

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

(47° incontro, 1-10-'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. Roberto
Martina

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 sulle linee guida del Consiglio Direttivo, Comitato scientifico e Commissioni.

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

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

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- Vaccinazione antinfluenzale a tappeto nei bambini? perché **no** (da S 6)
- Censure generalizzate alle posizioni critiche, sistematica soppressione dei dati scomodi, e quando non basta... (da S 13)
- Sempre più prove di negativizzazione di «protezione» vaccinale (da S 14)
- Cambio razionale di paradigma per la comunità (da S 18), anche per i sanitari (da S 20)
- Cadono anche i miti della celebrata protezione ibrida (da S 23)
- Eccessi mortalità fetale (x vaccinaz. gravide) mascherati da illusione stat.? (da S 36)
- Eccessi di mio- pericarditi con sorveglianza attiva: la proposta CMSi (da S 42)
- Eccessi di eventi CV anche nei giovani canadesi (da S 43)
- Mortalità italiana e altri paesi EU durante la pandemia (da S 44)
- Come fermare l'avanzata del totalitarismo? (da S 48)
- Può morire in eccesso anche chi oggi crede di avere vantaggi (e i suoi cari) (da S 55)
- Ancora su terapie futili per la COVID-19: Vit. D; fluticasone inalatorio (da S 58)



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 →)

Che cosa dice la Società Italiana di Pediatria (SIP) sull'antinfluenzale

News vaccini



Vaccino Covid-19, ecco le FAQ della Società Italiana di Pediatria

Una mappa aggiornata, dedicata soprattutto al personale operante nell'attività vaccinale Covid-19, per rispondere in modo esaustivo ai dubbi più frequenti delle famiglie

[Read More »](#)



Vaccinazioni e Covid nei bambini 6 mesi /4 anni, la circolare ministeriale

Il Ministero della Salute ha esteso la raccomandazione alla vaccinazione contro il Covid ai bambini nella fascia 6 mesi 4 anni (compresi) che presentano condizioni di fragilità puntualmente indicate nella circolare. Tale vaccino potrà essere disponibile anche per i bambini che non presentano tali condizioni su richiesta del genitore (non c'è quindi raccomandazione per i sani). Sono previste tre dosi (da 0,2 ml) con seconda dose a 3 settimane dalla prima e terza dose a 8 settimane dopo la seconda. Tutti i dettagli nella circolare

[Leggi tutto »](#)



Vaccinazione Covid-19 in gravidanza e allattamento, aggiornate le indicazioni dell'Iss

"Richiamo efficace e sicuro"

[Leggi tutto »](#)



Vaccinazioni Covid e bambini, le riflessioni del Tavolo Tecnico SIP

Pubblicato su Lancet uno studio retrospettivo¹ elaborato dall'ISS, che ha stimato l'efficacia del vaccino contro l'infezione da SARS-CoV-2 e la forma grave di COVID-19 nei bambini nella fascia di età di compresa tra 5 e 11 anni. Alla luce dei risultati di questo studio, così come di altri, il Tavolo Tecnico Vaccinazioni e Malattie Infettive della SIP ha elaborato un documento con alcune riflessioni

[Leggi tutto »](#)

Influenza: Villani (Sip), auspicabile vaccinare tutti i bimbi sotto 6 anni **Gruppo prioritario!**

Scorso anno molti ricoveri e accessi al PS tra i più piccoli

«Tantissimi infatti sono ogni anno i piccoli che vengono ricoverati o accedono al pronto soccorso per patologie legate a complicanze del virus influenzale". A dirlo è il presidente della Società italiana di pediatria (Sip) Alberto Villani, in vista dell'apertura della campagna per la vaccinazione antinfluenzale.»

In base al PNPV, spiega Villani, "è già gratuito per bambini a rischio... Ma **sarebbe in generale auspicabile**, sottolinea l'esperto, "**che a farlo fossero tutti i bimbi piccoli** che frequentano nido o scuola materna, anche se ad oggi non è gratuito. Significherebbe avere benefici anche dal punto di vista economico, oltre che della salute.

Il vaccino contro l'influenza sopra i 6 mesi si può somministrare a chiunque. Per proteggere i neonati <6 mesi, precisa Villani, «a vaccinarsi possono e **dovrebbero** essere **i genitori e i familiari a stretto contatto**». (ANSA).

Prove da RCT? Eccole in un RCT da 6 a 11 anni →

Increased Risk of Noninfluenza Respiratory Virus Infections Associated With Receipt of Inactivated Influenza Vaccine

Benjamin J. Cowling,¹ Vicky J. Fang,¹ Hiroshi Nishiura,^{1,2} Kwok-Hung Chan,³ Sophia Ng,¹ Dennis K. M. Ip,¹ Susan S. Chiu,⁴ Gabriel M. Leung,¹ and J. S. Malik Peiris^{1,5}

¹School of Public Health, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong SAR, China; ²PRESTO, Japan Science and Technology Agency, Saitama; ³Department of Microbiology, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, ⁴Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, The University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, and ⁵Centre for Influenza Research, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Pokfulam, Hong Kong SAR, China

Prof. Benjamin
John Cowling



TIV verso Placebo:

Influenza stagionale -30

Virus non influenzali +302

(di cui **Rinovirus +171**

Coxsackie/ecovirus +160

Altri virus respirat. +68)

Mal. resp. virus non identif. -43

Mal. resp. campioni non raccolti -28

Virosi totali: TIV +201

We randomized 115 children to trivalent inactivated influenza vaccine (TIV) or placebo. Over the following 9 months, TIV recipients had an increased risk of virologically-confirmed non-influenza infections (relative risk: 4.40; 95% confidence interval: 1.31-14.8). Being protected against influenza, TIV recipients may lack temporary non-specific immunity that protected against other respiratory viruses.

Vaccines for preventing influenza in healthy children

Jefferson T, Rivetti A, Di Pietrantonj C, Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2018**, Issue 2. Art. No.: CD004879.

La Cochrane è un po' più ottimista: **20 bambini dovrebbero esser vaccinati per prevenire 1 sindrome influenzale/ILI** (riduzione assoluta ILI 8%) [anche se i casi di **Otite media acuta** nei vaccinati hanno avuto un **aumento assoluto del 4%**]

Dunque, nonostante il vaccino, 19 ILI su 20...



Ma come **Otite media acuta** i numeri dicono **+1** ...



ogni 25 vaccinati contro l'influenza...

Updated COVID-19 Vaccine Now Available in US, Recommended for Everyone Older Than 6 Months

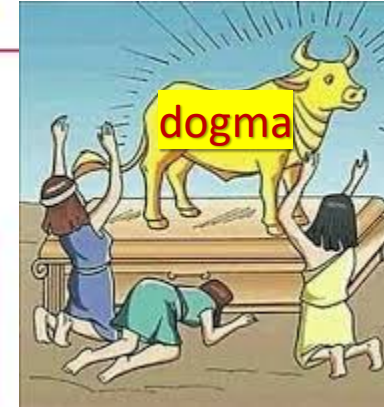
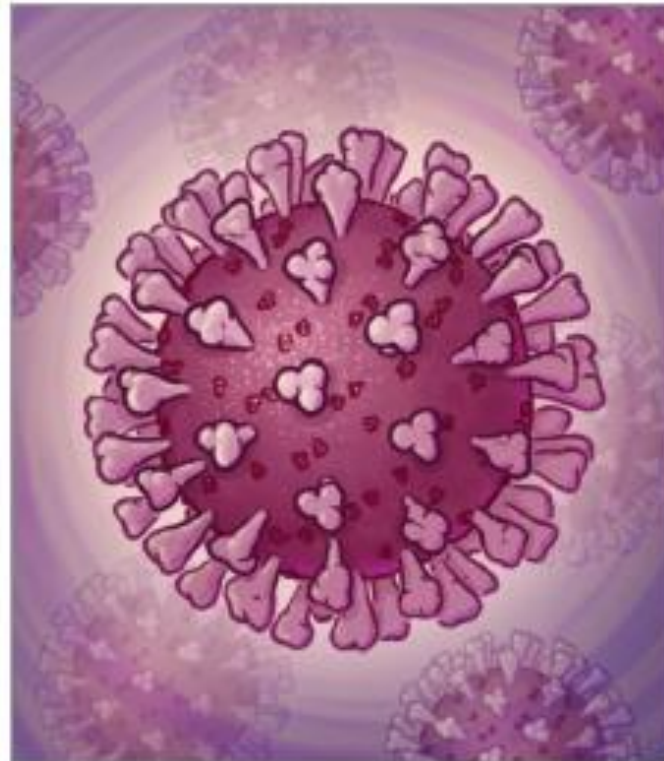
Rita Rubin, MA JAMA Published online Sept 18, 2023
doi:10.1001/jama.2023.19759

The US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) on September 12 recommended that everyone 6 months or older get a new COVID-19 monovalent vaccine targeting the Omicron sub-variant XBB.1.5.

The CDC's move came the day after the US Food and Drug Administration (FDA) approved Moderna's and Pfizer-BioNTech's updated COVID-19 messenger RNA (mRNA) vaccines for people 12 years or older and authorized the shots for emergency use in children 6 months through 11 years of age.



Medical News website



**Come fate
a non fidarvi
de *La Scienza*?!**

... anche perché, se dopo si sviluppa un Long-COVID?! →

Figure 2. Resolution of Symptoms After Positive Polymerase Chain Reaction Result for SARS-CoV-2: Kaplan-Meier Survival Estimate



Coorte di 1026 bambini Canadesi, media 10 aa. campione reclutato *prima* della pandemia, e osservato da Agosto 2020 a Maggio 2021, tutti positivi a SARS-CoV-2.

Ben lo 0,4% (!) ha avuto Post-COVID-19.

Tempo medio a rischio

4 settimane per:

- rinite
- mal di gola
- mal di testa

2 settimane per:

- tosse
- febbre
- affaticamento



Dott. Fernando Lunedì,
Referente di un ambulatorio di Veroli (Frosinone)
dedicato a pz Long-Covid,
intervistato da Tgr Lazio,
su RAI 3, in diretta.

Giornalista: *Chi ha avuto il
vaccino o non l'ha avuto fa
differenza rispetto al long
covid?*

*... È una sindrome che va
distinta, **Il Long covid in un
vaccinato sicuramente ha
una pertinenza maggiore
rispetto al pz che non lo è.***

Giornalista: *Cioè? Il **vaccino**
**può essere un elemento
scatenante del long covid?***

*... No, **può essere uno strumento che complica sicuramente l'infezione da covid.**»*

Il Video del Colloquio è sparito dal sito Web...!



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

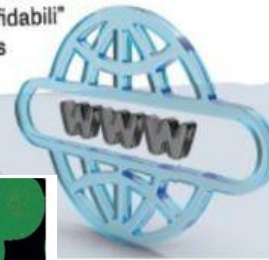
Il Dsa verrà applicato a tutte le altre piattaforme

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»

I dati diventano ingestibili? Sopprimerli!

MATTIAS DESMET
PSICOLOGIA
DEL TOTALITARISMO

Propaganda USA (... e getta!)

Updated 2023 fall vaccine chart

Plus a note on insurance
and free antigen tests



Katelyn Jetelina ✓

@YOURLOCALEPIDEMIOLOGIST • 205K+ SUBSCRIBERS

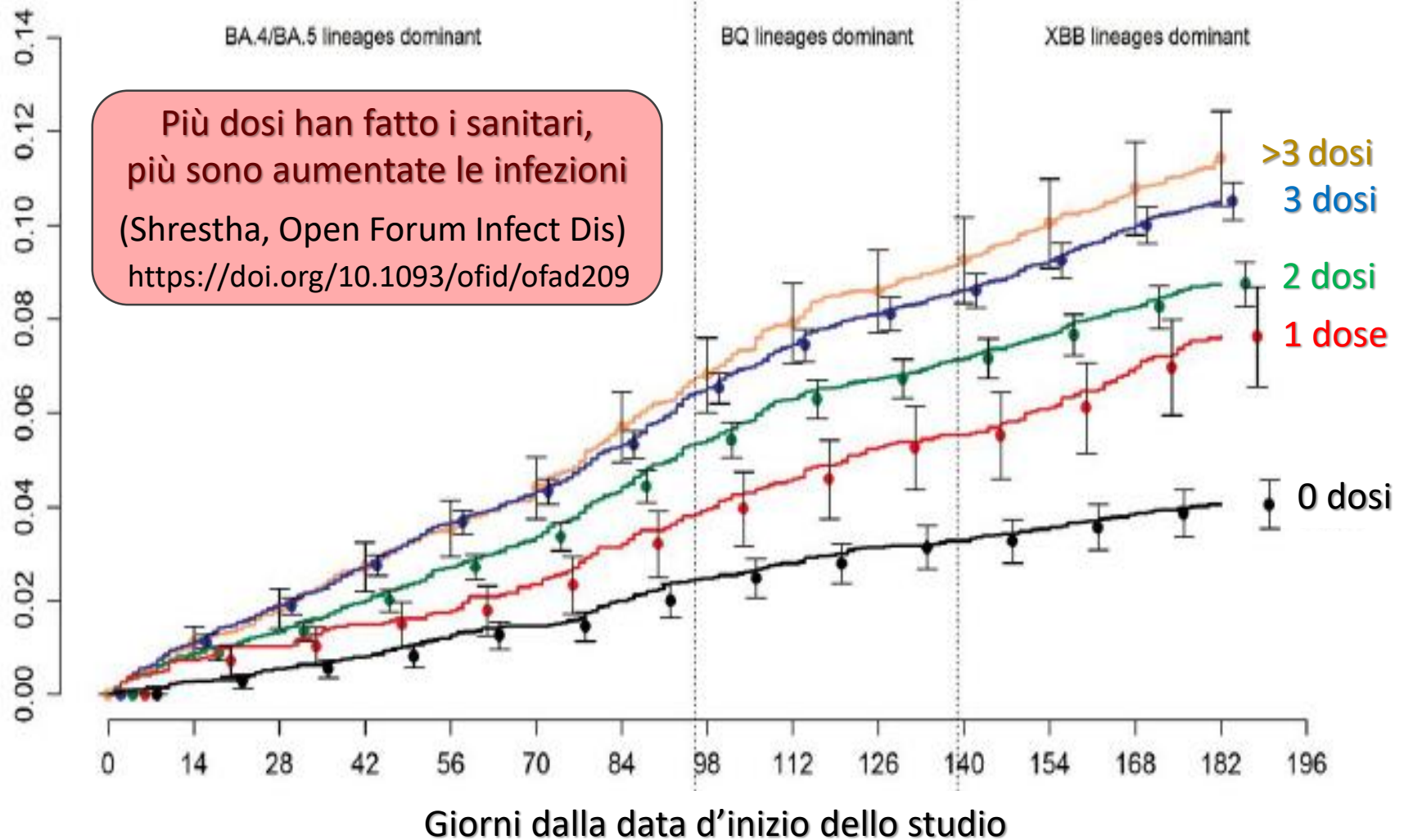
An epidemiologist trying to make sense of this world

Version: Sept 2023

	What are the options?	Who is eligible?	How well do they work?	When should I get it?
INFLUENZA	 A shot that targets 4 strains of seasonal flu	6 months and older	Reduces the risk of going to the doctor by 53%	October is ideal, as vaccine protection wanes over a season
COVID-19	 Updated vaccine formula targeting XBB – an Omicron subvariant Options: Moderna and Pfizer (mRNA). Novavax (protein) available soon	6 months and older	Last year, the fall COVID-19 vaccine provided 40-60% additional effectiveness against severe disease	Protection against severe disease : Get now Protection against infection : Best to get right before a wave, which can be challenging to time Recently infected? Wait at least 3-4 months
RSV (OLDER ADULTS)	 2 options: GSK and Pfizer. They are slightly different in design, but only at a microscopic level	60 years and older	82-86% efficacy against severe disease	Now; no need to juggle timing as protection is durable
RSV (PREGNANCY)	 Pfizer is actively seeking approval	Pregnant people (then protection will pass to baby for protection in first 6 months of life)	82% efficacy in preventing hospitalization in first 3 months of life. 69% efficacy after 6 months	It's not available yet but once approved, get at 24 to 36 weeks of pregnancy
RSV MONOCLONAL ANTIBODY	 This is not a vaccine (doesn't teach the body to make antibodies) but rather a proactive medication (provides antibodies)	All infants <8 months. High-risk infants 8-19 months	Reduces risk of hospitalization and healthcare visits by ~80%	Will be available soon. Protection lasts 4-6 months

By: Katelyn Jetelina, MPH PHD and Caitlin Rivers, MPH PHD. For more information go to Your Local Epidemiologist

Incidenza cumulativa di COVID-19 (proporzioni)



Nos. at risk:

0 doses	5738	5683	5628	5583	5528	5485	5449	5406	5333	5260	5208	5156	5108	5067
1 dose	2359	2340	2333	2328	2324	2325	2322	2299	2268	2236	2214	2187	2157	2127
2 doses	13 784	13 693	13 654	13 758	13 757	13 787	13 714	13 569	13 381	13 200	13 059	12 907	12 751	12 597
3 doses	20 908	21 024	21 159	21 368	21 509	21 609	21 702	21 555	21 257	21 020	20 841	20 613	20 398	20 187
>3 doses	3634	3630	3631	3659	3685	3675	3642	3614	3548	3488	3452	3407	3368	3338

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

COVID-19 Infection Rates in Vaccinated and Unvaccinated Inmates: A Retrospective Cohort Study

Review began 08/16/2023

Review ended 08/23/2023

Published 09/04/2023

© Copyright 2023

Ko 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.

Luke Ko ¹, Gary Malet ², Lisa L. Chang ³, Huu Nguyen ², Robert Mayes ²

1. Biomedical Sciences Pathway Program, California High School, San Ramon, USA 2. Internal Medicine, California Correctional Healthcare Services, Stockton, USA 3. College of Education, Governors State University, University Park, USA

Corresponding author: Luke Ko, bigko7777@gmail.com

	Statewide	Age ≥ 50	Age ≥ 65
Bivalent vaccinated	11877/36500 3.24% (CI: 3.06-3.42%)	659/16179 4.07% (CI: 3.77-4.37%)	208/4580 6.45% (CI: 5.74-7.16%)
Unvaccinated	588/20880 2.72% (CI: 2.50-2.94%)	88/2702 3.1% (CI: 2.48-3.74%)	19/442 4.5% (CI: 2.57-6.43%)
Range	0.52% +19% signif.	0.97% +31% signif.	1.95% +43% n.s.

TABLE 1: Infection Rates (Number of COVID-19 Infections/Number of the Population) During January–July 2023 (95% Confidence Interval)

Gli autori comunque in: articolo, discussione, conclusioni sminuiscono i propri dati:
«... our results are *perplexing*...»

«This study supports the benefits of COVID-19 vaccination at a population level, especially in vulnerable, high density settings»



(*ammettono*:) «**Lack of data on hospitalizations**

We do not have data on how many (if any) COVID-19 infections led to hospitalizations during our six-month study, but we expect the number to be minuscule.»



(*tuttavia non resistono*:) «Although effectiveness wanes, vaccine-induced immunity continues to reduce the risk of severe disease, and repeat vaccination is associated with a relative increase in efficacy over several months.»

(*mantra*:) «... Vaccination remains crucial in mitigating the spread of COVID-19 ...»

(*continuano a minimizzare*:) «... the absolute difference in infection rates is *negligible*. In the older age group (≥ 65 years), there was no significant difference in infection rates between the two groups...»

(*non digeriscono proprio i risultati*:) «... *may* not significantly reduce the risk of overall infections. Further research is *needed to understand the reasons* ... and to *consider other factors, such as underlying health conditions*.»



Cambi di paradigma per la comunità

I **non** vaccinati COVID **guariti**
sono protetti da COVID grave
in modo efficace e duraturo.

Non hanno bisogno di dosi!

Inoltre:

Chi si (ri)vaccina COVID
(senza forti motivi di salute)
può danneggiare anche te:

digli di smettere



Chi si (ri)vaccina*
per COVID-19
(senza forti
motivi di salute)
può danneggiare
anche te:

digli di smettere

* nonostante i
tentativi di negarlo, ci
sono **sempre maggiori
prove di progressiva e
maggiore suscettibilità
a infezioni**
(e a trasmetterle)
**da parte di chi si vaccina
e rivaccina COVID**



Ma per la tenuta degli Ospedali? Giudicate voi!



Public Health 222 (2023) 186–195

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

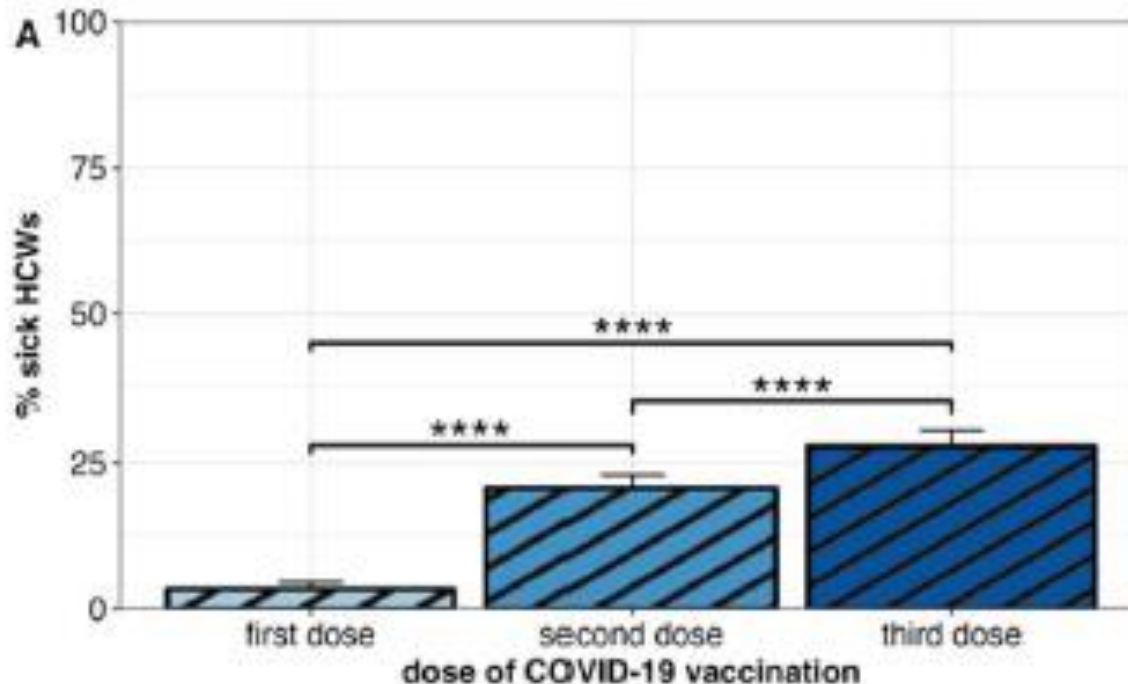
Original Research

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.07.008>

Inability to work following COVID-19 vaccination—a relevant aspect for future booster vaccinations

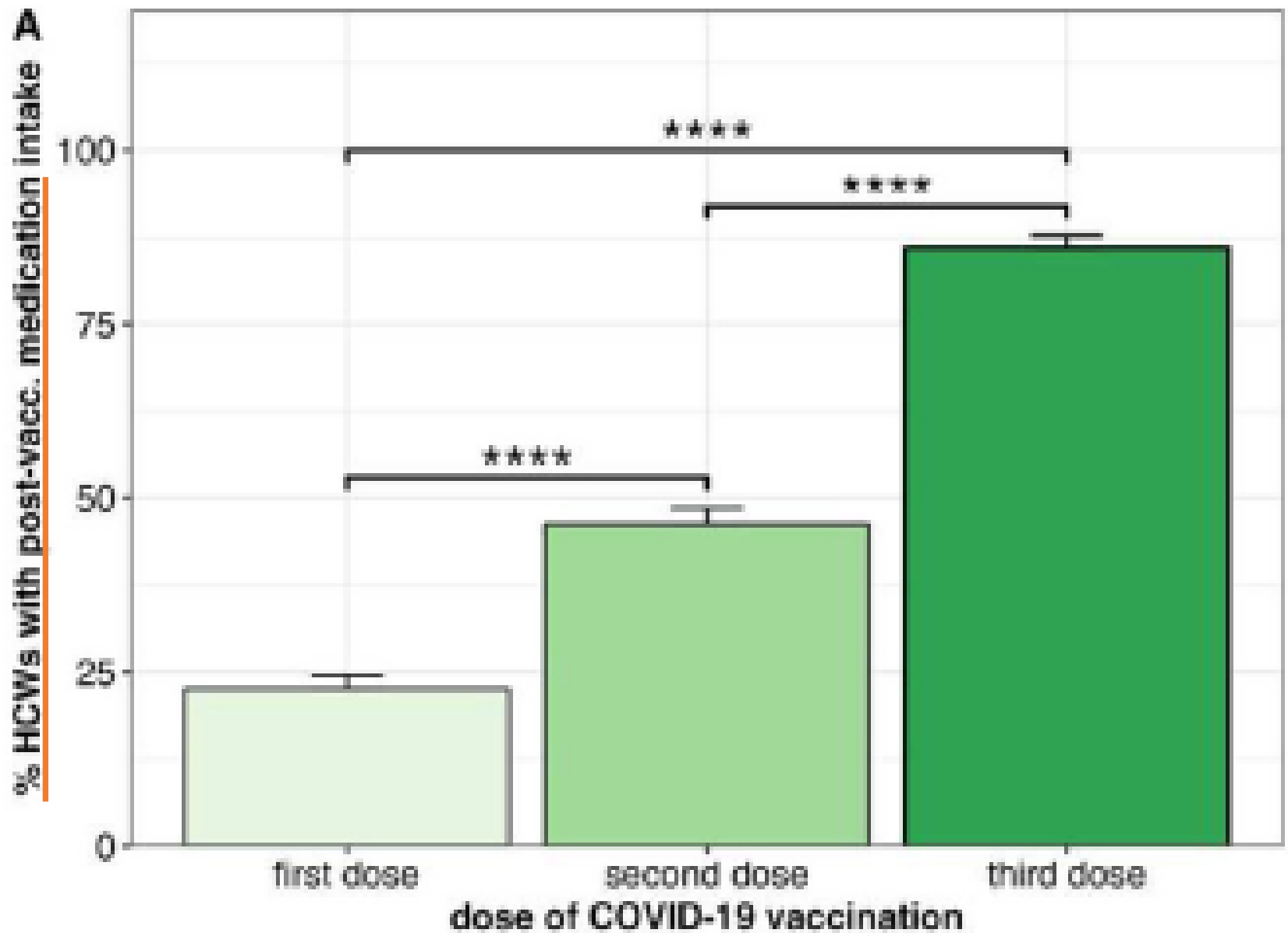
J. Reusch ^{a,b,h}, I. Wagenhäuser ^{a,b,h}, A. Gabel ^a, A. Höhn ^a, T.-T. Lâm ^c, L.B. Krone ^{d,e},
A. Frey ^b, A. Schubert-Unkmeir ^c, L. Dölken ^f, S. Frantz ^b, O. Kurzai ^{c,g}, U. Vogel ^{a,c},
M. Krone ^{a,c,i}, N. Petri ^{b,*,i}

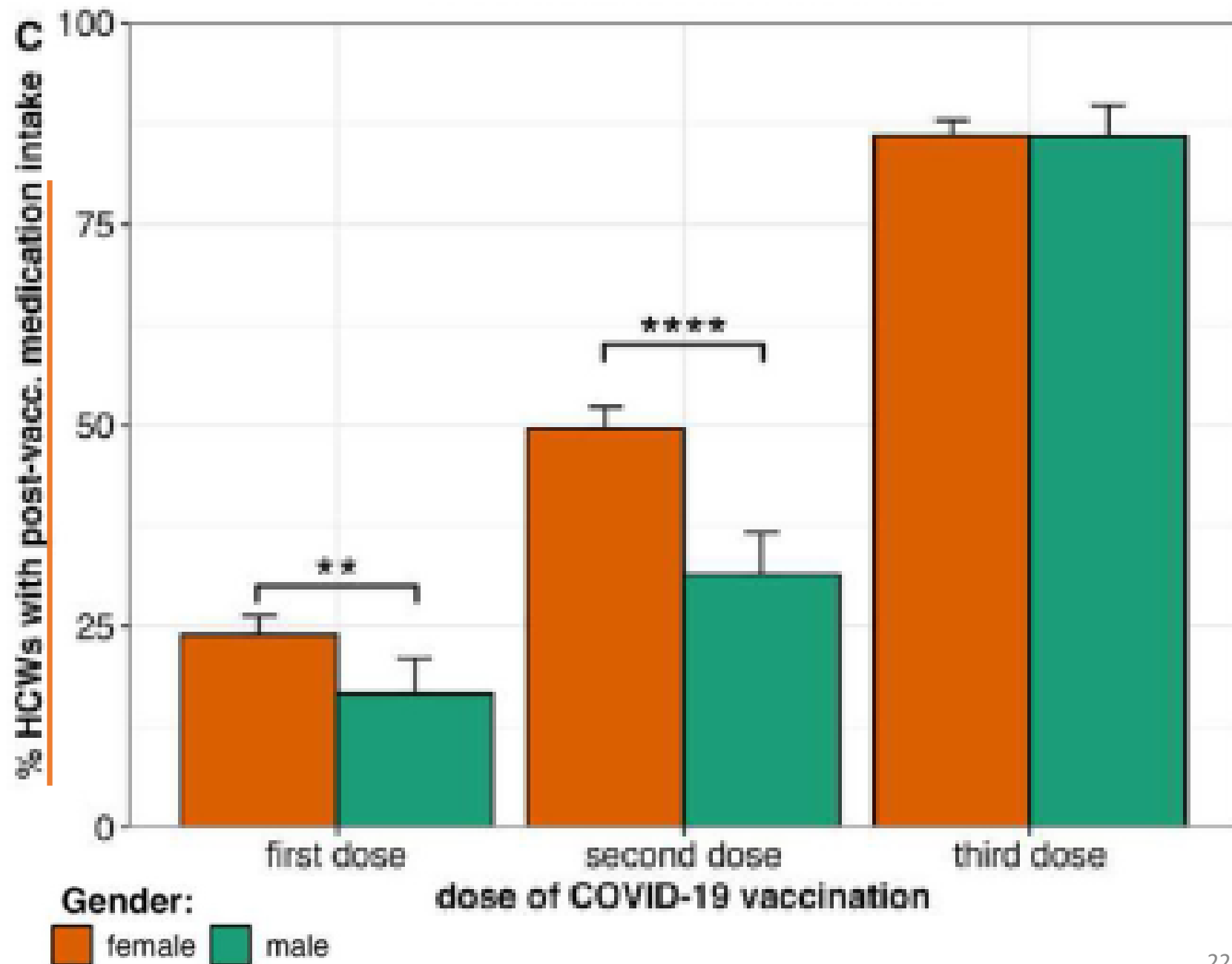
^a Infection Control and Antimicrobial Stewardship Unit, University Hospital Würzburg, Würzburg, Germany ...



Il **35%** di >1.700 **lavoratori** della Sanità tedesca sono stati **in malattia dopo le dosi** (soprattutto **2^a** e **3^a**) di vaccini COVID, per un totale di **1.550 giorni di malattia**.

Non c'era ancora **bivalente** (che è poi stato **significat. peggio**)





Cadono i miti della celebrata *protezione ibrida*

SCIENCE ADVANCES | RESEARCH ARTICLE

CORONAVIRUS

Repetitive mRNA vaccination is required to improve the quality of broad-spectrum anti-SARS-CoV-2 antibodies in the absence of CXCL13

Marne Azarias Da Silva¹, Pierre Nioche^{1,2}, Calaisely Soudaramourty¹, Anne Bull-Maurer³, Mounira Tiouajni^{1,2}, Duchuan Kong^{4,5}, Ouafa Zghidi-Abouzid⁶, Morgane Picard¹, Ana Mendes-Frias^{7,8}, André Santa-Cruz^{7,8,9}, Alexandre Carvalho^{7,8,9}, Carlos Capela^{7,8,9},

Copyright © 2023 The Authors, some rights reserved; exclusive licensee American Association for the Advancement of Science. No claim to original U.S. Government Works. Distributed under a Creative Commons Attribution License 4.0 (CC BY).



Biased!
zeppo di errori fatali

Questo studio valuta qualità e quantità di anticorpi in quattro gruppi di persone:

1. infettati da SARS-CoV-2 e poi guariti, con immunità naturale
2. soggetti con immunità acquisita naturale, poi inoculati con vaccini a mRNA sintetico modificato, racchiuso in nanoparticelle lipidiche (d'ora in poi "iniezione COVID-19")
3. chi ha ricevuto due iniezioni di COVID-19
4. chi ha ricevuto tre iniezioni di COVID-19.



Il **titolo fuorviante** implica la necessità di una 3^a dose oltre alle prime due, ma i dati mostrano invece che i vaccini non offrono benefici aggiuntivi alla immunità acquisita in modo naturale. **Con questi vaccini, per mantenere il picco anticorpale artificiale ci si dovrebbe rivaccinare senza fine, a intervalli assurdi.**



[DR. BYRAM W. BRIDLE](#)

26 SET 2023

[Let's See How COVID-19 'Vaccine' Papers
Can Be Misleading \(substack.com\)](#)

Smonta criticamente l'articolo e l'immunità ibrida

Concetto importante: chi riceve due inoculi, al secondo monta una **risposta immune secondaria**, che genera **anticorpi di qualità superiore a quelli della risposta primaria**.

Perché il confronto con un **infetto naturale** sia equo, anche questo deve aver **incontrato il virus una seconda volta**. Gli studi non hanno finora fatto confronti di questo tipo, penalizzando in modo artificioso gli immuni naturali.

Un **altro trucco** iniquo è **testare la risposta immune naturale solo contro la spike**. Infatti l'infezione naturale immunizza **anche** verso il **nucleocapside**, e verso altri componenti del virus.

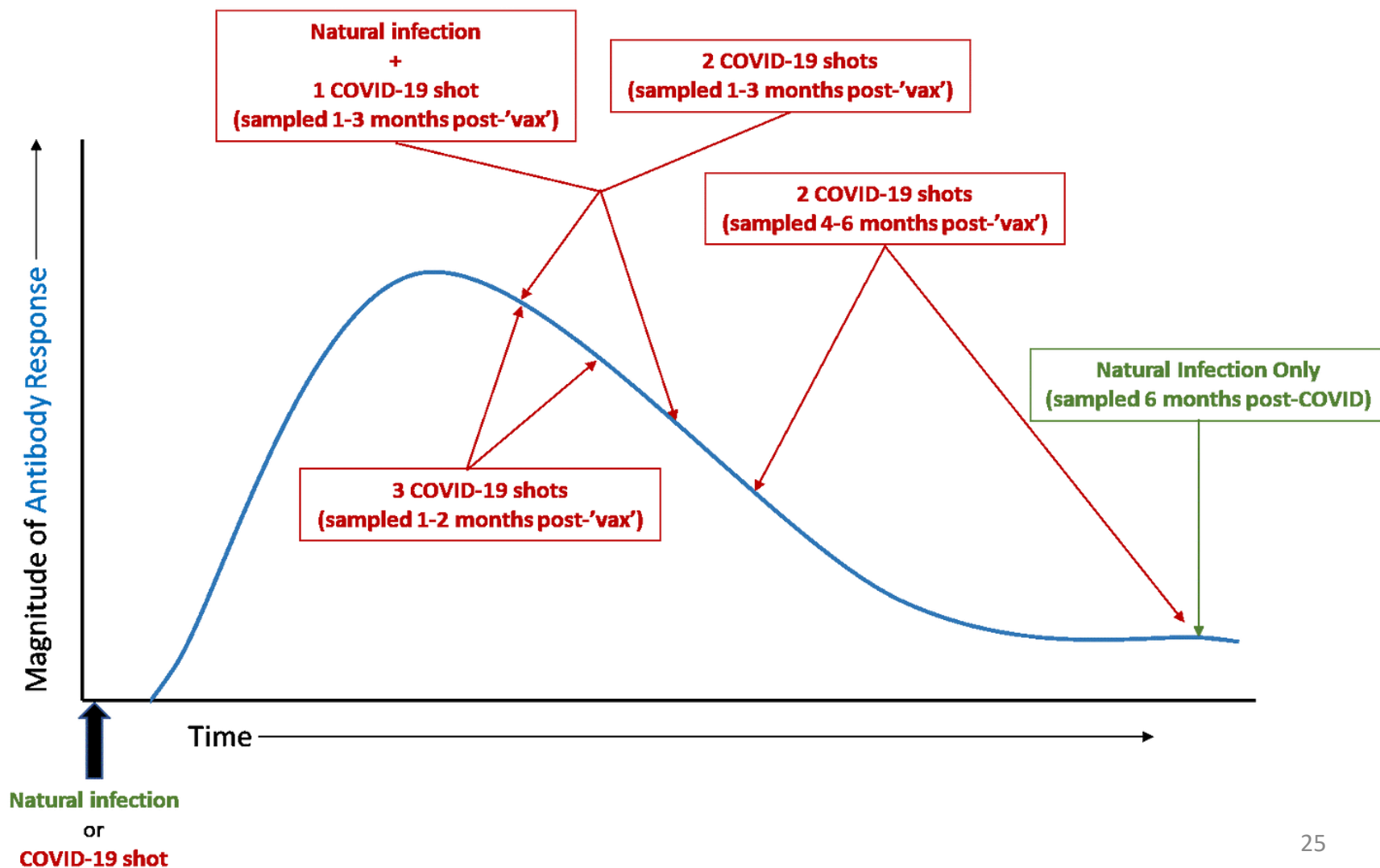
Inoltre, le **IgA mucosali** sono utili per **limitare la disseminazione virale e la malattia**, ma **quelle che contano sono nel tratto respiratorio, e le conferisce l'infezione naturale**.

Non sono la stessa cosa le IgA indotte nel sangue, come accade con i vaccini!

Bridle fa un'analisi critica degli **errori fatali** dell'articolo di Da Silva et al.

Errore fatale 1: i prelievi di sangue dovevano avvenire in tutti i gruppi al picco della risposta, o alla fine, quando sia raggiunto un plateau. Invece...

Schematic of Blood Sampling Timepoints: A Case Study in Biasing Results

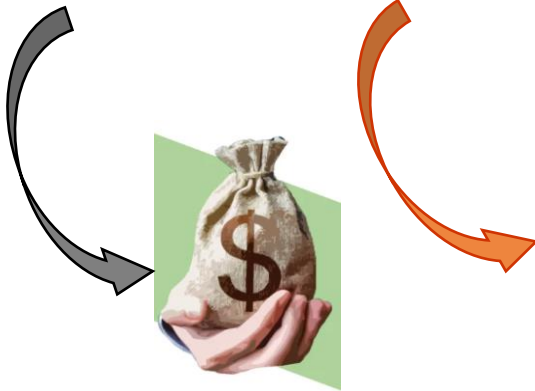


Errore fatale 2: è scorretto paragonare risposte *primarie* (in gran parte dei casi d'infezione naturale) con risposte *secondarie* (che sono superiori in quantità e qualità), Che conseguono a 2 o 3 inoculazioni di vaccino. Nonostante ciò, i dati dello studio provano la **superiorità dell'immunità naturale**, **pur in presenza di questo enorme bias**.

Errore fatale 3: gli autori non valutano la *risposta umorale*, ma **solo quella anticorpale**, **che è molto meno**! E, peggio ancora, **solo quella vs la spike**, non ad es. quella verso la **proteina N (nucleocapside)**, che **pure può neutralizzare il virus**.

Si pensi all'esempio di due investitori: il **primo** mette 1 milione di € tutto in una sola *azione*. Il **secondo** diversifica, e mette 500mila € in ciascuna di tre *azioni*. Chi è più ricco?

Se si guarda solo al primo stock, si potrebbe pensare sbagliando che sia il **primo**: 1 milione vs 500mila.



Ma la realtà ovvia è che è il **secondo** a essere più ricco.

COVID = COVI DUBBI?

Come possono dire che il vaccino è più immunizzante dell'infezione naturale?!?

Io la differenza la spiego così...

Gli antigeni del SARS-CoV-2 sono molti, quelli riconosciuti erano 29

29

Invece il vaccino è mirato contro un solo antigene

1

Table 1
Details on the SARS-CoV-2 proteins and their roles.

Proteins	Roles
Nsp1	inhibits host innate immune response; increases proinflammatory chemokine production
Nsp2	acts as an Nsp3 adaptor
PLpro/Nsp3	interacts with Nsp4 and Nsp6 and forms a complex; strips ubiquitin and blocks the host innate immune response
Nsp4	interacts with Nsp3 and Nsp6; anchors the replication complex to double-membrane vesicles
Nsp5/3CLPro	causes cleavage of viral polyproteins, thus decreasing individual Nsps
Nsp6	interacts with Nsp3 and Nsp4; limits the expansion of autophagosome and lysosomal viral degradation
Nsp7/primase	forms the primase complex as part of the replication complex (Nsp7/8/12); can perform both <i>de novo</i> initiation and primer extension
Nsp8/primase	interacts with Nsp7 and the Nsp7/Nsp8 complex, thus forming the RNA transcriptase-replicase complex; the Nsp7/Nsp8 complex stabilizes the Nsp12 regions involved in RNA binding
Nsp9/RNA-binding protein	interacts with the replication complex (Nsp7/8/12)
Nsp10	interacts with Nsp16, which is required for replication; stimulates Nsp16 methyltransferase activity; interacts with Nsp14, thus facilitating exoribonuclease and methyltransferase activities
Nsp12 (RNA-dependent RNA polymerase)	interacts with Nsp7 and Nsp8, thus forming an RNA transcriptase-replicase complex
Nsp13/NTase/helicase	initiates the capping of viral mRNA (along with Nsp14 and Nsp16) and installs the cap structure onto viral mRNA
methyltransferase/exoribonuclease/Nsp14	repairs mutation errors during replication; involved in viral mRNA capping
uridylyate-specific endoribonuclease/Nsp15	required for viral RNA synthesis
2'-O-methyltransferase/Nsp16	forms a complex with Nsp10; involved in the S-adenosyl-L-methionine cap methylation of mRNA
Nsp11	short peptide with unknown function
spike (S) protein	binds the ACE2 receptor on host cells and initiates viral fusion with the host cell membrane
envelope (E) protein	involved in viral assembly
membrane (M) protein	involved in viral assembly
nucleocapsid (N) protein	binds viral RNA
ORF3a	involved in the trafficking of S-protein and apoptosis
ORF3b	inhibits the activities of interferons
ORF6	interferon I antagonist that binds karyopherins and decreases the interferon/antiviral response
ORF7a	involved in virus-induced apoptosis; inhibits CD317, which prevents the release of CoVs
ORF7b	unknown function
ORF8	unknown function
ORF9b	involved in the degradation of signalosomes; limits host cell interferon responses
ORF9c	unknown
ORF10	unknown

Mishra SK, Tripathi T. One year update on the COVID-19 pandemic: Where are we now? Acta Trop. 2021 Feb;214:105778.

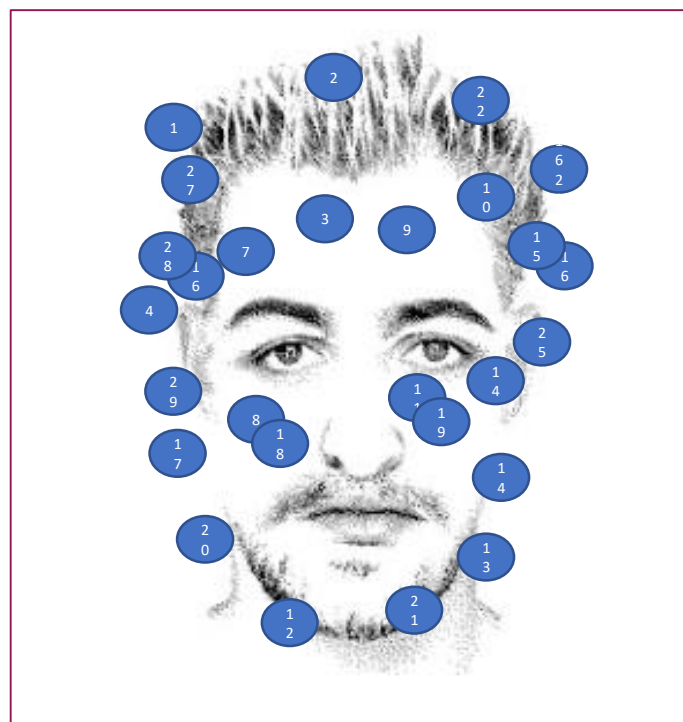
COVID = COVI DUBBI?

Come fanno a dire che il vaccino è più immunizzante dell'infezione naturale?!?

Io la differenza la spiego così...

Gli antigeni servono al sistema immunitario a fare un IDENTIKIT del potenziale aggressore

Tramite l'infezione naturale riconosciamo almeno 29 caratteristiche del delinquente

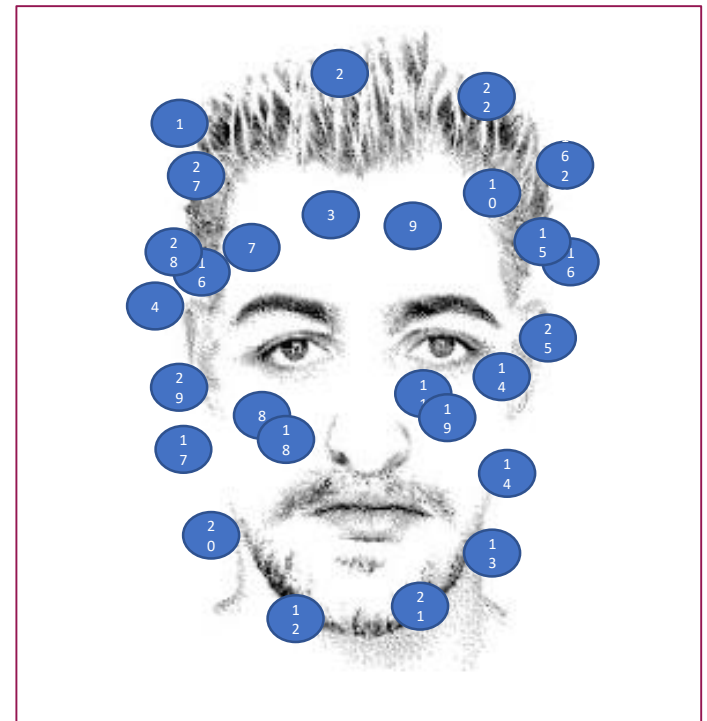


COVID = COVI DUBBI?

Come possono dire che il vaccino è più immunizzante dell'infezione naturale?!

Io la differenza la spiego così...

Con l'infezione naturale, anche se il delinquente cambiasse alcuni connotati, lo riconosceremmo comunque...



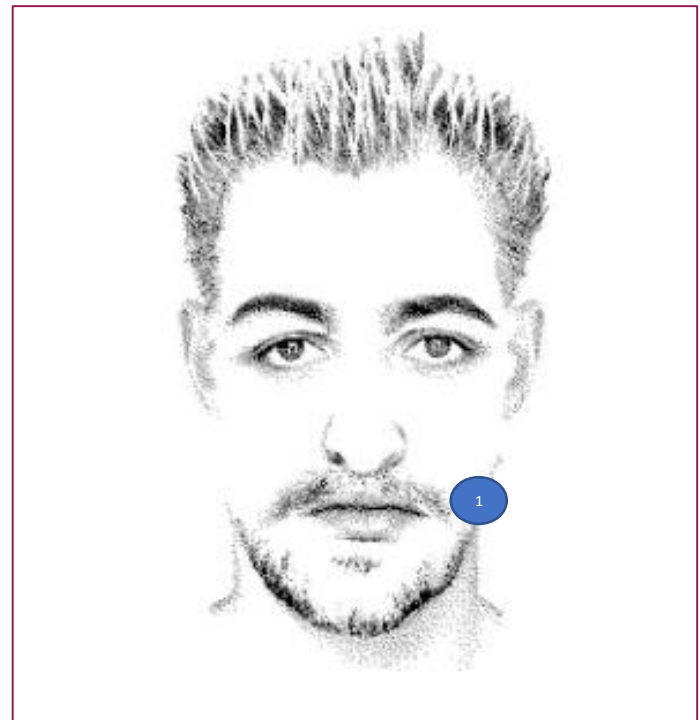
COVID = COVI DUBBI?

Come fanno a dire che il vaccino è più immunizzante dell'infezione naturale?!?

Io la differenza la spiego così...

Gli antigeni servono al sistema immunitario a fare un IDENTIKIT del potenziale aggressore

Con il vaccino riconosci solo 1 caratteristica del delinquente, per esempio i baffi...



COVID = COVI DUBBI?

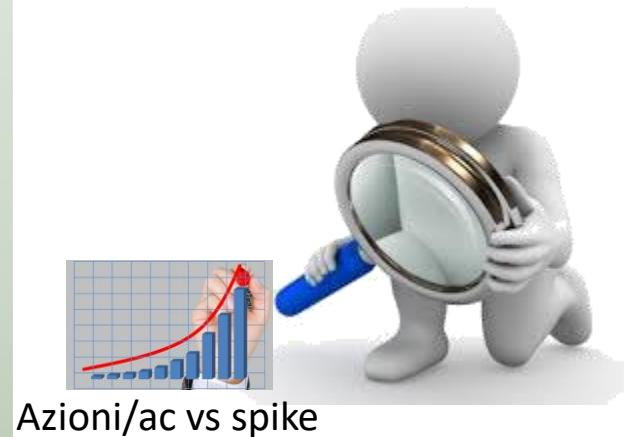
Come fanno a dire che il vaccino è più immunizzante dell'infezione naturale?!?

Io la differenza la spiego così...

**Basta che il delinquente
si dia una spuntatina ai baffi...
... e sei fregato!**



Venendo alla risposta immune verso il virus, tanti *scienziati* hanno sostenuto che sono più ricchi i **vaccinati** (hanno più anticorpi), guardando all'unico stock degli anticorpi anti spike.



Azioni/ac vs spike

Ma chi ha acquisito un'**immunità naturale ha diversificato i suoi investimenti** (anticorpi **contro multiple proteine del virus**). Purtroppo, questa realtà di buon senso non è risultata ovvia a troppi *esperti* medici.

Inoltre, il **vantaggio dell'immunità naturale sarebbe ancor maggiore se fosse corretto il bias maggiore di cui all'errore 2**. Invece in chi aveva una immunità naturale i prelievi sono avvenuti a distanza molto maggiore, quando la risposta degli anticorpi era scesa.

Infine, gli autori (Da Silva et al) non dicono che chi ha risposta immune indotta **dai vaccini ha risposte delle cellule T che possono riconoscere solo la spike**, mentre **gli immuni naturali hanno risposte delle cellule T contro multiple proteine del virus**, per stare all'esempio degli investitori, sia in **azioni (anticorpi)**, sia in **fondi d'investimento (cellule T)**.

L'infezione naturale superata diversifica l'investimento protettivo



Un effetto non voluto dei vaccini: prove di **imprinting immunologico**.

Anche gli Autori ammettono che gli anticorpi N-specifici sono *diversi* tra chi ha un'Immunità solo naturale e chi in aggiunta ha fatto anche vaccinazioni COVID. Ma non dicono chiaramente in quale direzione si verifica questa differenza!

Purtroppo, un naturalmente immune che riceve **anche vaccini**, ha risposta con **anticorpi anti-N significativamente minore** vs chi è rimasto con la sola naturale. In pratica, il **richiamo vaccinale** focalizza la risposta verso la spike, che però è una proteina che muta rapidamente. Ciò **aumenta gli anticorpi anti-S, a spese di una risposta anti-N**. E ciò può valere anche per tutte le altre proteine.

È un classico **imprinting immunologico**, detto anche **peccato originale antigenico**, che riduce l'ampiezza della risposta immunitaria al virus.

Ciò facilita le mutazioni nel tempo, e l'evasione da questa risposta immune più ristretta.



E tutto ciò spiega meglio le cadute di protezione nei plurivaccinati in Qatar →

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**

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)

... ma almeno
protezione ibrida
è il massimo
vs COVID grave...
... o No?!

La protezione precipita, in parte si rein-
fettano, e per un po' la protezione risale



The statistical illusion of better pregnancy outcomes for vaccinated women

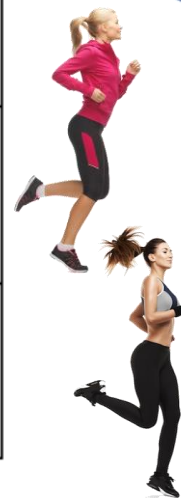
[Norman Fenton](#)

Sep 5, 2022

Supponiamo che si voglia verificare se le partecipanti a una maratona di 40 km hanno più probabilità di arrivare al traguardo se bevono un drink vitaminico durante la gara (alla stazione a 20 km dalla partenza).

Supponiamo che inizino 200 sportive, e osserviamo:

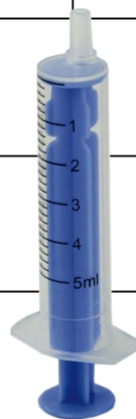
	Sportive che iniziano gara	Sportive che la completano	Tassi di conclusione gara
Nessuna bibita	100	48	48%
Bibita vitamin.	100	70	70%



È la prova che la bevanda aiuta? Non è detto!

Infatti in queste maratone molti corridori interrompono prima dei 20 km. Questi non solo non completano la gara, ma non raggiungono neppure la stazione di rifornimento. I dati precedenti possono nascondere quanto segue:

	Sportive che iniziano	- che completano i primi 20 km (X)	che completano la gara (Y)	Tassi di conclusione	Tassi conclusione con bibita (X/Y)
Nessuna bibita	100	60	48	48	80%
Bibita	100	100	70	70	70%



la *vitamina* si inocula da qui in poi...

In questo esempio ipotetico prendere la *vitamina* non aumenta ma *riduce* le probabilità di completare la gara (→ gravidanza), al contrario di quanto appariva con la presentazione dei dati aggregati (è il *survival bias*, o *immortal-time bias*).

Partecipanti → donne che iniziano una gravidanza

- che arrivano al traguardo → donne che partoriscono un bambino vivo
- bibita vitaminica a 20 km → vaccino **dopo** le prime 20 settimane.

Queste donne, dunque, per definizione hanno evitato un aborto nelle prime 20 settimane (in cui però si verificano gli aborti...!)

Un altro grave problema che distorce i risultati degli studi sulla sicurezza dei vaccini in gravidanza è che le donne vaccinate prima della gravidanza sono incluse nel gruppo «nessuna dose in gravidanza», cumulate dunque alla categoria delle «mai vaccinate».

Per semplicità, invece di considerare i «tre trimestri» di gravidanza, distinguiamo solo due stadi: precoce (0-20 settimane) e tardivo (21-40 settimane), e distinguiamo anche le «mai vaccinate» dalle «vaccinate almeno una volta prima o durante la gravidanza». Avremo dunque 5 categorie:

A: mai vaccinate

B: vaccinate solo prima della gravidanza

C: vaccinate prima della gravidanza e nella gravidanza precoce, o solo nella gravidanza precoce

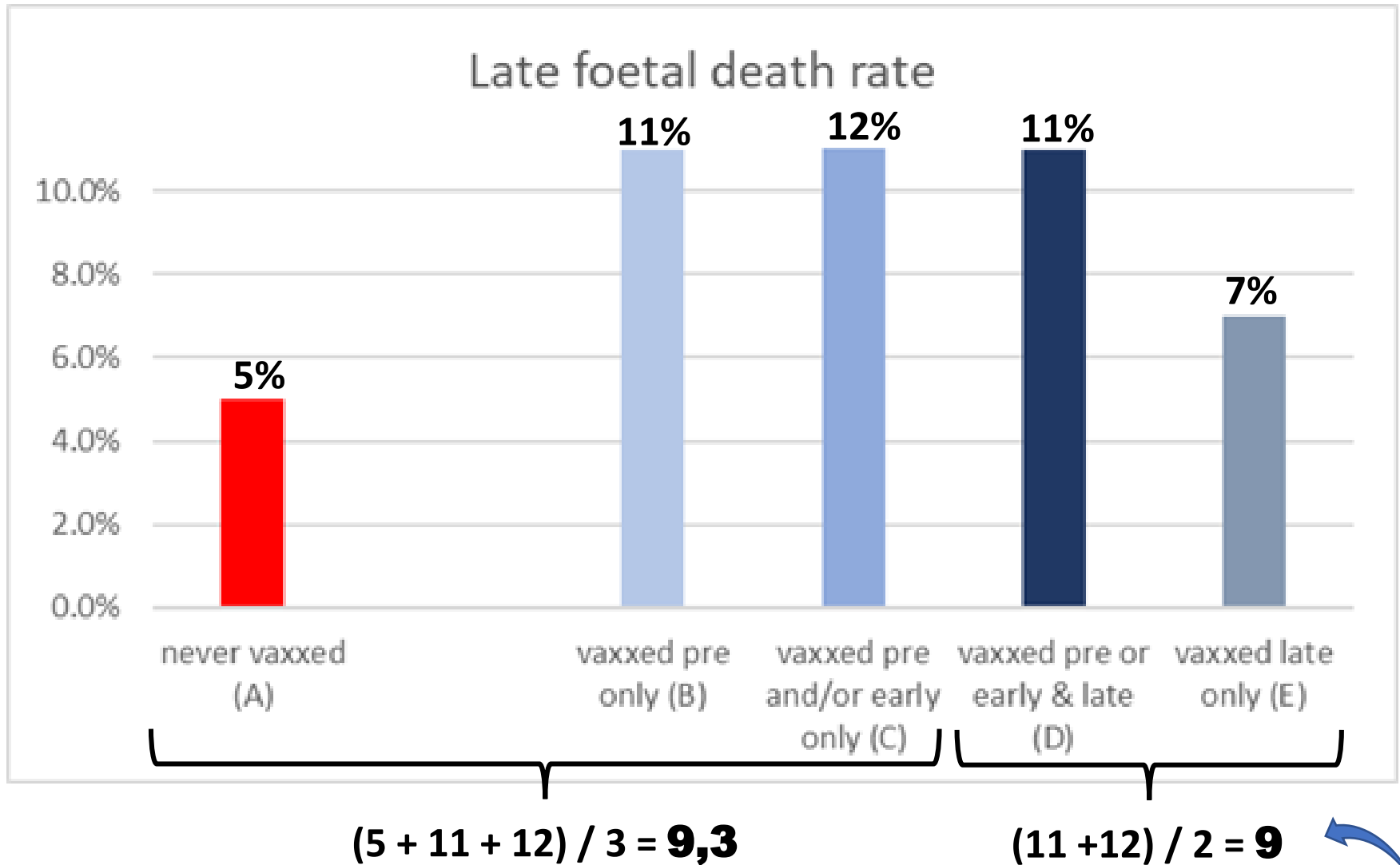
D: vaccinate sia prima e/o in gravidanza precoce (0-20) e in gravidanza tardiva (dopo le 20 sett)

E: vaccinate solo in gravidanza tardiva (dopo le 20 sett.; in effetti la maggior parte delle vaccinazioni in gravidanza avviene nel 3° trimestre)

NB: nelle categorie **D** ed **E** le donne devono aver superato senza aborti (chiamiamole tutte «morti fetali») le prime 20 settimane!

Dunque le donne **A** non van paragonate con donne **D** ed **E**, ma solo con le **B** e **C**!

Es. (ipotetico) di Fenton: le mai vaccinate possono avere il minimo di «morti fetali»...



... ma se si continua - come fa l'UKHSA - ad aggregare scorrettamente i gruppi, si può dare l'impressione ingannevole che la vaccinazione in gravidanza sia sicura!

NB: ci sono purtroppo anche altri *meccanismi* con cui si concorre a dare questa fallace informazione. Ad es. il **Cheap Trick** (*Fenton e Neil*), secondo cui chi riceve un vaccino nei primi 14 giorni da una vaccinazione è definito «non vaccinato», il che garantisce un'**illusione statistica di efficacia (e sicurezza) anche a vaccini finti...**

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

Data: 18 agosto 2023 09:40:44 CEST

A: Gioia Locati <gioia.locati@ilgiornale.it>

Oggetto: R: Ultimo chiarimento

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

e anche l'ISS alimenta l'illusione statistica...

Strage degli innocenti di Ludovico Mazzolino (databile ~1515 – Uffizi di Firenze)



Eccessi di mio-pericarditi con sorveglianza attiva: proposta CMSi



Comunicato n. 10 (26 settembre 2023)

Mio-pericarditi associate a vaccinazioni mRNA. Proposta della CMSi a Governo e Regioni

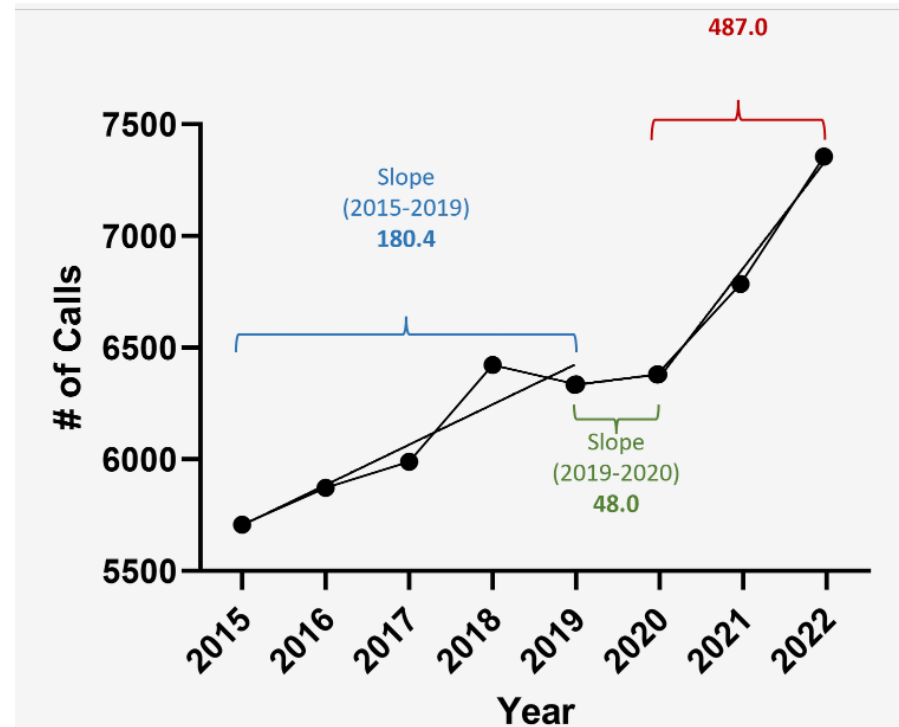
Sommario

- 1) EMA e Commissione Europea hanno dichiarato nella nuova versione dell'All. 1 alle decisioni di autorizzazione dei vaccini Pfizer e Moderna *"aumento del rischio di sviluppare miocardite e pericardite. Alcuni casi hanno richiesto terapia intensiva e si sono osservati casi fatali"*
- 2) Due importanti studi di sorveglianza attiva hanno mostrato un'incidenza di mio-pericarditi e miocarditi subcliniche rispettivamente del 2,33% in adolescenti (Tailandia), dopo la 2^a dose del vaccino Pfizer; e 2,8% in sanitari adulti (Svizzera), dopo la 3^a dose di Moderna
- 3) La CMSi propone una verifica semplice, concreta, economica a Governo, Regioni e Autorità sanitarie, per escludere o confermare/quantificare questo possibile rischio.

Narrazione ufficiale: «Nel 2020, la COVID-19 ha causato un rapido sovraccarico dei servizi medici d'emergenza. Gli equipaggi delle ambulanze sono stati sommersi di chiamate, con sovraccarico dei pronto soccorso e delle Unità di Terapia Intensiva. È seguita la somministrazione di vaccini anti-COVID-19 che potranno prevenire esiti gravi nel 2021 e oltre.»

Dati grezzi Ontario su chiamate ambulanza per eventi CV:

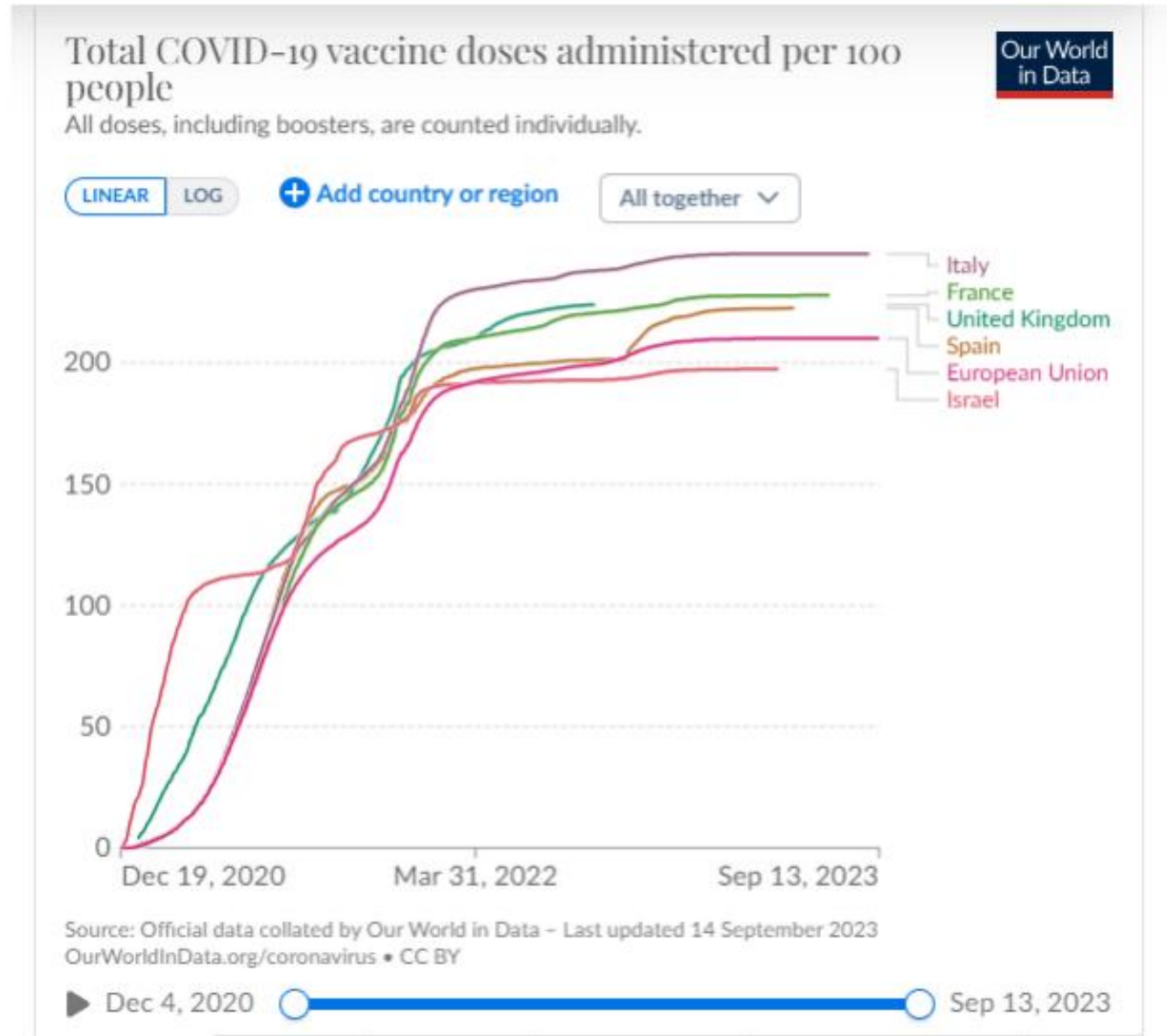
Incident Call Year	Incidents
2015	5,708
2016	5,873
2017	5,989
2018	6,423
2019	6,335
2020	6,383
2021	6,788
2022	7,357



Le chiamate x eventi CV sono aumentate a tassi 2,7 volte quelli pre-COVID...

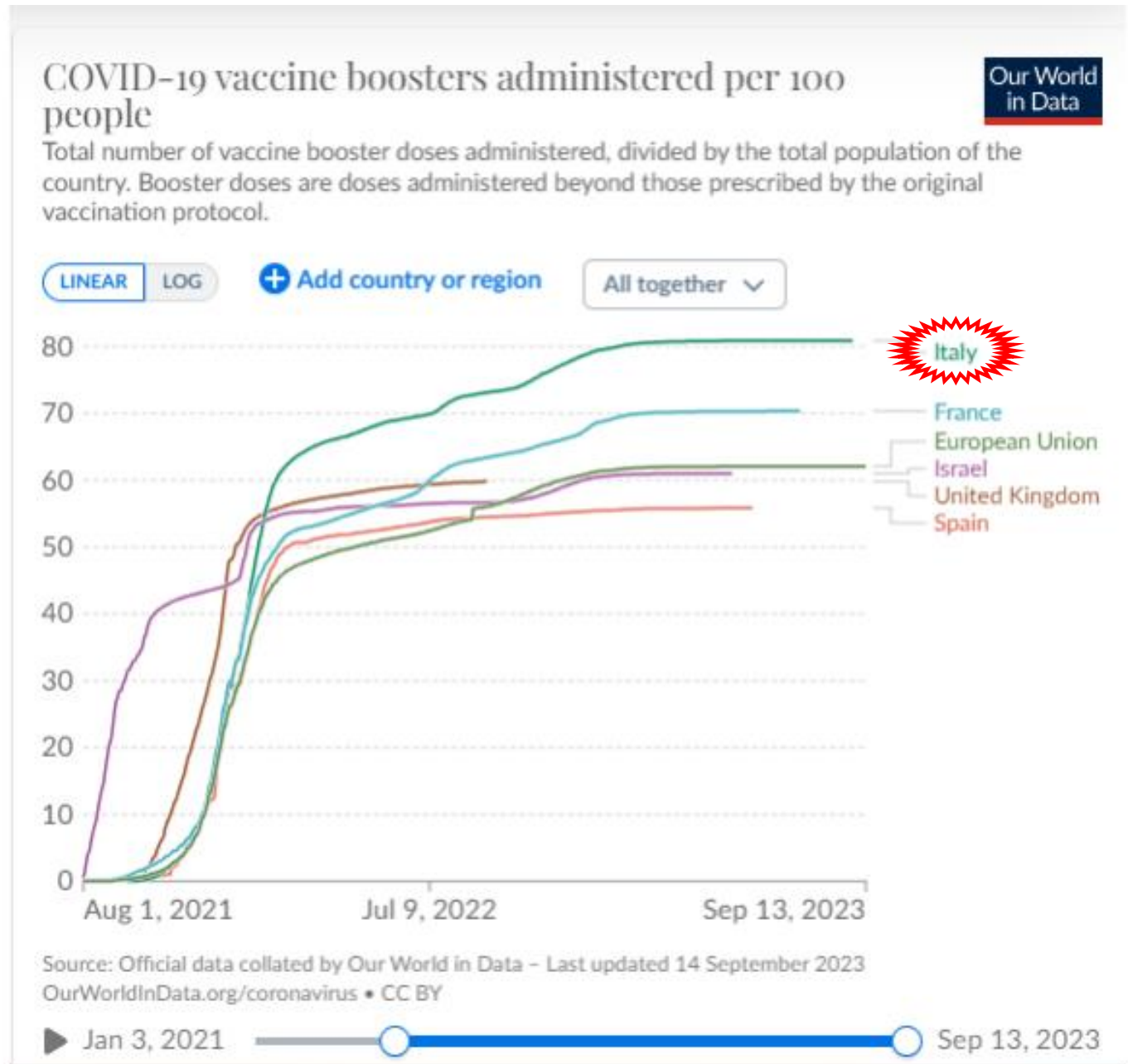
Mortalità italiana e altri paesi EU durante la pandemia

<https://blog.ilgiornale.it/locati/2023/09/19/bella-italia-addio-ora-si-muore-piu-qui-che-nel-resto-deuropa/>





Stefano Petti
Prof. Ordinario
Dipartimento
Sanità Pubblica e
Malattie Infettive
Università
La Sapienza, Roma



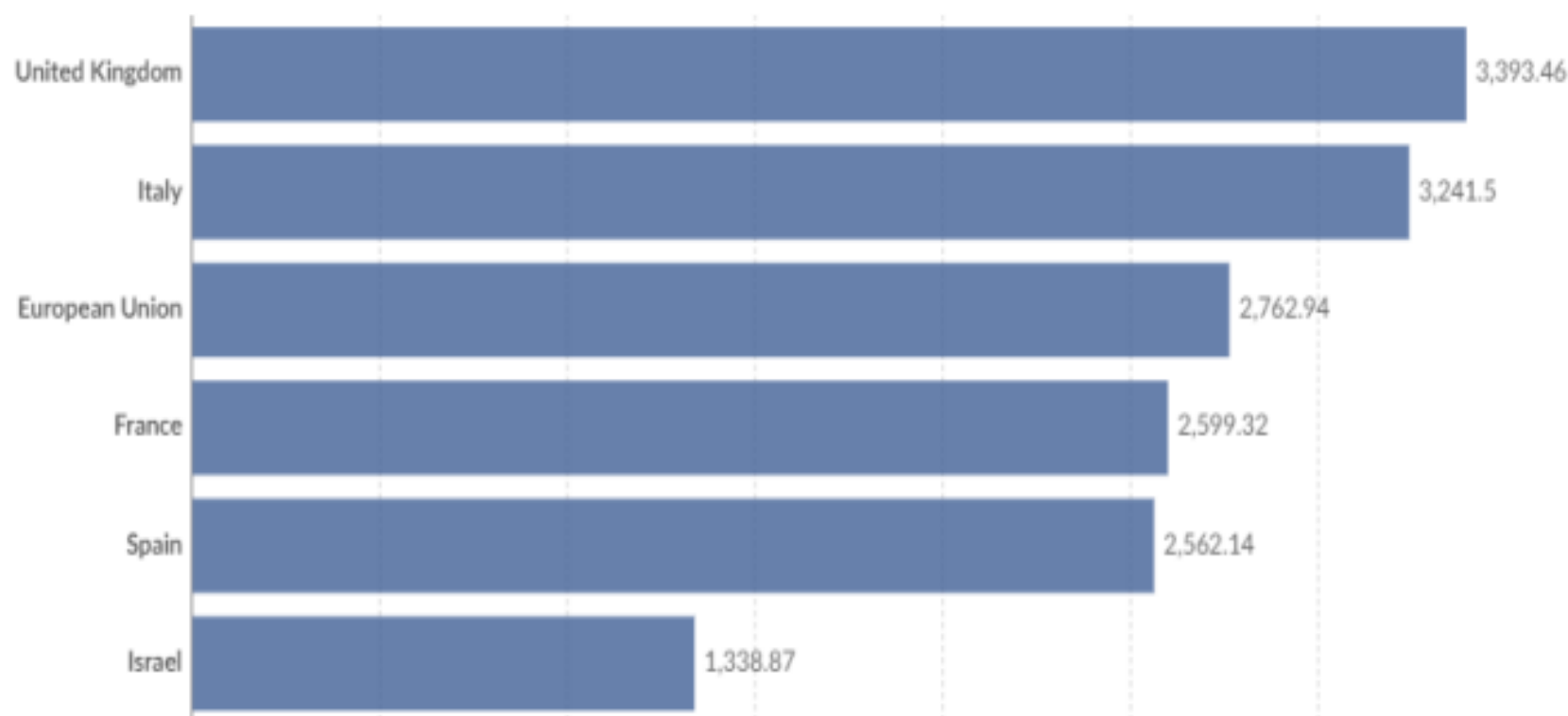
Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people, Sep 13, 2023

Our World
in Data

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.

LINEAR

LOG



Source: WHO COVID-19 Dashboard

CC BY

► Jan 5, 2020

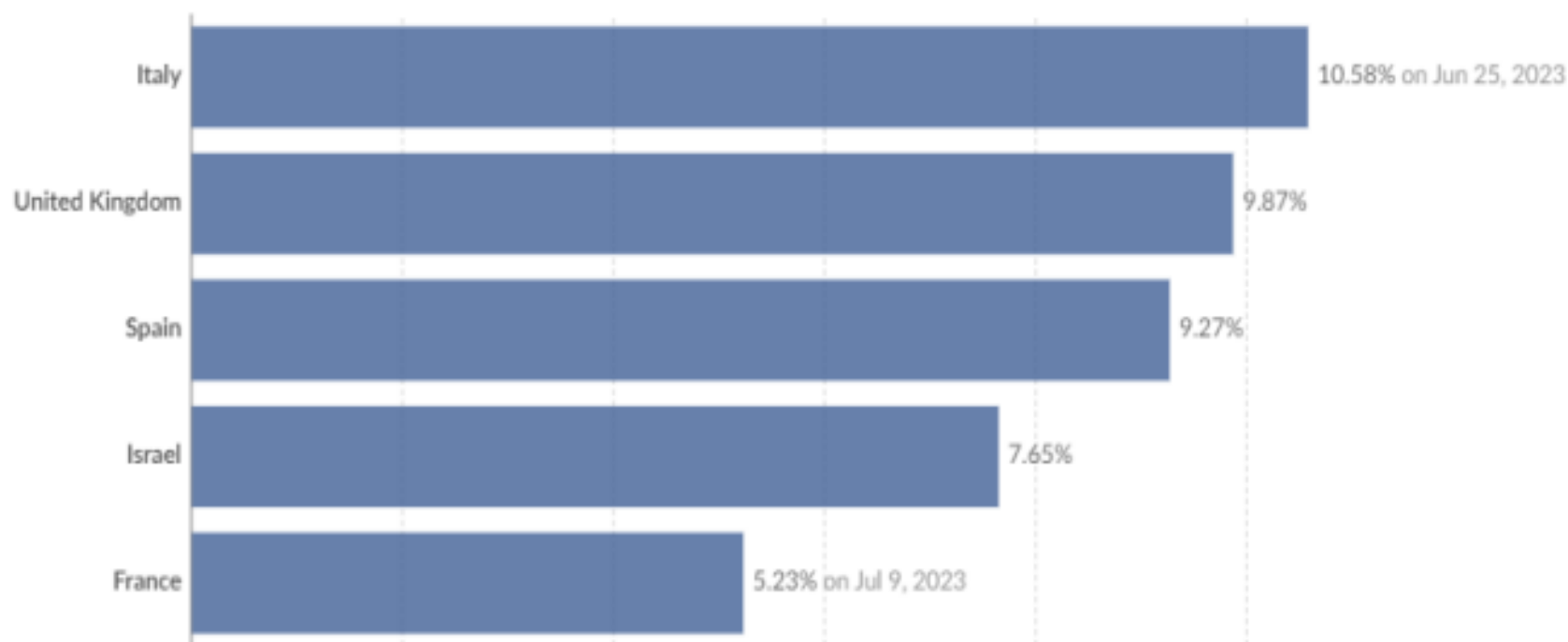
○ Sep 13, 2023

Excess mortality: Cumulative deaths from all causes compared to projection based on previous years, Jul 23, 2023

The percentage difference between the cumulative number of deaths since 1 January 2020 and the cumulative projected deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.

LINEAR

LOG



Source: Human Mortality Database (2022), World Mortality Dataset (2022)

CC BY

► Jan 5, 2020

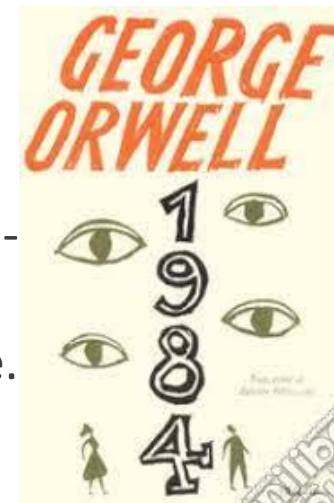
Aug 20, 2023

Come arrestare la marcia del totalitarismo sanitario?

I quattro maggiori ostacoli al parlare apertamente

1. Propaganda, censura e manipolazione

Tutti siamo influenzati da ciò che sentiamo, leggiamo e vediamo, specie se la fonte è percepita come *un esperto*. Perciò le élite mondiali finanziano un'enorme articolata campagna per reclutare seguaci nella narrativa ufficiale, mettendo a tacere le voci opposte. Con il servile sostegno della maggior parte dei media mainstream, si impiega una serie di tattiche per catturare le menti.



Le strategie per manipolare e portarle al *pensiero giusto* includono:

- propaganda, con disseminazione di massa sia di falsità che di verità selezionate
- soppressione del dissenso con combinazione di silenzio, calunnia e coercizione
- diffuso impiego di tecniche di spinte gentili della scienza comportamentale, per spaventare, far vergognare e spingere socialmente all'obbedienza nelle parole e nei fatti.

Effetti netti di questa manipolazione onnipresente finanziata dallo Stato: i cittadini comuni spesso **ascoltano solo una versione della verità** ufficiale, e chi nutre dubbi è manipolato psicologicamente fino a ridurlo al mutismo.

2. Disattenzione e distrazione

La **capacità di attenzione è molto limitata e ci si può concentrare solo su una piccola parte dell'ambiente alla volta**. Dopo anni di restrizioni per COVID, le persone vogliono credere che la vita sia tornata alla normalità e sono poco inclini a riflettere a fondo su ciò che i loro padroni politici ci hanno inflitto.

Non riescono a riconoscere che **élite globali non elette**, con la **cattura dei governi nazionali**, stanno continuando a **imporre il loro nuovo ordine mondiale** sotto nuove bandiere (es. forzature sulla lotta al cambiamento climatico, ritorno di minacce pandemiche, continue campagne vaccinali, cessioni di sovranità all'OMS finora impensabili...).

Inoltre, c'è il sospetto che le élite distolgano l'attenzione delle masse da ciò che non vogliono far riconoscere (totalitarismo sanitario, climatico...), spostandola su eventi per loro non rischiosi.

Si colgono occasioni tattiche per sviare l'attenzione e il dibattito pubblico su questioni secondarie, lasciando meno risorse di attenzione per riflettere su ciò che conta davvero: lo smantellamento sistematico dei nostri diritti umani e delle libertà fondamentali, **a partire da quella di critica**.



3. Compiacimento occidentale

«di certo le nostre società democratiche, civili e aperte non potrebbero mai trovarsi con governi ed enti sanitari pubblici che lavorano contro gli interessi dei loro cittadini...!»

Come descritto in modo eloquente dal dottor David Bell (un medico della sanità pubblica ed ex stratega dell'OMS), l'accettazione di questa premessa è un ostacolo importante all'opposizione attiva alle agende globaliste:



«La nostra società in Occidente è costruita sulla fiducia e su un sentimento di superiorità: abbiamo costruito le istituzioni che governano il mondo e loro, e noi, siamo bravi.

Ci consideriamo umanitari, sostenitori della salute pubblica, unificatori, amanti della libertà antifascista. Riteniamo che il nostro sistema sia migliore delle alternative: siamo “progressisti”»

Gli occidentali possono accettare che storici regimi, e le attuali amministrazioni comuniste in luoghi remoti come Russia e Cina, abbiano sfruttato le masse per scopi ignobili, ma per molti c'è un blocco mentale quando si tratta di guardare allo stesso modo alle nostre stesse istituzioni.

4. Sofferenza nell'ammettere di aver sbagliato

Agli esseri umani piace considerarsi giusti e coerenti e possediamo una serie di pregiudizi cognitivi e percettivi per mantenere questa visione positiva di noi stessi.

La consapevolezza di eventuali contraddizioni tra le nostre convinzioni, l'esperienza quotidiana e i comportamenti evoca tipicamente dolore psicologico e agiamo in modo automatico per evitare questa “dissonanza”, modificando di conseguenza le nostre opinioni e le azioni espresse.

Coloro che in precedenza sostenevano l'imposizione di restrizioni autoritarie contro la COVID e gli obblighi (di vaccini,

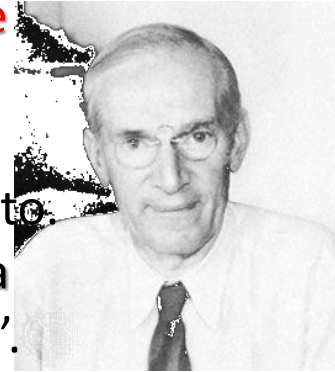
lockdown, mascherine, green pass...) – mano a mano che i danni collaterali di questi diktat diventano sempre più evidenti – trovano difficile ammettere di essere stati dalla parte sbagliata.



Può essere utile considerare le popolazioni occidentali come costituite **da cinque segmenti su un continuum**:

1) Gli egregi/fuori dal gregge: un **piccolo gruppo dell'élite mondiale** che agisce in modo consapevole nel proprio interesse personale, pur essendo cosciente del danno grave che le loro azioni stanno causando alla gente. Questi pochi spietati stanno beneficiando in modo enorme del totalitarismo globalista in corso, e non si allontaneranno dalla loro *missione*.

2) Chi mantiene lo status: un numero considerevole di scienziati e amministratori è coinvolto nelle industrie della pandemia e del clima. Il **loro reddito e il loro status professionale dipendono** dal perpetuarsi di “emergenze globali” che richiedono azioni drastiche. Questo gruppo di partigiani sarà molto riluttante ad ammettere di aver puntato sul cavallo sbagliato. Come disse il pubblicista Upton Sinclair: “È difficile far capire qualcosa a qualcuno quando il suo stipendio dipende dal fatto che non capisca”.



3) Gli aderenti che si autogiustificano: ci vuol molto coraggio per ammettere di essere stati ingannati e aver ingannato. Per evitare dolorose dissonanze, molti che hanno sostenuto la narrativa dominante sulla COVID continuano a razionalizzare i motivi per cui hanno sostenuto le restrizioni, e si atterranno a futuri diktat simili, nonostante le prove accumulate che fossero inefficaci e dannose.

Ma molti di questi si sono già convertiti e **andrebbero lodati per averlo fatto**.

4) **Ambivalenti, ma silenziosi**

Probabilmente il gruppo più numeroso, questi evitatori di problemi nutrono da tempo un disagio sull'adeguatezza dell'autoritarismo COVID/climatico, ma sono – fino ad oggi – rimasti in silenzio, forse nella speranza che ciò che abbiamo sopportato negli ultimi tempi passerà e che presto tornerà la normalità. È incoraggiante che, di giorno in giorno, sempre più membri di questo gruppo esprimano dissenso.



Molti credono di essere soli a vedere che il re è nudo, hanno dubbi e non osano esporsi

5) Gli *scettici di lunga data*: la minoranza vocale (e messa alla berlina) che, dall'inizio del 2020, si è apertamente opposta alle narrazioni dominanti.

I primi due gruppi – “gli *egregi*” e i “*mantenitori dello status*” – sono fuori portata e continueranno a promuovere scenari di “disastro imminente”.

Per fermare la marcia del totalitarismo pandemico e climatico, gli **scettici che hanno capito devono incoraggiare molti altri membri dei gruppi 3 e 4** a unirsi in una manifestazione collettiva di dissenso e non conformità.

Bisogna **attivare** conversazioni rispettose ma costruttive con gli *ambivalenti silenziosi* e gli *aderenti che si autogiustificano*. E non c'è tempo da perdere, perché **ONU, WEF e OMS nel maggio 2024 puntano a cessioni universali di sovranità**, con la **firma dei nuovi Regolamenti Internazionali...**

Conclusione

Sarà una sfida difficile fermare il controllo tecnocratico delle nostre vite, la minaccia più grave ai diritti umani fondamentali che gli occidentali devono affrontare da oltre 80 anni. La differenza di potere tra l'élite autoritaria e i cittadini è enorme, e consente ai tecnocrati di controllare i media mainstream e la produzione accademica-*scientifica*, mentre orchestrano un programma di manipolazione psicologica delle masse che supera per intensità e ampiezza qualsiasi cosa prima sopportata dai cittadini del mondo libero.

Ma una massa di gente comune poco collaborativa e che non smette di parlare in modo assertivo (forse il 15-20% della popolazione) può fermare la deriva verso il totalitarismo sanitario e climatico. Se potremo:

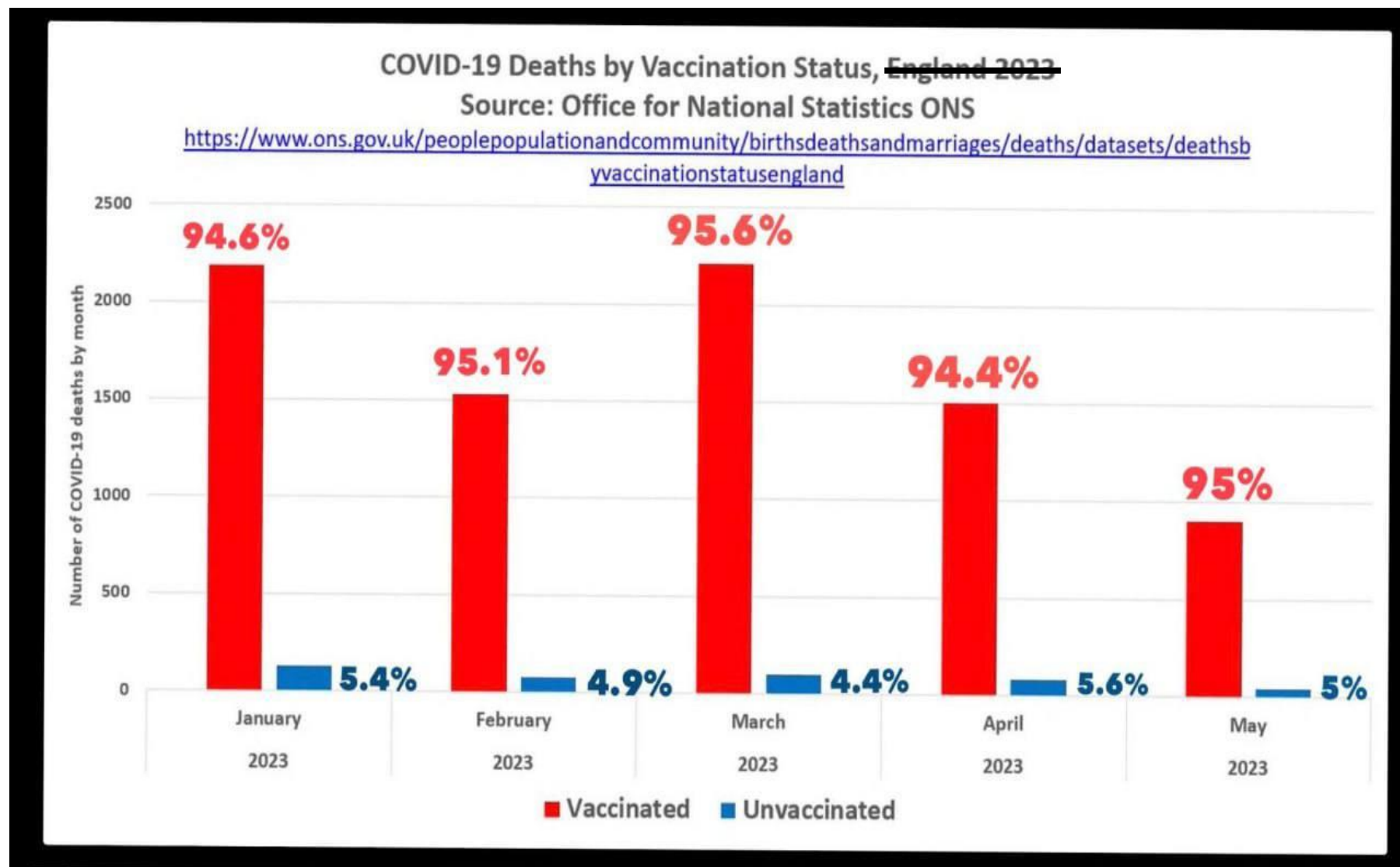
- aumentare la **consapevolezza della continua censura, propaganda e pressione dello Stato**
- focalizzare l'attenzione delle persone su ciò che conta davvero
- far capire che le nostre fidate istituzioni occidentali ci possono saccheggiare e che **alla fine una deriva totalitaria condannerà tutti**
- incoraggiare un numero maggiore di amici e familiari a mostrare una resistenza visibile al regime...



... il colosso totalitario può essere fermato.

Può morire in eccesso anche chi oggi ha vantaggi (e i suoi cari)

... abbiamo un'altra drammatica carta, non ancora matura quando ha scritto Desmet

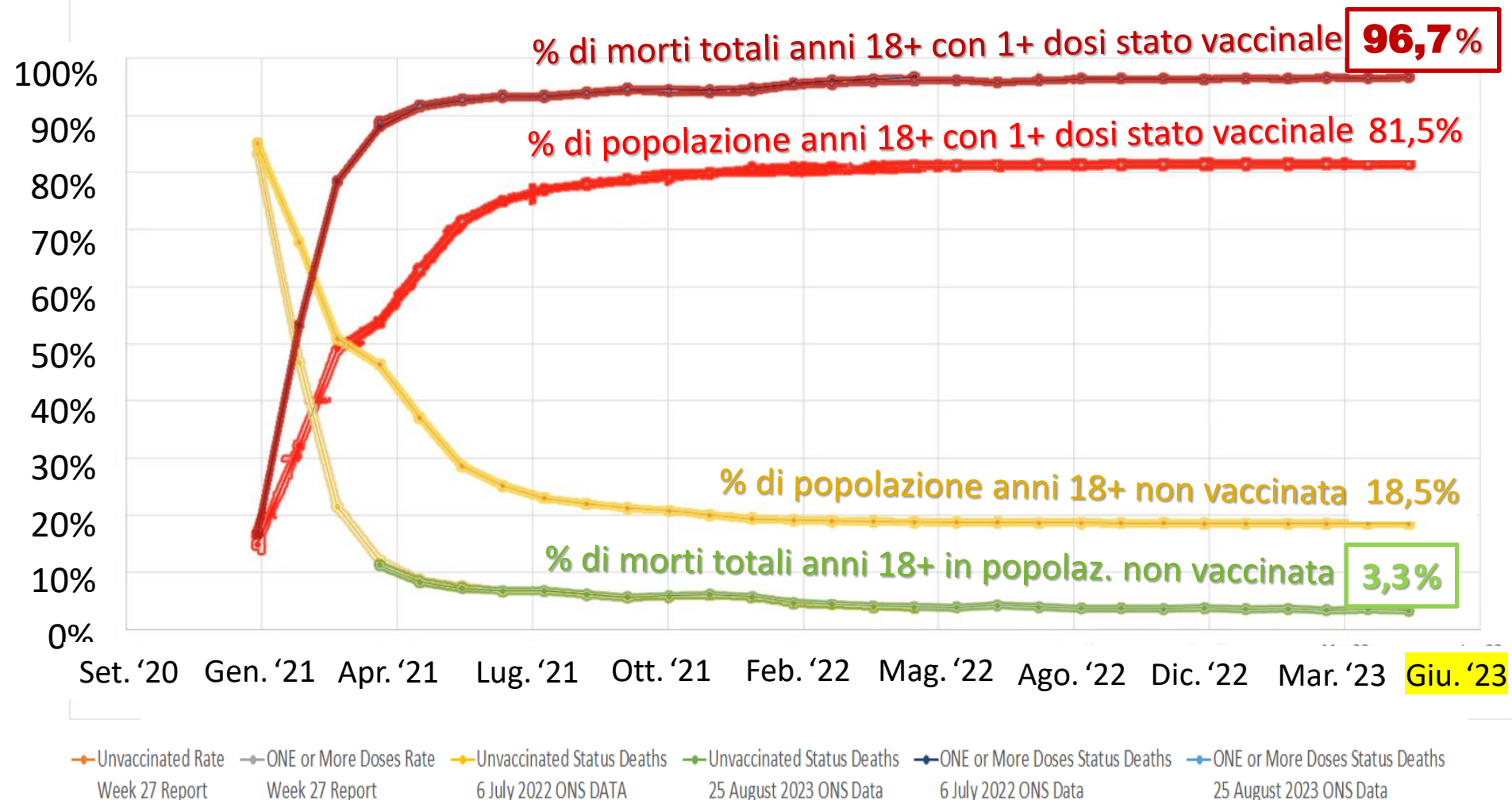


NATIONAL	People in NIMS cohort	Unvaccinated		Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number unvaccinated	% Unvaccinated	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,939,290	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>

ONE or MORE DOSES - England 18+ Data with Samples Size of 50+ Million
 Percentage Vaccination Rates correlation to Percentage of All Cause Deaths
Comparing: Unvaccinated Status with ONE or More Doses Covid-19 Vaccinated Status





Article

Exploring the Effects of Vitamin D and Vitamin A Levels on the Response to COVID-19 Vaccine

Hassan M. Kofahi ^{1,*}, Baha' R. Badran ¹, Refat M. Nimer ¹, Ali M. Atoom ² and Shefa' M. Al Hersh ¹

¹ Department of Medical Laboratory Sciences, Faculty of Applied Medical Sciences, Jordan University of Science and Technology, P.O. Box 3030, Irbid 22110, Jordan; brbadran20@ams.just.edu.jo (B.R.B.); rnmnimer@just.edu.jo (R.M.N.); smalhersh16@ams.just.edu.jo (S.M.A.H.)

² Department of Medical Laboratory Sciences, Al-Ahliyya Amman University, Amman 19328, Jordan; a.atoom@ammanu.edu.jo

* Correspondence: hmkofahi@just.edu.jo

Abstract: COVID-19 vaccines were developed at an unprecedented speed in history. The factors affecting the response to COVID-19 vaccines are not clear. Herein, the effects of vitamin D and vitamin A (retinol) levels on the response to the BNT162b2 vaccine were explored. A total of 124 vaccine recipients were recruited from the general population attending vaccination centers in Irbid, Jordan. Blood samples were collected immediately before receiving the first vaccine dose (D0) and three weeks later (D21). Baseline (D0) levels of 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D], retinol, and SARS-CoV-2 S1 IgG antibodies were measured with ELISA. The response to the BNT162b2 vaccine was tested by measuring the levels and avidity of SARS-CoV-2 S1 IgG antibodies on D21. The participants were divided into two groups, unexposed and exposed, based on the D0 SARS-CoV-2 antibody results. No significant correlation was found between the levels of 25(OH)D or retinol and the levels, avidity, or fold increase of antibodies in both groups. Similarly, no significant difference in antibody response was found between 25(OH)D status groups, retinol status groups, or combined status groups. These findings show that the baseline vitamin D or vitamin A levels have no effect on the short-term response to a single dose of BNT162b2 vaccine.



I mercanti di Vit. D
non si scoraggiano...

ORIGINAL ARTICLE

Inhaled Fluticasone Furoate for Outpatient Treatment of Covid-19

David R. Boulware, M.D., M.P.H., Christopher J. Lindsell, Ph.D.,...



RCT in doppio cieco, controllato con placebo, su soggetti (media 47 anni) con COVID-19 da 5 gg in media. 715 randomizzati a 200 mcg/die di fluticasone inalatorio, 621 con placebo. 65% con almeno 2 dosi di vaccino.

CONCLUSIONS

Treatment with **inhaled fluticasone** furoate **for 14 days did not** result in a **shorter time to recovery than placebo among outpatients with Covid-19** in the United States. (Funded by the National Center for Advancing Translational Sciences and others; **ACTIV-6**)

Table 2. Primary and Secondary Outcomes through Day 28.*

Outcome	Inhaled Fluticasone Furoate (N= 621)	Placebo (N= 656)	Estimated Difference or Ratio (95% Credible Interval or Confidence Interval)	Posterior Probability of Efficacy
<u>Time to recovery†</u>				
Skeptical prior: primary analysis			1.01 (0.91 to 1.12)‡	0.56
Weakly informative prior: sensitivity analysis			1.01 (0.89 to 1.14)‡	0.57
No prior: sensitivity analysis			1.01 (0.89 to 1.14)§	—
Mean no. of days unwell¶	11.2 (11.0 to 11.4)	11.3 (11.1 to 11.5)	−0.10 (−0.45 to 0.26)	0.70
Hospitalization or death through day 28 — no. (%)	3 (0.5)	3 (0.5)	0.94 (0.19 to 4.68)**	—
Composite of hospitalization, urgent-care visit, emergency department visit, or death — no. (%)	24 (3.7)	13 (2.1)	1.9 (0.8 to 3.5)‡	0.04
Value on Covid-19 clinical progression ordinal outcome scale††				
Day 7			1.10 (0.62 to 1.63)	0.41
Day 14			0.91 (0.42 to 1.50)	0.67
Day 28			2.74 (0.50 to 5.94)	0.06



Original Article

Corticosteroids for Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) With Different Disease Severity: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

Laura Pasin, MD*, Paolo Navalesi, MD*,†, Alberto Zangrillo, MD*,§, Artem Kuzovlev, MD^{||},

Cortisonici: solo se...

«Pz ricoverati sono piccola minoranza, non tutti richiedono O₂, e se no ma corticosteroidi **muoiono di più**»

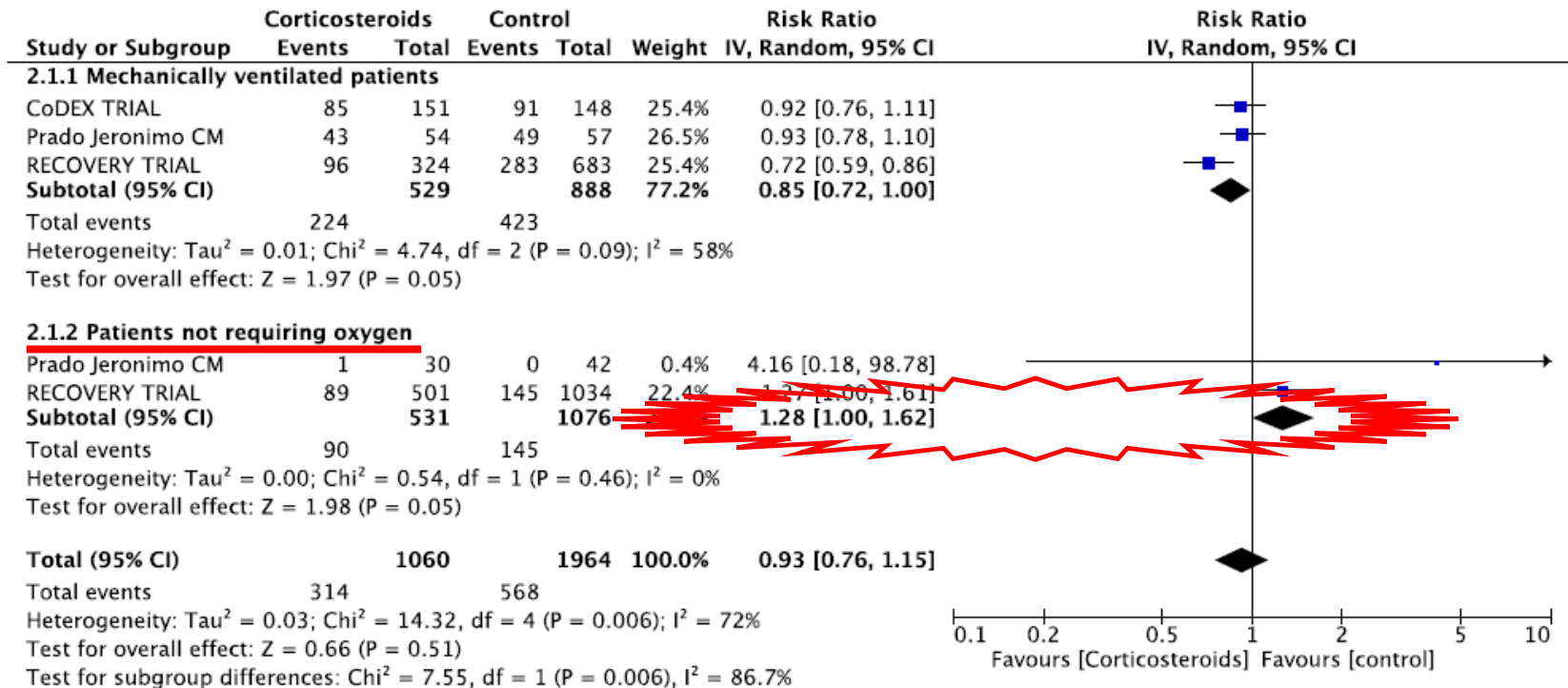


Fig 2. Tests for comparison between mechanically ventilated subgroups and those who did not require oxygen therapy based on random-effects models

NB: più mirato a dove serve rispetto a cortisonici sistemici...

Inhaled budesonide for COVID-19 in people at high risk of complications in the community in the UK (PRINCIPLE): a randomised, controlled, open-label, adaptive platform trial



Ly-Mee Yu*, Mona Bafadhel*, Jienchi Dorward*, Gail Hayward, Benjamin R Saville, Oghenekome Gbinigie, Oliver Van Hecke, Emma Ogburn, Philip H Evans, Nicholas P B Thomas, Mahendra G Patel, Duncan Richards, Nicholas Berry, Michelle A Detry, Christina Saunders, Mark Fitzgerald, Victoria Harris, Milensu Shanyinde, Simon de Lusignan, Monique I Andersson, Peter J Barnes, Richard E K Russell, Dan V Nicolau Jr, Sanjay Ramakrishnan, F D Richard Hobbs†, Christopher C Butler†, on behalf of the PRINCIPLE Trial Collaborative Group‡



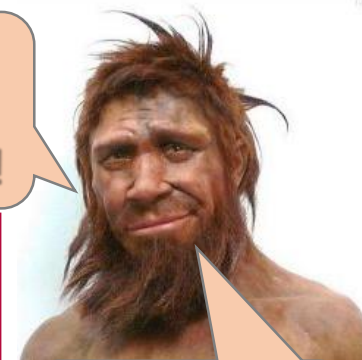
	Inhaled budesonide (95% BCI)	Usual care (95% BCI)	Estimated benefit median time to recovery or hospital admission or death rate (95% BCI)	Hazard ratio or odds ratio (95% BCI)
Primary analysis—SARS-CoV-2-positive participants				
Number of participants	787	1069	..	..
Time to first reported recovery, days*	11.8 (10.0 to 14.1)	14.7 (12.3 to 18.0)	2.94 (1.19 to 5.11)	1.21 (1.08 to 1.36)
Hospital admission or death at 28 days†	6.8% (4.1 to 10.2)	8.8% (5.5 to 12.7)	2.0% (-0.2 to 4.5)	0.75 (0.55 to 1.03)

Findings The trial began enrolment on April 2, 2020, with randomisation to budesonide from November 27, 2020, until March 31, 2021, when the prespecified time to recovery superiority criterion was met. 4700 participants were randomly assigned to budesonide (n=1073), usual care alone (n=1988), or other treatments (n=639). The PRINCIPLE trial analysis model includes 2530 SARS-CoV-2-positive participants, with 787 in the budesonide group, 1069 in the usual care group, and 974 receiving other treatments. There was a benefit in time to recovery (estimated absolute difference 2.94 days [95% Bayesian credible interval [BCI] 1.19 to 5.12) in the budesonide group versus the usual care group (11.8 days [95% BCI 10.0 to 14.1] vs 14.7 days [12.3 to 18.0]; hazard ratio 1.21 [95% BCI 1.08 to 1.36]), with a probability of superiority greater than 0.999, meeting the prespecified superiority threshold of 0.99. For the hospital admission or death outcome, the estimated rate was 6.8% (95% BCI 4.1 to 10.2) in the budesonide group versus 8.8% (5.5 to 12.7) in the usual care group (estimated absolute difference -2.0% [95% BCI -0.2 to 4.5]; hazard ratio 0.75 [95% BCI 0.55 to 1.03]), with a probability of superiority 0.963, below the prespecified superiority threshold of 0.975. Two participants in the budesonide group and four in the usual care group died (all deaths unrelated to COVID-19).

Risultato interessante,
ma non significativo su-
gli esiti più importanti...

Consente inoltre spe-
cifiche riflessioni →

**Non si muore di virus ma d'inflammatione.
Dunque bisogna dar subito a tutti potenti
antinfiammatori. Non c'è tempo da perdere!**



**Be', vedo,
ma al peggio
non gli fa
niente...**

**Prego?!
Considera la
letteratura
scientifica →**

B

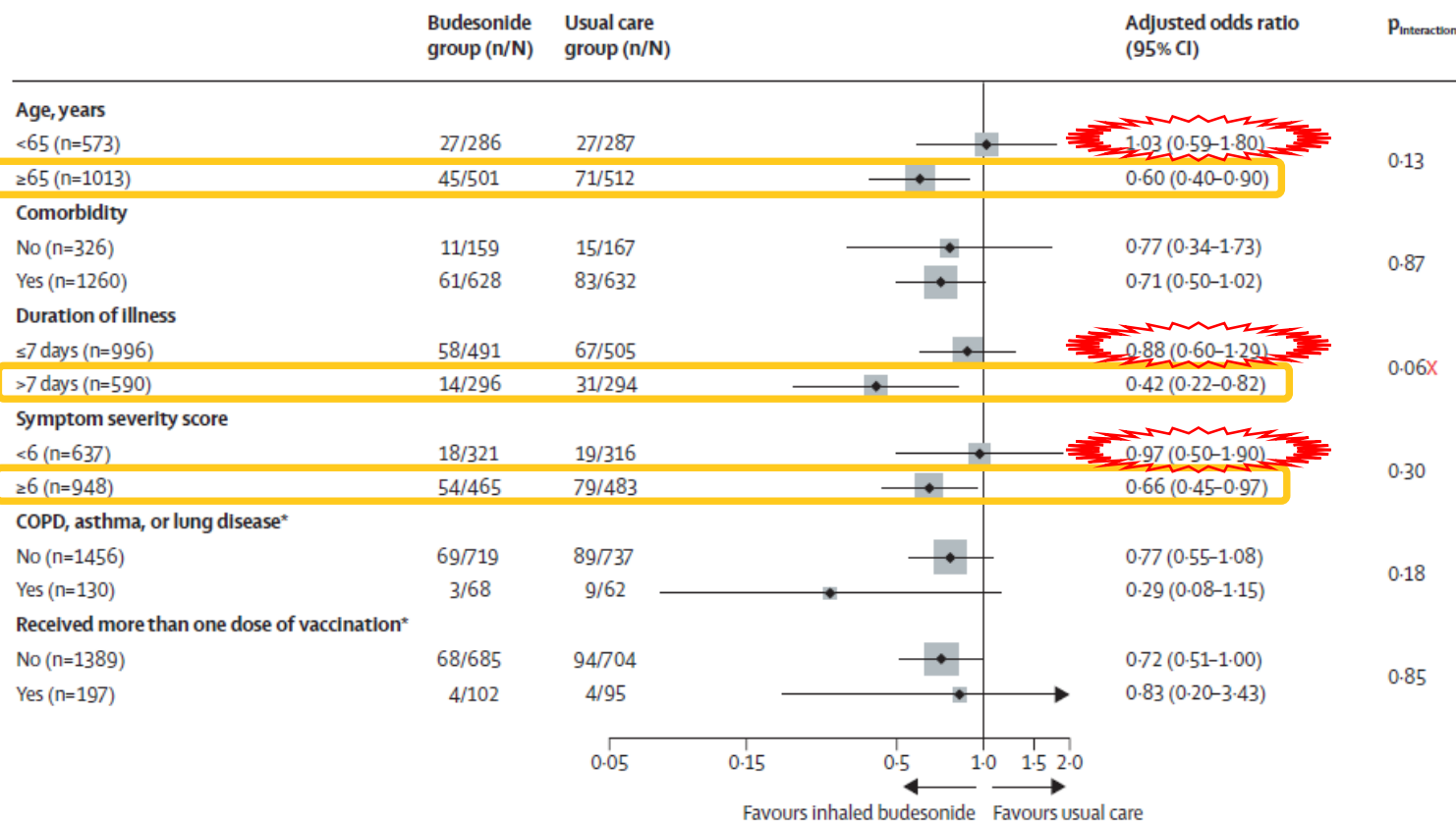


Figure 3: Forest plot of subgroup analysis of time to first reported recovery (A) and COVID-19-related hospital admission or death (B) in the concurrent randomisation and budesonide-eligible SARS-CoV-2-positive population

**Ma nei primi giorni l'inflammatione contrasta i virus!
Le va dato il tempo di agire; contano il *timing*
dell'antinfiammatorio e la severità dei sintomi!**



Per ricorrere ai corticosteroidi devono esserci buoni motivi...

Annals of Internal Medicine

Association Between Oral Corticosteroid Bursts and Severe Adverse Events

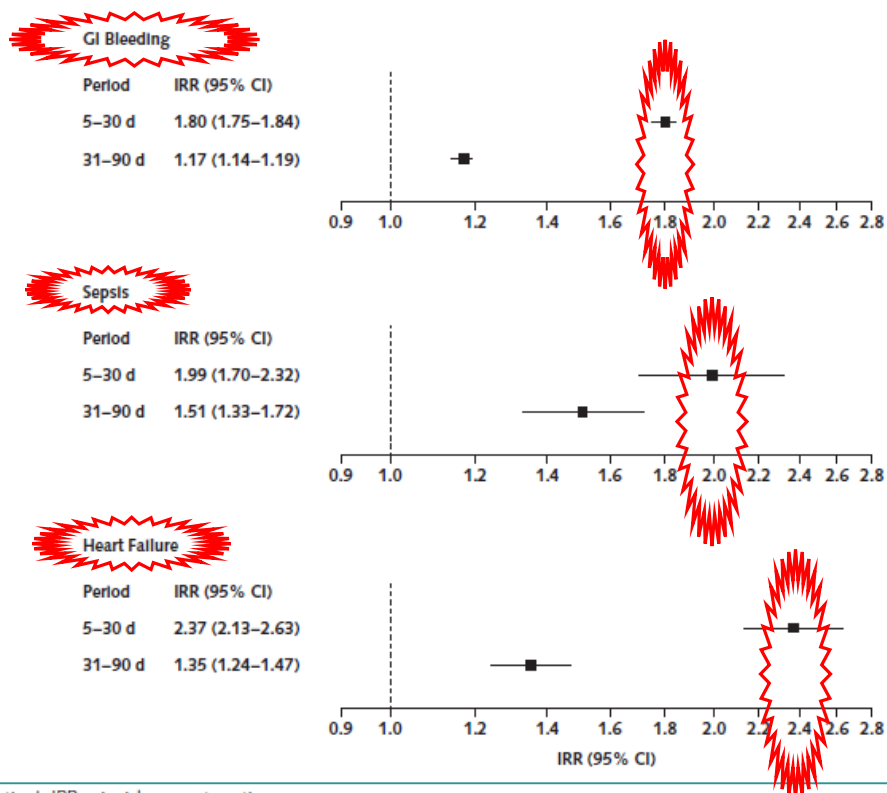
A Nationwide Population-Based Cohort Study

Ann Intern Med 2020; 173; 3025

Tsung-Chieh Yao, MD, PhD; Ya-Wen Huang, MS; Sheng-Mao Chang, PhD; Shun-Yu Tsai, BS; Ann Chen Wu, MD, MPH; and Hui-Ju Tsai, MPH, PhD

durata mediana: **3 giorni!**

Figure 2. IRRs for GI bleeding, sepsis, and heart failure in 2 posttreatment periods (5–30 d and 31–90 d) associated with steroid bursts.



SEPSIS SYMPTOMS

