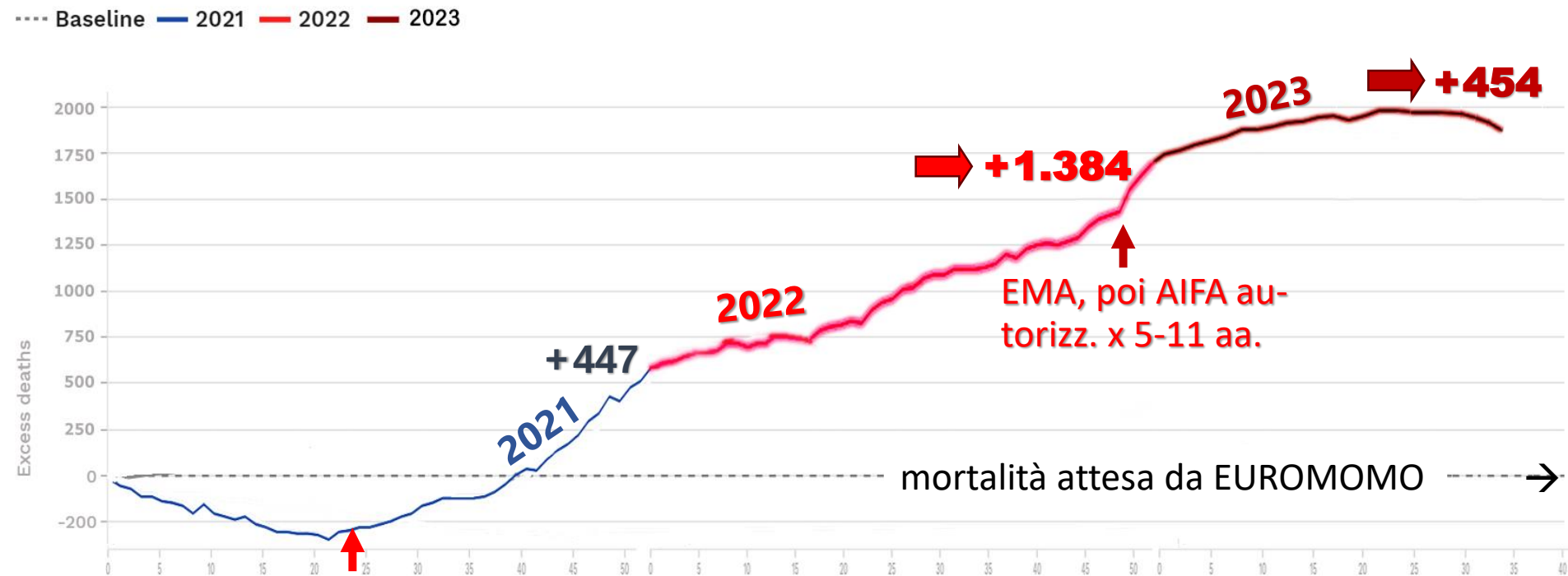


15-44 years



Se si mettono **di seguito 2021, 2022 e 2023**, la progressione dell'eccesso dei **decessi nei bambini** è continua, costante ed evidentissima (accesso 31-8-'23)

0-14 aa week 34 2023



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...!

Mortalità internazionale e singolari «punti di vista»

Storia di una magnifica intuizione politica: Il principio di universalismo in salute

Nicoletta Dentico e Gavino Maciocco

o della serie: «gli scherzi dell'ideologia»

minaccia per l'insieme dei nostri sistemi economici. [...] Prevenire eventi come una pandemia non è redditizio a breve termine. Pertanto, non ci siamo premuniti né di mascherine né di test da eseguire massicciamente. E abbiamo ridotto la nostra capacità ospedaliera in nome dell'ideologia dello smantellamento del servizio pubblico, che ora si mostra per quella che è: un'ideologia che uccide. Non avendo mai aderito a tale ideologia, e forti dell'esperienza dell'epidemia di SARS del 2002, Paesi come la Corea del Sud e Taiwan hanno predisposto un sistema di prevenzione estremamente efficace: lo screening sistematico e il tracciamento, puntando alla quarantena e alla collaborazione della popolazione adeguatamente informata e istruita, facendole indossare le mascherine. Nessun confinamento. Il danno economico risulta trascurabile”.

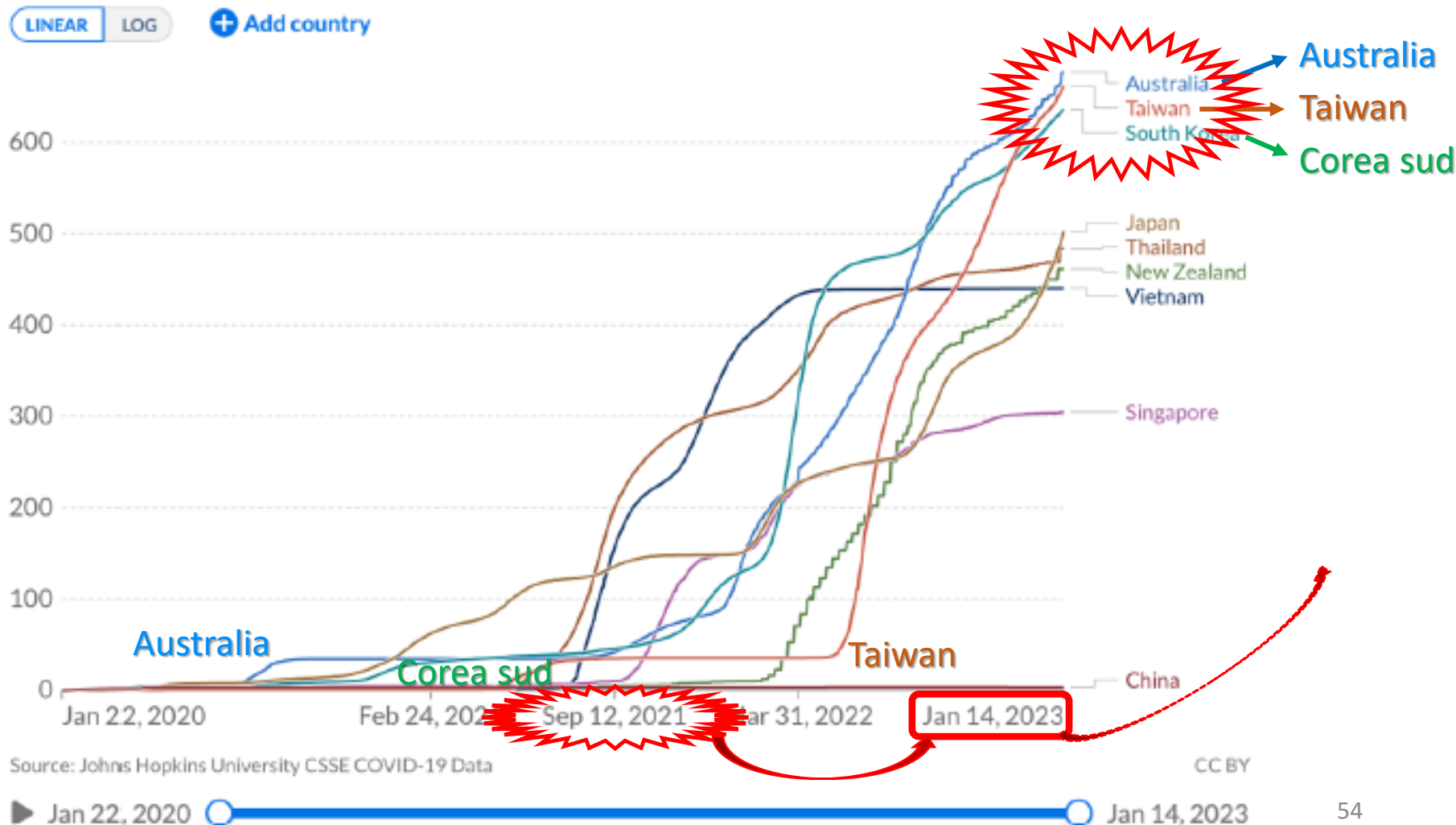
Fino all'arrivo delle varianti sono riusciti a far fronte in modo ottimale alle ondate epidemiche tramite strumenti di individuazione precoce e tempestiva dei casi, tracciamento dei contatti, isolamenti, quarantene e lockdown mirati. Solo nel 2022 è stata interrotta la strategia di soppressione e conseguentemente adottata una strategia di mitigazione, in seguito alla comparsa della variante omicron caratterizzata da un'elevata trasmissibilità.

Figura 3. Mortalità cumulativa (per milione di abitanti) nella Regione Western Pacific (paesi selezionati)

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World
in Data



[Roberto De Vogli](#)

Professore, Univ. Padova

[SALUTE-17 AGOSTO '23](#)

«[In una recente intervista a Radio Radio TV](#) sono

discussi i risultati di uno studio sull'**eccesso di mortalità in Germania** che, secondo un endocrinologo, "dimostrano..."»

Peccato che se invece di selezionare uno studio che avvalorerebbe la sua ipotesi l'endocrinologo si fosse preso la briga di analizzare i dati non solo della Germania, ma di [tutti gli stati europei](#), avrebbe appurato che gli indicatori sull'eccesso di mortalità **dimostrano esattamente il contrario...**» (??).

De Vogli: guardi il grafico che riporta →



Monthly excess mortality

(% of additional deaths compared with average monthly deaths in 2016-2019)

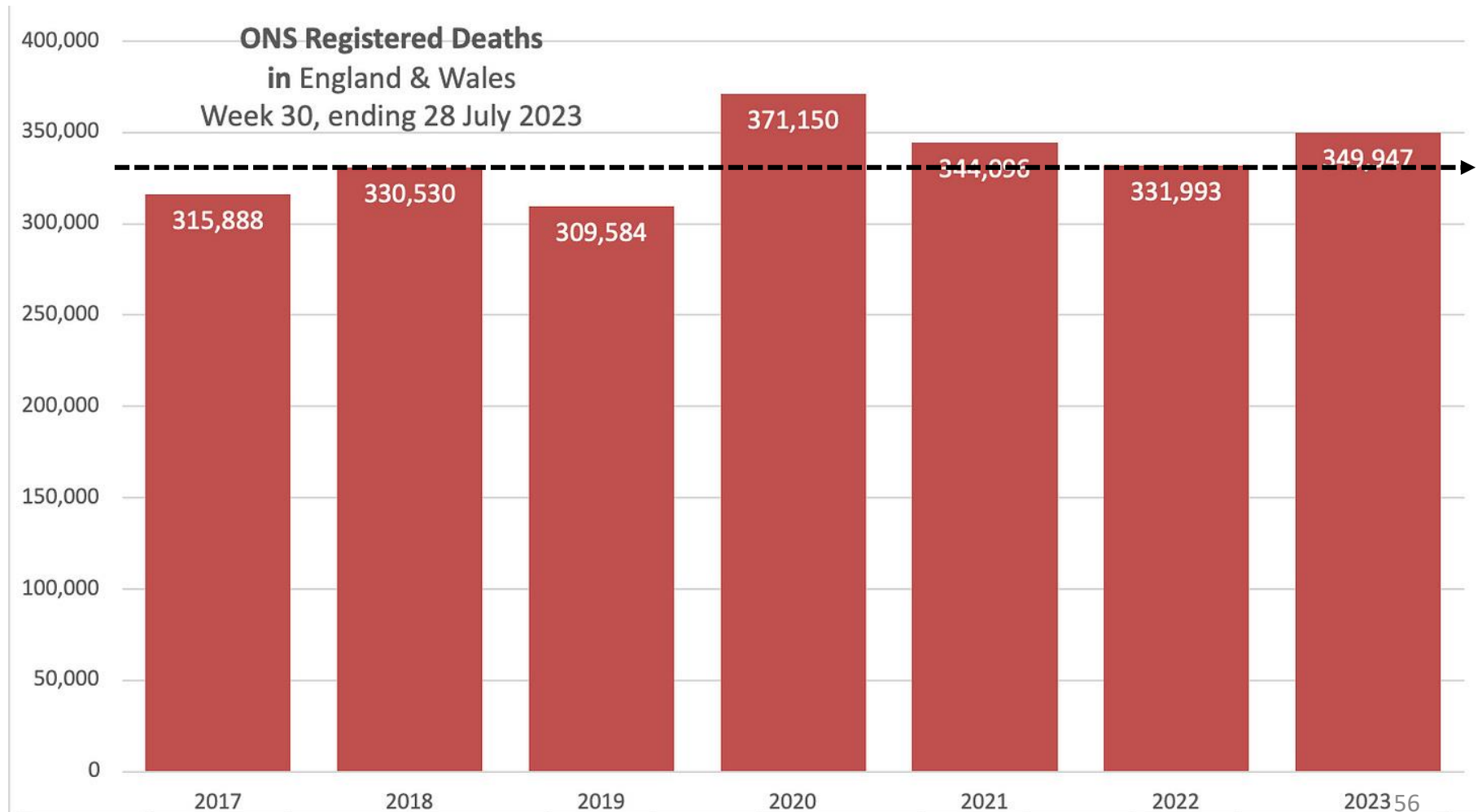
2 countries selected



Monthly data are estimated from weekly deaths data.

Source: Eurostat - [access to dataset](#)

n. totale di morti in 2023 è ~21.000 meno del 2020. Ma la differenza vs 2022, quando ci siamo preoccupati dell'eccesso di mortalità, è di ~18.000 morti in più fino a questo momento dell'anno. **Le morti nel 2022/23 han teso a essere più che nel 2020**, salvo nelle 7 settimane di picco pandemico in Marzo/Aprile 2020.



Synchronicity of Deaths in the Pandemic



CARL HENEGHAN



TOM JEFFERSON

Analysing the simultaneous occurrence of deaths

20 AGO 2023

Cause picchi di mortalità?

Ad aprile ogni contea Inglese ha avuto aumenti sincroni.

Il virus ha colpito esattamente nello stesso momento in tutta l'Inghilterra??

O erano in gioco altri fattori

Weekly provisional figures of deaths registered in England and Wales based on week 26 data



COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community

NICE guideline [NG163] Published date: **03 April 2020** [Guidance](#) [Tools and resources](#)

4. Managing cough

Table 1 Treatments for managing cough in adults aged 18 years and over

Treatment	Dosage
<u>Initial management: use simple non-drug measures, for example taking honey</u>	<u>A teaspoon of honey</u> (dose insufficiente) 
<u>First choice, only if cough is distressing: codeine linctus (15 mg/5 ml) or codeine phosphate tablets (15 mg, 30 mg)</u>	15 mg to 30 mg every 4 hours as required, up to 4 doses in 24 hours <u>If necessary, increase dose to a maximum of 30 mg to 60 mg 4 times a day (maximum 240 mg in 24 hours)</u>
<u>Second choice, only if cough is distressing: morphine sulfate oral solution (10 mg/5 ml)</u>	2.5 mg to 5 mg when required every 4 hours <u>Increase up to 5 mg to 10 mg every 4 hours as required</u> If the patient is already taking regular morphine increase the regular dose by a third

5 Managing fever

5.1 - Be aware that, on average, fever is most common 5 days after exposure to the infection.

5.3 - Do not use antipyretics with the sole aim of reducing body temperature

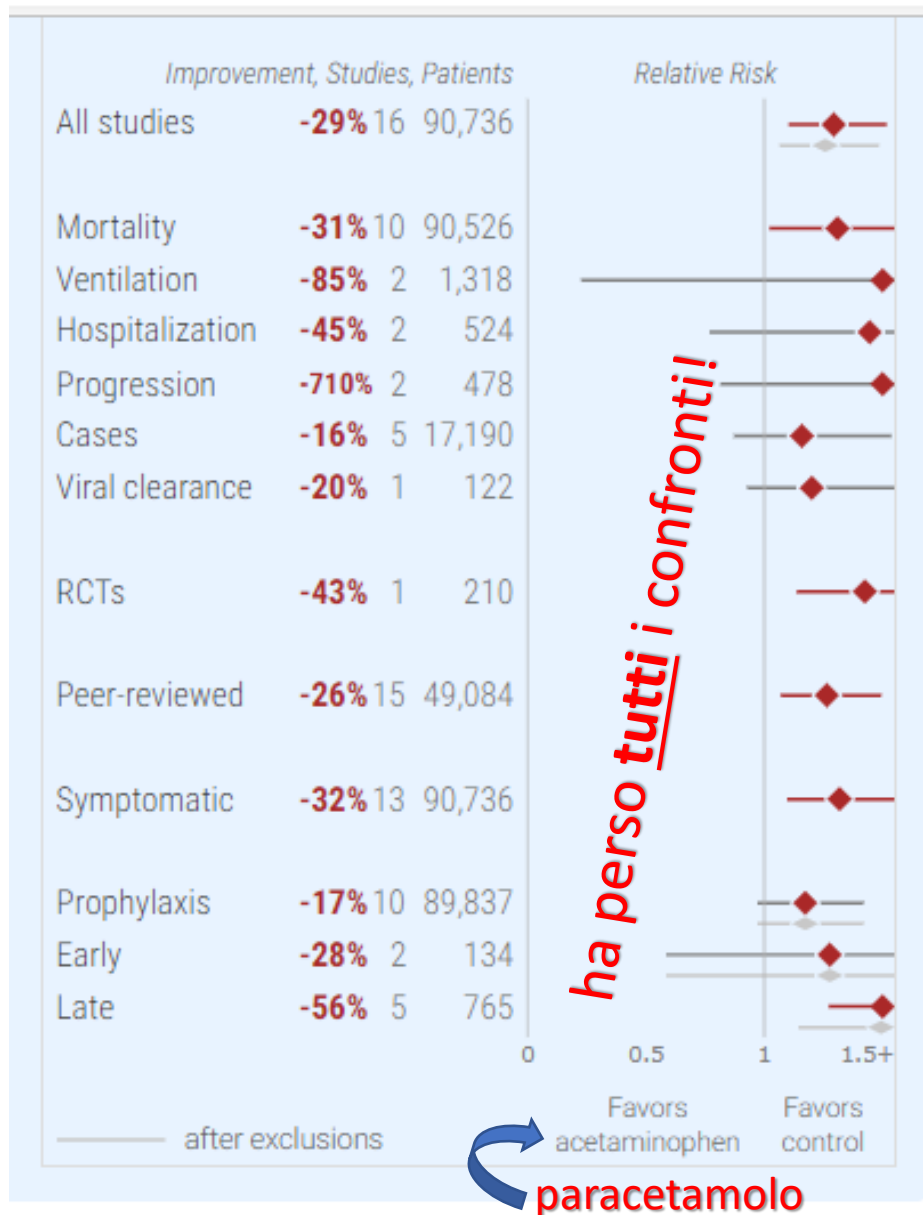
5.4 - Advise patients to **take paracetamol if they have fever and other symptoms that antipyretics would help treat.** Tell them to **continue only while the symptoms of fever and the other symptoms are present.**

Until there is more evidence, paracetamol is preferred to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for patients with COVID-19

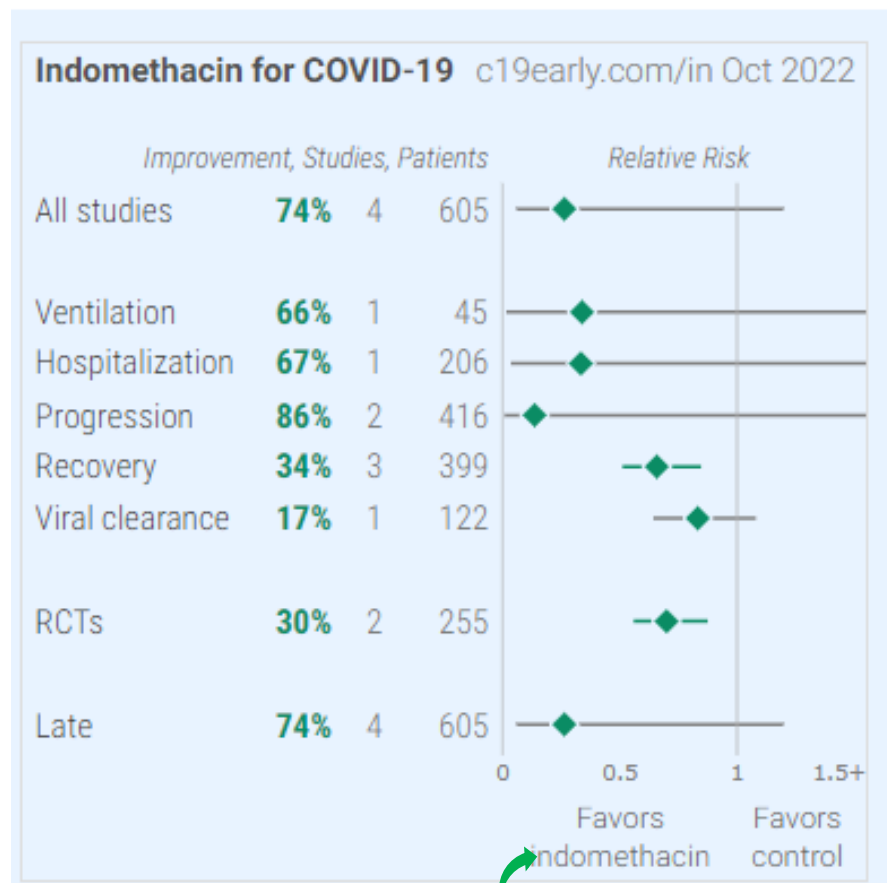
Table 2 Antipyretics for managing fever in adults and children

Treatment	Dosage
<u>Adults (18 years and over): paracetamol</u> (istruzioni del tutto inadeguate)	<u>0.5 g to 1 g every 4 to 6 hours, maximum 4 g per day</u> (dosi a rischio di eccesso)
Children and young people over 1 month and under 18 years: paracetamol	See the dosing information on the pack or the BNF for children

... e, fino a quel momento, tener conto degli studi esistenti (benché non conclusivi):



COVID-19 early treatment: real-time analysis of 2,233 studies (c19early.com)



6 Managing breathlessness

6.5 - Consider an **opioid and benzodiazepine** combination (see [tables 4](#) and [5](#)) for patients with COVID-19 who:

- are at the end of life and
- have moderate to severe breathlessness and
- are distressed

Table 4 End-of-life treatments for managing breathlessness for patients aged 18 years and over

Clinical scenario	Treatment
Opioid naive (not currently taking opioids) and able to swallow	Oral treatment <u>Morphine sulfate immediate-release 2.5 mg to 5 mg every 2 to 4 hours as required or</u> <u>morphine sulfate modified-release 5 mg twice a day, increased as necessary (maximum 30 mg daily)</u>
Already taking regular opioids for other reasons (for example, pain relief)	Oral treatment Morphine sulfate immediate-release 5 mg to 10 mg every 2 to 4 hours as required or one twelfth of the 24-hour dose for pain, whichever is greater
Unable to swallow	Parenteral treatment <u>Morphine sulfate 1 mg to 2 mg subcutaneously every 2 to 4 hours as required, increasing the dose as necessary</u>

NB: Linee guida poi ritirate...

Copiate da pz tumorali in fin di vita,
ma questi erano pz con problemi respiratori...

Add a benzodiazepine if required

For breathlessness and anxiety: lorazepam 0.5 mg sublingually when required
(maximum 4 mg daily)

Reduce the dose to 0.25 mg to 0.5 mg in elderly or debilitated patients
(maximum 2 mg in 24 hours)

For associated agitation or distress: midazolam 2.5 mg to 5 mg subcutaneously
when required (see [BNF](#) for more details on dosages)

Sedation and opioid use should not be withheld because of a fear of causing
respiratory depression

Sedation and opioid use should not be withheld because of an
inappropriate fear of causing respiratory depression.

NON HAI CAPITO?



ORIGINAL RESEARCH

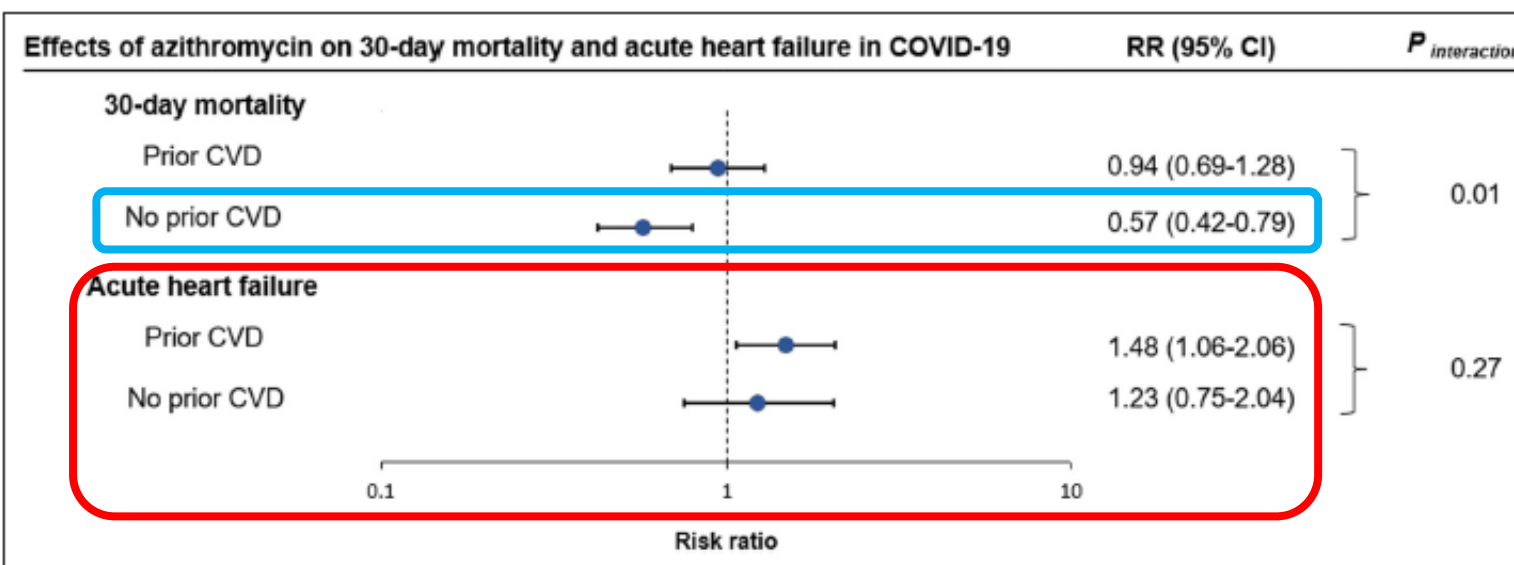
J Am Heart Assoc. 2023;12:e028939.

DOI: 10.1161/JAHA.122.028939

Relationship Between Azithromycin and Cardiovascular Outcomes in Unvaccinated Patients With COVID-19 and Preexisting Cardiovascular Disease

Maria Bergami , MD, PhD*; Olivia Manfrini , MD*; Stefano Nava , MD; Gaetano Caramori , MD, PhD;

Registri di quasi 3.000 ricoverati COVID trattati con cure correnti o anche azitromicina.



Benefici in non cardiopatici, ma **in tutti aumenta SC** (benché migliori IRA e scompenso respiratorio) → antibiotico discutibile...

Figure 1. Effects of azithromycin on 30-day mortality and acute heart failure in COVID-19. CVD indicates cardiovascular disease; and RR, risk ratio.

Ongoing symptoms and functional impairment 12 weeks after testing positive to SARS-CoV-2 or influenza in Australia: an observational cohort study

Matthew Brown, John Gerrard, Lynne McKinlay, John Marquess, Te

Authors

Matthew Brown: matthew.brown@health.qld.gov.au

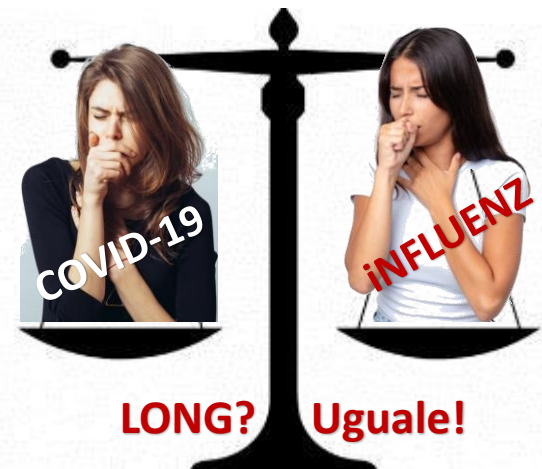
Queensland Health

33 Charlotte Street

Brisbane QLD 4001 Australia

Results

**Long-COVID?
Long-tutto!**



There were 2 195 and 951 participants in the COVID-19 and influenza-positive cohorts respectively. After controlling for potential predictor variables, we found no evidence to suggest adults with COVID-19 were more likely to have ongoing symptoms (21.4% vs 23.0%, aOR 1.18; 95% CI 0.92-1.50) or moderate to severe functional impairment (4.1% vs 4.4%, OR 0.81; 95% CI 0.55-1.20) at 12 weeks after their diagnosis than adults who had influenza.

Dopo 12 settimane da	→ COVID-19	→ influenza	OR aggiustato
Sintomi persistenti	21,4%	23,0%	1,18 (n.s.)
Compromissione funzionale da moderata a severa	4,1%	4,4%	0,81 (n.s.)

MMWR | August 11, 2023 | Vol. 72 | No. 32

Prevalence of Symptoms ≤ 12 Months After Acute Illness, by COVID-19 Testing Status Among Adults — United States, December 2020–March 2023

Juan Carlos C. Montoy, MD, PhD¹; James Ford, MD¹; Huihui Yu, PhD^{2,3}; Michael Gottlieb, MD⁴; Dana Morse⁵; Michelle Santangelo, MS⁶; Kelli N. O’Laughlin, MD^{7,8}; Kevin Schaeffer⁹; Pamela Logan, MD¹⁰; Kristin Rising, MD^{11,12}; Mandy J. Hill, DrPH¹³; Lauren E. Wisk, PhD¹⁴; Wafah Salah¹⁵; Ahamed H. Idris, MD¹⁶; Ryan M. Huebinger, MD¹³; Erica S. Spatz, MD^{2,3}; Robert M. Rodriguez, MD¹; Robin E. Klabbers, MSc⁸; Kristyn Gatling, MA⁶; Ralph C. Wang, MD¹; Joann G. Elmore, MD^{17,18}; Samuel A. McDonald, MD^{19,20}; Kari A. Stephens, PhD^{21,22}; Robert A. Weinstein, MD^{23,24}; Arjun K. Venkatesh, MD^{3,25}; Sharon Saydah, PhD¹⁰; Innovative Support for Patients with SARS-CoV-2 Infections Registry (INSPIRE) Group

Che cosa aggiunge questo rapporto?

In uno studio multicentrico su adulti con malattia simile alla COVID, la prevalenza dei sintomi è diminuita nel tempo dopo la fase acuta.

~16% degli adulti che hanno avuto sintomi simil-COVID hanno riportato sintomi persistenti a 12 mesi **sia quelli risultati positivi al test per SARS-CoV-2, sia quelli negativi (!)**. A 3, 6, 9 e 12 mesi dopo il test, alcuni avevano sintomi in corso, e altri sintomi emergenti non segnalati prima.

Quali implicazioni per la pratica della sanità pubblica?

I sanitari dovrebbero essere consapevoli che i sintomi possono persistere, emergere, riemergere o risolversi dopo una malattia simile alla COVID e **non sono esclusivi della COVID-19 o delle condizioni post-COVID.**

Anche per i **CDC...**

