

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

(48° incontro, 10-12-'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. Vincenzo
Vinciprova

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:
- Propaganda pro-target cLDL (→ pro farmaci altissimo costo...) (S 5)
- Plasma convalescente. Perché non più (da S 6)
- Screening mammografico non riduce la mortalità totale (da S 12)
- Esplosione di morti di cancro in Inghilterra e di antitumorali in Svizzera (da S 16)
- Una delle possibili spiegazioni di aumento tumori: shift verso IgG4 (da S 18)
- Ipotesi di danni da perdita (vaccinale) di biodiversità immunitaria (da S 22)
- EuroMOMO 0-14 aa. Morti neonatali Scozia. Eccesso mortalità Inghilterra (S da 24)
- Caduta di VE da COVID grave: Report ECDC e Finlandia (da S 29)
- Eccessi di eventi avversi post-vaccinali non fatali: Sud Corea (da S 35)
- Produzione vaccinale di proteine spazzatura (e autoimmunità?) (da S 37)
- Morti Svezia vs UK, UE, Polonia (da S 39)
- EMA ammette: non protezione vaccinale di gregge né da trasmissione e CDC sapevano dal 2021 (da S 42)
- Durata infettività maggiore in bambini vaccinati vs non vaccinati (da S 50)
- Mascherine nei bambini inefficaci e dannose (da S 50)



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 →)

Da: redazione@cardiolink.it <redazione@cardiolink.it>

Inviato: martedì 5 dicembre 2023 18:27

A: Donzelli Alberto <ADonzelli@ats-milano.it>

Oggetto: Lipids - Rischio CV e target LDL: pazienti a rischio alto e molto alto - Intervista a Claudio Paolillo

Rischio CV e target LDL: pazienti a rischio alto e molto alto

Queste le domande oggetto dell'intervista

1) Quali sono i nuovi target terapeutici in termini di C-LDL secondo l'ultimo aggiornamento delle Linee Guida ESC/EAS 2019?

2) Quali sono i parametri necessari per identificare una classe di rischio CV alta o molto alta? **Se tutto OK ma «maschio» + «75 anni» = Rischio molto alto**

3) Perché è importante, da un punto di vista clinico, garantire il raggiungimento del target di C-LDL in pazienti a rischio CV alto e molto alto? **→ 8.417 €/anno!!**

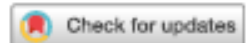
GUARDA L'INTERVISTA - FAI CLICK QUI

Plasma convalescente. Perché non più

scientific reports

(2023) 13:12904 |

<https://doi.org/10.1038/s41598-023-40009-8>



OPEN

Convalescent plasma and all-cause mortality of COVID-19 patients: systematic review and meta-analysis

Nora Mihalek^{1,2}, Dragana Radovanović^{1,2}, Otto Barak¹, Petar Čolović³, Markus Huber⁴ & Gabor Erdoes⁴✉

Insight into the clinical potential of convalescent plasma in patients with coronavirus disease (COVID-19) is important given the severe clinical courses in unvaccinated and seronegative individuals. The aim of the study was to investigate whether there is a survival benefit of convalescent plasma therapy in COVID-19 patients. The authors independently assessed randomized controlled trials (RCTs) identified by the search strategy for inclusion, extracted data, and assessed risk of bias. The binary primary outcome was all-cause mortality. Risk ratio (RR) of the convalescent plasma treatment (vs. best standard care) and its associated standard error (effect size) were calculated. A random-effects model was employed to statistically pool the effect sizes of the selected studies. We included 19 RCTs with 17,021 patients. The random-effects model resulted in an estimated pooled RR of 0.94 (95% CI 0.81–1.08, $p=0.33$), showing no statistical evidence of the benefit of convalescent plasma therapy on all-cause mortality. Convalescent plasma therapy was not found to be effective in reducing all-cause mortality in COVID-19 patients. Further studies are needed to determine in which patients convalescent plasma therapy may lead to a reduction in mortality.

19 RCT, >17.000 pz
Mortalità combinata
RR 0,94 (0,81-1,08)

→ non efficace

(necessari ulteriori
studi per stabilire
in quali pz possa
ridurre la mortalità,
forse somministrata
precoce...)

Outcomes in COVID-19 convalescent plasma studies

Home  Tweet  Share @CovidAnalysis Studies Adoption Feedback

N Engl J Med 2023;389:1590-600.
DOI: 10.1056/NEJMoa2209502

ORIGINAL ARTICLE

Convalescent Plasma for Covid-19–Induced ARDS in Mechanically Ventilated Patients

Benoît Misset, M.D., Michael Piagnerelli, M.D., Ph.D., Eric Hoste, M.D., Ph.D.,

«La cura al plasma funziona!»

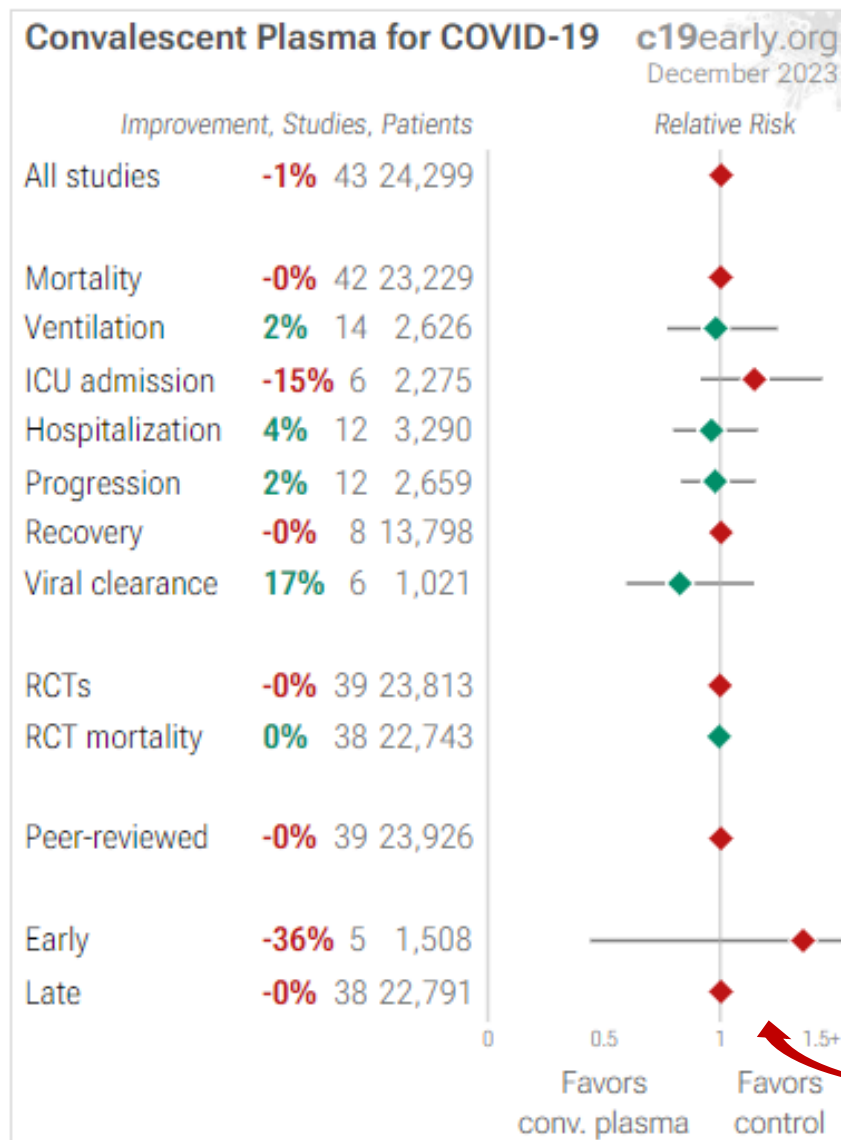
Meglio andarci piano...!

At day 28, mortality was 35.4% in the convalescent-plasma group and 45.0% in the standard-care group (P = 0.03).

>48 Hr after IMV initiation convalescent plasma group mortality ~42%, control 40%

Death at day 365: 45.9 % vs 52.6 % n.s.

E comunque l'insieme degli altri studi non mostra vantaggi con plasma convalescente



42 convalescent plasma COVID-19 mortality results

c19early.org
December 2023

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Libster (DB RCT)	50% 0.50 [0.09-2.65]	2/80	4/80
Balcells (RCT)	-24% 3.47 [0.35-11.9]	5/28	2/30
Korley (RCT)	-96% 4.96 [0.58-42.2]	5/250	1/248
Alemay (DB RCT)	80% 0.20 [0.01-4.14]	0/188	2/188
Gharbharan (DB RCT)	-1% 1.01 [0.06-16.0]	1/207	1/209

Early treatment -36% 1.36 [0.44-4.17] 13/753 10/755

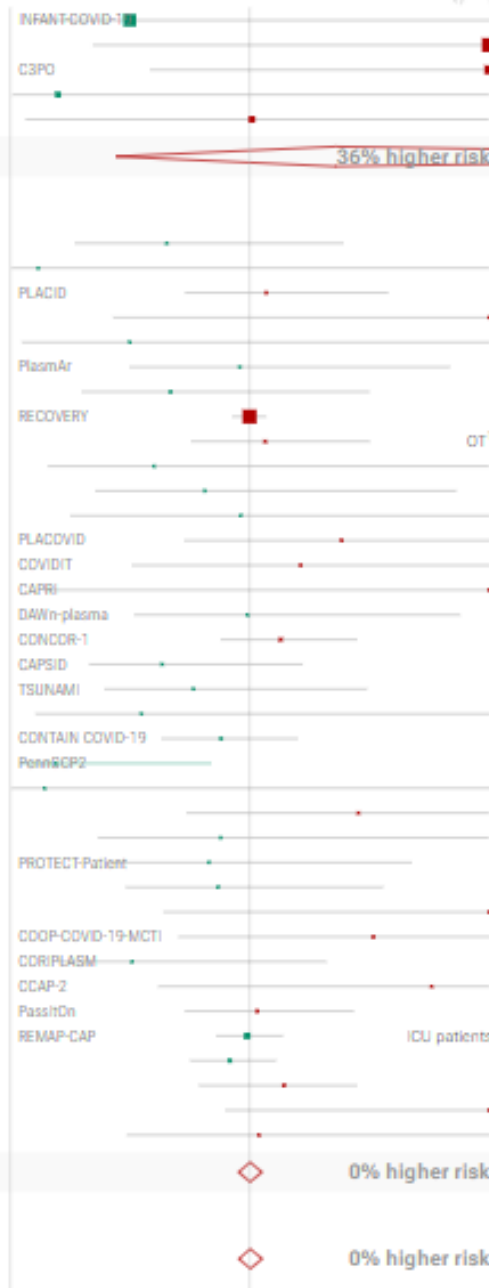
$I^2 = 0.40$, $P = 50.4\%$, $p = 0.5$

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Li (RCT)	35% 0.65 [0.27-1.39]	8/51	12/50
Avendaño-Solís (RCT)	88% 0.12 [0.01-2.11]	0/38	4/43
Agarwal (RCT)	-7% 1.07 [0.73-1.58]	34/235	31/229
Bajpal (RCT)	-32% 4.23 [0.43-41.6]	3/14	1/15
AlQahtani (RCT)	50% 0.50 [0.05-5.08]	1/20	2/20
Simonovich (RCT)	4% 0.96 [0.50-1.83]	25/228	12/105
Ray (RCT)	33% 0.67 [0.30-1.50]	10/40	14/40
Recovery Co.. (RCT)	0% 1.00 [0.93-1.07]	1,399/5,795	1,408/5,763
Gonzalez	-7% 1.07 [0.76-1.50]	60/130	26/60
Pouladza.. (SB RCT)	40% 0.60 [0.16-2.29]	3/30	5/30
Bennett.. (DB RCT)	19% 0.81 [0.36-1.86]	16/59	5/15
Gharbharan (RCT)	4% 0.96 [0.25-2.41]	6/43	11/43
Sekine (RCT)	-38% 1.38 [0.73-2.63]	18/80	13/80
Kirenga (RCT)	-21% 1.21 [0.51-2.89]	10/69	8/67
Hsue (DB RCT)	-12% 3.12 [0.14-71.7]	1/16	0/18
Devos (RCT)	1% 0.99 [0.52-1.88]	320 (n)	163 (n)
Bégin (RCT)	-13% 1.13 [0.88-1.45]	156/625	69/313
Körper (RCT)	37% 0.63 [0.33-1.22]	11/53	17/52
Menichetti (RCT)	23% 0.77 [0.39-1.49]	14/231	19/240
Holm (RCT)	45% 0.55 [0.11-2.84]	2/17	3/14
Ortigoza (DB RCT)	12% 0.88 [0.63-1.20]	59/462	71/462
Bar (RCT)	81% 0.19 [0.04-0.84]	40 (n)	39 (n)
Sullivan (DB RCT)	86% 0.14 [0.01-2.75]	0/592	3/589
Jalili (RCT)	-45% 1.45 [0.74-2.87]	16/60	11/60
Baldeón (DB RCT)	12% 0.88 [0.37-2.11]	7/63	12/95
van den Berg (RCT)	17% 0.83 [0.41-1.68]	11/52	13/51
De Santis (RCT)	13% 0.87 [0.48-1.56]	11/36	25/71
Rojas (SB RCT)	-22% 3.20 [0.64-16.0]	46 (n)	45 (n)
Song (RCT)	-52% 1.52 [0.70-3.27]	22/87	7/42
Lacombe (RCT)	49% 0.51 [0.20-1.32]	7/60	12/60
Thorlací.. (DB RCT)	-76% 1.76 [0.62-5.01]	15/98	4/46
Self (DB RCT)	-3% 1.03 [0.73-1.44]	89/482	80/465
Higgins (RCT)	1% 0.99 [0.86-1.14]	370/944	324/790
Denkinger (RCT)	8% 0.92 [0.75-1.11]	68 (n)	66 (n)
Alshamrani (PSM)	-14% 1.14 [0.79-1.45]	24/41	108/205
Krishnan	-2/0% 3.70 [0.90-15.8]	case control	
Kasten	-4% 1.04 [0.49-2.21]	7/19	11/31

Late treatment -0% 1.00 [0.95-1.05] 2,415/11,344 2,341/10,477

$I^2 = 0.00$, $P = 0.0\%$, $p = 0.94$

All studies -0% 1.00 [0.96-1.05] 2,428/11,997 2,351/11,232



Trattamento precoce:
tendenza a sfavore



Trattamento tardivo:
complex non beneficio

39 convalescent plasma COVID-19 Randomized Controlled Trials

c19early.org

December 2023

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Libster (DB RCT)	50% 0.50 [0.09-2.65]	death 2/80	4/80
Balcells (RCT)	-24% 3.47 [0.35-11.9]	death 5/28	2/30
Korley (RCT)	-96% 4.96 [0.58-42.2]	death 5/250	1/248
Alemay (DB RCT)	80% 0.20 [0.01-4.14]	death 0/188	2/188
Gharbharan (DB RCT)	-1% 1.01 [0.06-16.0]	death 1/207	1/209

Early treatment -36% 1.36 [0.44-4.17] 13/753 10/755

I² = 0.49, P = 30.4%, p = 0.5

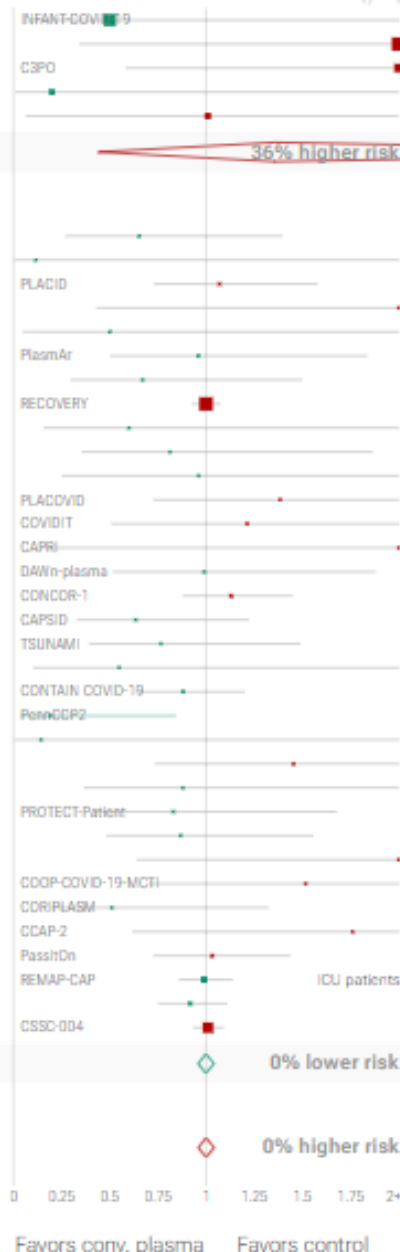
	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Li (RCT)	35% 0.65 [0.27-1.39]	death 8/51	12/50
Avendaño-Solá (RCT)	88% 0.12 [0.01-2.11]	death 0/38	4/43
Agarwal (RCT)	-7% 1.07 [0.73-1.58]	death 34/235	31/229
Bajpai (RCT)	-32% 4.23 [0.43-41.6]	death 3/14	1/15
AlQahtani (RCT)	50% 0.50 [0.05-5.08]	death 1/20	2/20
Simonovich (RCT)	4% 0.96 [0.50-1.83]	death 25/228	12/105
Ray (RCT)	33% 0.67 [0.30-1.50]	death 10/40	14/40
Recovery Co. (RCT)	0% 1.00 [0.93-1.07]	death 1,399/5,795	1,408/5,763
Pouladza. (SB RCT)	40% 0.60 [0.16-2.29]	death 3/30	5/30
Bennett. (DB RCT)	19% 0.81 [0.36-1.86]	death 16/59	5/15
Gharbharan (RCT)	4% 0.96 [0.25-2.41]	death 6/43	11/43
Sekine (RCT)	-38% 1.38 [0.73-2.63]	death 18/80	13/80
Kirenga (RCT)	-21% 1.21 [0.51-2.89]	death 10/69	8/67
Hau (DB RCT)	-21% 3.12 [0.14-71.7]	death 1/16	0/18
Devos (RCT)	1% 0.99 [0.52-1.88]	death 320 (n)	163 (n)
Bégin (RCT)	-13% 1.13 [0.88-1.45]	death 156/625	69/313
Körper (RCT)	37% 0.63 [0.33-1.22]	death 11/53	17/52
Menichetti (RCT)	23% 0.77 [0.39-1.49]	death 14/231	19/240
Holm (RCT)	45% 0.55 [0.11-2.84]	death 2/17	3/14
Ortigoza (DB RCT)	12% 0.88 [0.63-1.20]	death 59/462	71/462
Bar (RCT)	81% 0.19 [0.04-0.84]	death 40 (n)	39 (n)
Sullivan (DB RCT)	86% 0.14 [0.01-2.75]	death 0/592	3/589
Jalili (RCT)	-45% 1.45 [0.74-2.87]	death 16/60	11/60
Baldeón (DB RCT)	12% 0.88 [0.37-2.11]	death 7/63	12/95
van den Berg (RCT)	17% 0.83 [0.41-1.68]	death 11/52	13/51
De Santis (RCT)	13% 0.87 [0.48-1.56]	death 11/36	25/71
Rojas (SB RCT)	-22% 3.20 [0.64-16.0]	death 46 (n)	45 (n)
Song (RCT)	-52% 1.52 [0.70-3.27]	death 22/87	7/42
Lacombe (RCT)	49% 0.51 [0.20-1.32]	death 7/60	12/60
Thorlac. (DB RCT)	-76% 1.76 [0.62-5.01]	death 15/98	4/46
Self (DB RCT)	-3% 1.03 [0.73-1.44]	death 89/482	80/465
Higgins (RCT)	1% 0.99 [0.86-1.14]	death 370/944	324/790
Denkinger (RCT)	8% 0.92 [0.75-1.11]	death 68 (n)	66 (n)
Baksh (DB RCT)	-1% 1.01 [0.94-1.09]	no recov. 381/538	381/532

Late treatment 0% 1.00 [0.96-1.04] 2,705/11,592 2,572/10,713

I² = 0.00, I² = 0.0%, p = 0.99

All studies -0% 1.00 [0.96-1.04] 2,718/12,345 2,584/11,468

Tau² = 0.00, I² = 0.0%, p = 0.99
Effect extraction pre-specified (most serious outcome)



Trattamento precoce:
tendenza a sfavore

Se il RCT DB positivo di Sullivan (segnalato da una collega) fosse stato classificato «early treatment», i risultati cambiavano poco. (anche le LG WHO del nov. 2023 lo considerano solo in contesti di ricerca per COVID grave o critica)

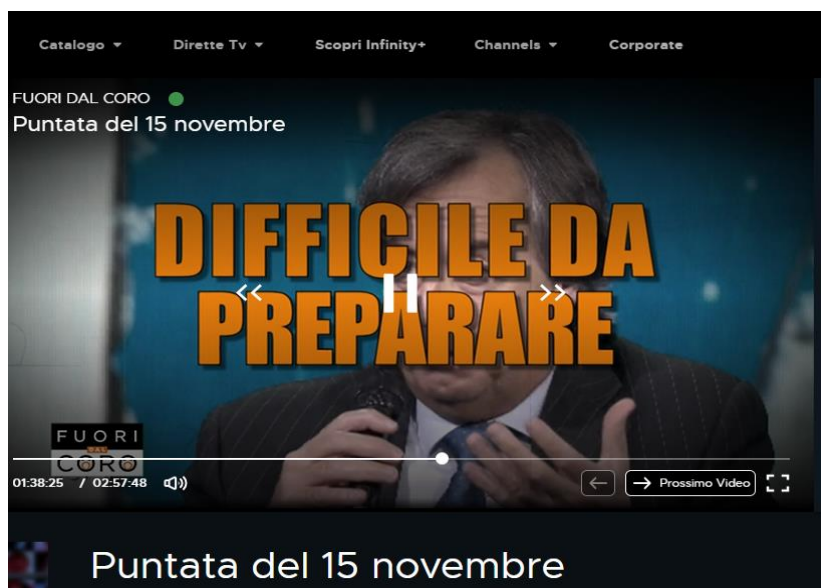
Trattamento tardivo:
complex non beneficio



n.d.r.: è vero



n.d.r.: anche questo è vero...



questo è meno vero oggi, con la grande prevalenza di vaccinati, ma quanti, salvo in situazioni salvavita (come trasfusioni d'emergenza, senza alternative), rinuncerebbero al **principio di precauzione**, con il rischio di ricevere spike vaccinali e autoanticorpi presenti nel plasma di vaccinati, o altro ancora...

quando per terapie domiciliari precoci ci sono alternative molto migliori?!

Institute for Scientific Freedom



About ▾

News

Articles

Books

Podcasts

Lectures

Expert help

Links

Donate



Institute for
Scientific Freedom

Screening mammografico NON riduce mortalità totale



Socrates

Socrates (c. 470–399 BC) was a Greek philosopher who is credited as the founder of Western philosophy. Socrates and his interlocutors examined a subject in the style of questions and answers. In 399 BC, he was accused of impiety and corrupting the youth. After a trial that lasted a day, he was sentenced to death. He spent his last day in prison, refusing offers to help him escape. We are indebted to Socrates. Even today, people are executed for asking questions. The Institute for Scientific Freedom works to preserve honesty and integrity in science and to help develop a better healthcare where more people will benefit; fewer will be harmed; and more will live longer in good health.

Mission statement

The Institute has three visions:

1. All science should strive to be free from financial conflicts of interest.
2. All science should be published as soon as possible, and made freely accessible.
3. All scientific data, including study protocols, should be freely accessible, allowing others to do their own analyses.

The Institute's primary area of work is healthcare.

<https://www.scientificfreedom.dk/2023/05/03/screening-for-breast-cancer-with-mammography>



Institute for Scientific Freedom

Screening for breast cancer with mammography

By [Peter](#) / May 3, 2023

This is the title of a Cochrane review I first published in 2001 and **lastly updated in 2013** ([1](#)). Because many more deaths have now been published ([2,3](#)), **I updated the review again on 10 January 2023**, and on 6 February, my co-author had independently assessed the new data and agreed with what I had found.

The **updated mortality data show even more clearly than before that mammography screening does not save lives, which is the official mantra used for justifying screening**. When we analysed invitations to breast screening from seven countries, we found that 19 pamphlets (95%) had [suggestive headlines](#), such as, “Have a screening mammogram, it **may save your life**.”

Two of the three studies with adequate randomisation have been updated with many more deaths. **Breast cancer mortality is an unreliable outcome that is biased in favour of screening, mainly because of differential misclassification of cause of death.** We therefore **need to look at total cancer mortality and total mortality** instead.

The trials with adequate randomisation did not find an effect of screening on total cancer mortality, including breast cancer (risk ratio 1.00, 95% confidence interval 0.96 to 1.04). **All-cause mortality was not significantly reduced either (risk ratio 1.01, 95% CI 0.99 to 1.04).**

La differenza di mortalità total non è statisticamente significativa, ma va in direzione opposta a quanto desiderato.

Proiettata su una coorte di 100 donne con mammografia (vs 100 donne senza) sarebbe nel tempo 1 caso in più di mortalità totale con lo screening.

Su una coorte di 10 milioni di donne con mammografia (vs 10 milioni senza) sarebbero nel tempo **100 mila casi in più di mortalità totale** con lo screening.

As reported earlier, **total numbers of lumpectomies and mastectomies were significantly larger in the screened groups (risk ratio 1.31, 95% CI 1.22 to 1.42), as were number of mastectomies (risk ratio 1.20, 95% CI 1.08 to 1.32).**

(Zambrano, *La Bussola Quotidiana*)

Il Prof. **Francesco Schittulli**, oncologo e presidente della [Lilt](#) (Lega italiana lotta ai tumori) ha rilasciato un'intervista a [Telenorba](#), la televisione della sua città.

Nel 2022 c'è stato un aumento di ca. mammari nelle giovani **sotto i 40 anni: ~11 mila casi (+15% sul 2021)**, su un totale di ~60 mila casi di cancro mammario nelle donne italiane nel 2022.



Il Prof. Schittulli ha detto: «**Non voglio aprire il capitolo della vaccinazione**, io non sono un no vax ... però sarebbe anche opportuno capire...».

Il giornalista che lo intervista, Antonio Procacci, gli chiede quale sia la relazione tra COVID, vaccini e cancro. E Schittulli: «Registro un aumento dei tumori in fase avanzata, perché la popolazione non è stata sottoposta allo *screening*».

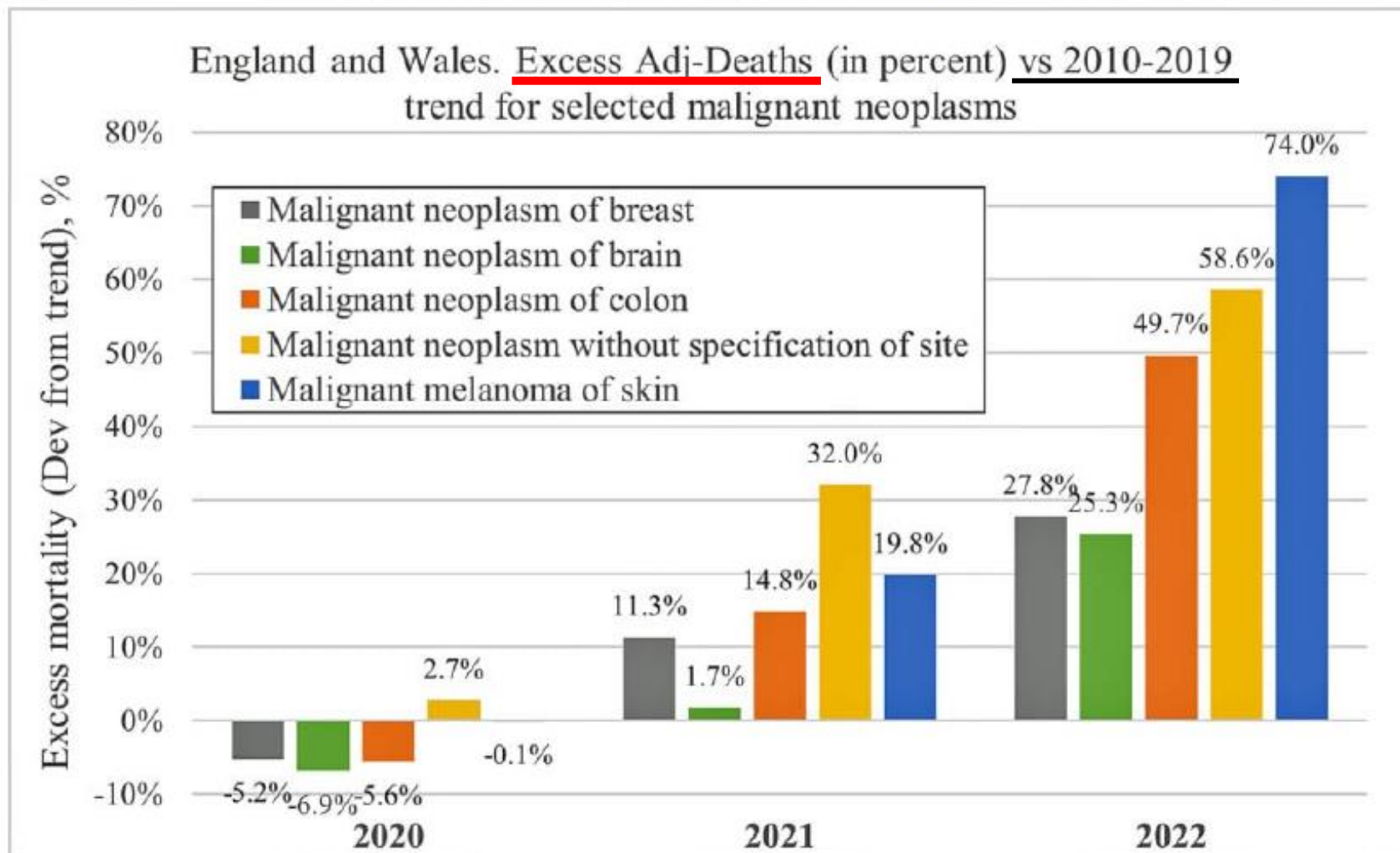
Ma non è una spiegazione: dal sito del [Ministero della Salute](#), lo *screening* per tumore mammario è per donne tra 50 e 69 anni, con mammografia ogni 2 anni, ma «in alcune Regioni si sta sperimentando lo *screening* tra i 45 e i 74 anni». Sotto i 40 anni, però, non c'è *screening*: sono tumori clinicamente manifesti...

New Report: Young People Dying of Cancer at 'Explosive' Rates, UK Government Data Show (da dati ONS)

An analysis of U.K. government data shows an unprecedented increase in cancer deaths among 15- to 44-year-olds following the rollout of COVID-19 vaccines, according to a new report by data analyst Edward Dowd. The

27/11/23, 09:56

New Report: Young People Dying of Cancer at 'Explosive' Rates, UK Government Data Show • Children's Health Defense



Credit: [Edward Dowd](#) - ex gestore di fondi speculativi di Wall Street

Arzneimittelreport der Helsana 2022 (30.11.23) **Rapporto sui farmaci 2022**

UNIVERSITÄT
LUZERN

Jahr	Anzahl Bezüger von Krebsmedikamenten
2013	90'446
2014	104'522
2015	104'107
2016	106'774
2017	79'525
2018	82'942
2019	83'072
2020	88'188
2021	152'168
2022	153'956

I dati di [Helsana](#), l'assicuratore leader su malattie e infortuni in Svizzera, mostrano un **aumento impressionante delle prescrizioni di farmaci antitumorali**.

Il noto economista assicurativo [Beck dell'Università di Lucerna](#) ha lanciato l'allarme. In una [pubblicazione del 30 novembre](#) [mostra](#) un **aumento del 94% dal 2017 al 2022**.

Secondo Beck, i dati ufficiali dell'Ufficio federale di statistica, poi ritirati senza spiegazioni,

hanno inizialmente rivelato un aumento sconcertante di malattie croniche, in particolare **attacchi di cuore, ictus e cancro**. Beck suggerisce una correlazione con le vaccinazioni antiCOVID, non con la COVID-19, perché non c'era nel 2020.

Basic tumor immunology
Original research

pubblicato nel 2020!

An immune evasion mechanism with IgG4 playing an essential role in cancer and implication for immunotherapy

Hui Wang¹, Qian Xu¹, Chanyuan Zhao¹, Ziqi Zhu¹, Xiaoqing Zhu¹, Junjie Zhou¹, Shuming Zhang¹, Tiquan Yang¹, Biying



Abstract

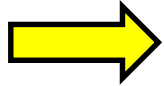
Background Recent impressive advances in cancer immunotherapy have been largely derived from cellular immunity. The role of humoral immunity in carcinogenesis has been less understood. Based on our previous observations we hypothesize that an immunoglobulin subtype IgG4 plays an essential role in cancer immune evasion.

Methods The distribution, abundance, actions, properties and possible mechanisms of IgG4 were investigated with human cancer samples and animal tumor models with an extensive array of techniques both in vitro and in vivo.

Results In a cohort of patients with esophageal cancer we found that IgG4-containing B lymphocytes and IgG4 concentration were significantly increased in cancer tissue and IgG4 concentrations increased in serum of patients with cancer. Both were positively related to increased cancer malignancy and poor prognoses, that is, more IgG4 appeared to associate with more aggressive cancer growth. We further found that IgG4, regardless of its antigen specificity, inhibited the classic immune reactions of antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity, antibody-dependent cellular phagocytosis and complement-dependent cytotoxicity against cancer cells in vitro, and these effects were obtained through its Fc fragment reacting to the Fc fragments of cancer-specific IgG1 that has been bound to cancer antigens. We also found that IgG4 competed with IgG1 in reacting to Fc receptors of immune effector cells. Therefore, locally increased IgG4 in cancer microenvironment should inhibit antibody-mediated anticancer responses and help cancer to evade local immune attack and indirectly promote cancer growth. This hypothesis was verified in three different immune potent mouse models. We found that local application of IgG4 significantly accelerated growth of inoculated breast and colorectal cancers and carcinogen-induced skin papilloma. We also tested the antibody drug for cancer immunotherapy nivolumab, which was IgG4 in nature with a stabilizing S228P mutation, and found that it significantly promoted cancer growth in mice. This may provide an explanation to the newly appeared hyperprogressive disease sometimes associated with cancer immunotherapy.

Una delle possibili spiegazioni:

An immune evasion mechanism with IgG4 playing an essential role in cancer and implication for immunotherapy



Immunother Cancer 2020;8:e000661. doi:10.1136/jitc-2020-000661

Hui Wang,¹ Qian Xu,¹ Chanyuan Zhao,¹ Ziqi Zhu,¹ Xiaoqing Zhu,¹ Junjie Zhou,¹

Background Recent impressive advances in cancer immunotherapy ... from cellular immunity. The role of humoral immunity in carcinogenesis has been less understood... we hypothesize that an immunoglobulin subtype IgG4 plays ... role in cancer immune evasion.

Results In a cohort of patients with esophageal cancer we found that IgG4-containing B lymphocytes and IgG4 concentration were significantly increased in cancer tissue and IgG4 concentrations increased in serum of patients with cancer..., more IgG4 appeared to associate with more aggressive cancer growth. (...)

... **locally increased IgG4** in cancer microenvironment should inhibit antibody-mediated anticancer responses and **help cancer to evade local immune attack and indirectly promote cancer growth**. This hypothesis was verified in three different immune potent mouse models. We found that **local application of IgG4 significantly accelerated growth of inoculated breast, colorectal cancers and carcinogen-induced skin papilloma**...

The antibody drug for cancer immunotherapy nivolumab, which was IgG4 in nature... significantly promoted cancer growth in mice... explanation to the **hyperprogressive disease** sometimes associated with cancer immunotherapy.

(Wang 2020) **RISULTATI.** Le IgG4 erano aumentate in modo significativo nel siero di pazienti con cancro, e questo **aumento era correlato allo stadio del cancro e alla prognosi del paziente.**

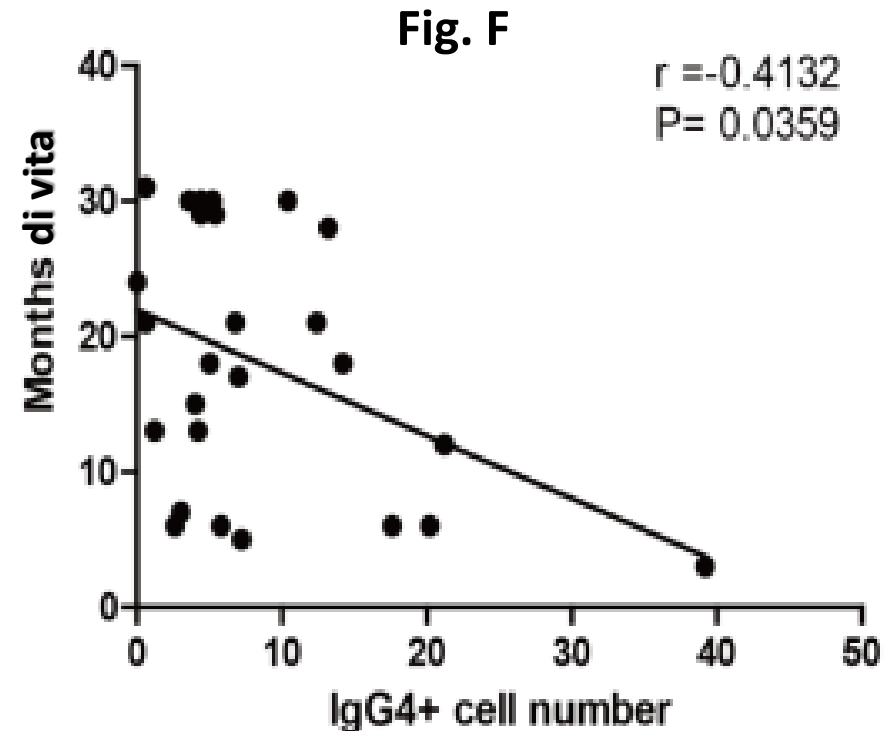
Prima abbiamo misurato la concentrazione di IgG1, IgG2, IgG3 e IgG4 nei sieri di 82 pazienti con cancro all'esofago.

Le IgG4 erano aumentate in modo significativo in pazienti con cancro in confronto con 70 soggetti sani.

La concentrazione di **IgG4 era aumentata da ~3% all'11%.**

Era anche aumentato in modo significativo il rapporto IgG4:IgG totali. La significatività statistica di entrambi raggiungeva $p < 0,0001$. L'aumento di IgG4 era anche correlato con lo stadio del cancro (**stadi avanzati → più IgG4**).

Più **alte concentrazioni di IgG4 nel siero** si associavano a **prognosi peggiore (Fig. F)**. I linfociti con IgG4 e la concentrazione di IgG4 erano significativamente aumentati nel microambiente del cancro, e l'aumento si associava con l'infiltrazione di cellule cancerose.



Nel suo blog, Chudov conclude con un messaggio che vuol essere di speranza:

«**Ragioni per sperare che queste scoperte biologiche risparmino la maggior parte delle persone:**

- Stiamo solo iniziando a comprendere gli effetti degli anticorpi IgG4 sul cancro
- Solo ~metà dei vaccinati produce IgG4 in quantità
- Non c'è alcuna prova ad oggi che gli anticorpi IgG4 causino il cancro; le prove indicano solo che potenziano e accelerano tumori esistenti.

Ciò che le prove mostrano in modo crescente è che alcuni tumori, curabili prima delle iniezioni di mRNA, possono diventare aggressivi e difficili da trattare, condizione che gli autori dello studio del BMJ chiamano “**malattia iperprogressiva**”.

Spero e prego che il numero di persone affette da “malattia iperprogressiva” sia basso.»

Io aggiungo che spero nella «vis medicatrix naturae» (**forza risanatrice della natura**, Ippocrate), che **può consentire nel tempo anche il recupero della competenza immunitaria**, purché si punti su **scelte salutari** (a partire da quelle di base) e **si smetta di ripetere inoculazioni di questi «vaccini»**.

*Se fossimo in grado di fornire
a ciascuno
la giusta dose
di nutrimento
ed esercizio fisico,
ne' in eccesso
ne' in difetto,
avremmo trovato
la strada per la Salute*

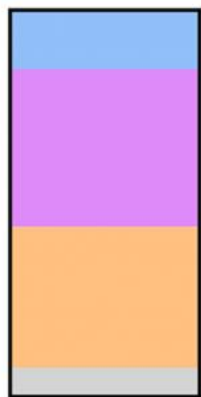
Ippocrate, 460-377ac



Il naufragio di tutti i naufragi: miliardi di persone messe nei guai con danni alla risposta immunitaria ([Rintrah, 24 dicembre 2022](#))

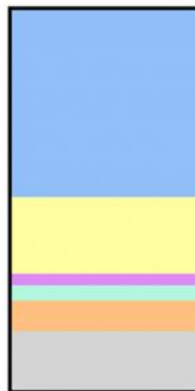
Dopo la vaccinazione con vaccini a mRNA, la risposta immunitaria contro la Spike si sposta via via verso le IgG4, che sono risposta fisiologica dopo un'esposizione ripetuta a sostanze che il corpo deve tollerare, come veleno delle api, polline o

A



15.5 % IgG1 [11.5 - 19.5]
42.2 % IgG3 [40.4 - 44]
37.5 % IgM [30.9 - 44.1]
7.8 % IgA [6.2 - 9.4]

B



49 % IgG1
20 % IgG2
3 % IgG3
4 % IgG4
8 % IgM
16 % IgA

proteine delle arachidi.

A sinistra si vede quali anticorpi effettuano la neutralizzazione, a destra la loro % relativa nella massa anticorpale.

Nonostante costituiscano solo il 3% della massa anticorpale, le **IgG3 effettuano il 42,2% delle neutralizzazioni**. Le IgA sono impegnate nel muco e combattono lì i virus. **Le IgM rispondono all'infezione riducendo la carica virale.**

Le IgG3 si uniscono quindi alla lotta e contrassegnano tutti i nascondigli rimanenti di questo virus, in modo che il corpo non finisca per tollerarlo.

L'eccesso di mortalità può essere anche una conseguenza indiretta del vaccino, interferendo con la nostra risposta ottimale al virus →

% ([Rintrah, 24 dicembre 2022](#)) Dopo il 2° inoculo, le IgG4 iniziano a risaltare, e peggio dopo le reinfezioni. Dopo il 3° inoculo, peggio ancora. Con reinfezioni dopo 3° booster, **le IgG4 si rilevano a >40%, dominando la risposta alle infezioni.**

È vero che le IgG non importano solo per favorire la fagocitosi (cioè: cellule immunitarie mangiano le particelle virali), ma anche per la neutralizzazione, che non sarebbe compromessa verso altri virus. Però:

1. i virus evolvono rapidamente, per evitare gli anticorpi neutralizzanti
2. le IgG4 non contano per la neutralizzazione, merito soprattutto delle IgG3.

Ma le **IgG3 vanno quasi a zero dopo il 3° inoculo**, a vantaggio di un nuovo anti-corpo dominante IgG4, con risposta omogenea in miliardi di persone, che hanno ora imparato a tollerare gli stessi epitopi! **Ciò peggiora la risposta al SARS-CoV-2!**

Ma alcune catene di aminoacidi ora tollerati nel SARS-CoV-2 sono **presenti anche in altri virus respiratori** (es. in **VRS**, che ora adulti imparano a tollerare e possono diffondere a bambini a cariche maggiori, con > virulenza!).

La biodiversità delle risposte immunitarie, che **manca nei Nativi Americani**, li ha resi così vulnerabili ai virus introdotti dai colonizzatori!



Graphs and maps

Last updated on week 46, 2023 [Print](#)

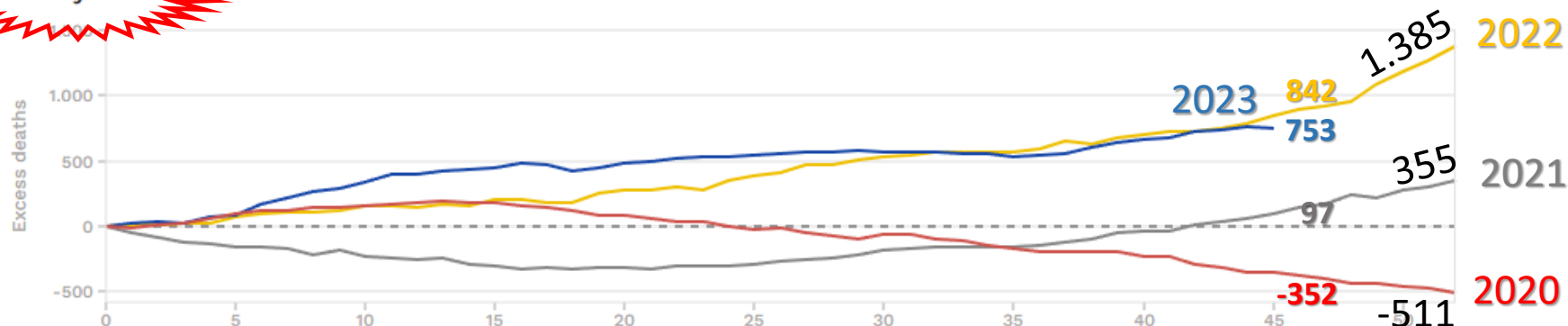
These graphs were generated in week 2023-46 with data from 27 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), UK (Scotland), and UK (Wales).

Ukraine did not contribute to this week's data.

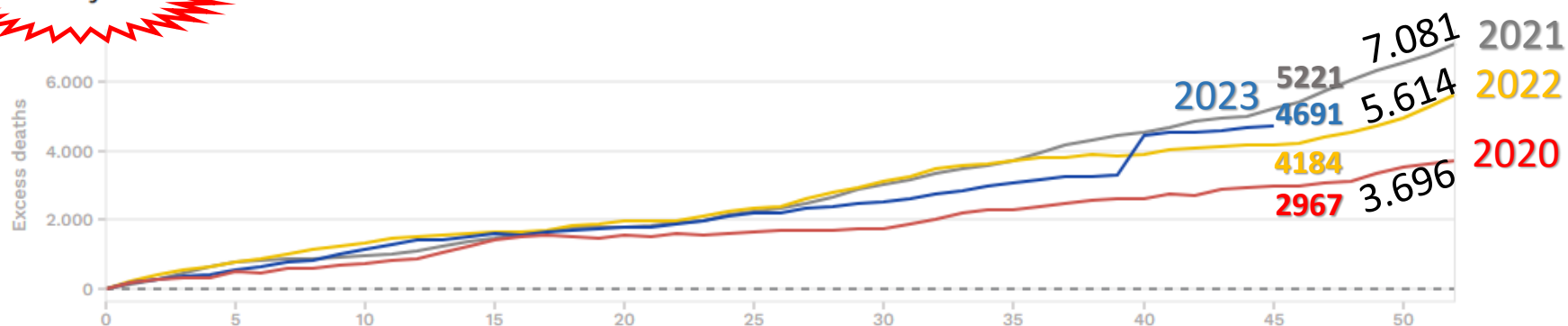
Ukraine, Germany (Berlin) and Germany (Hesse) were not included in the pooled data.

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

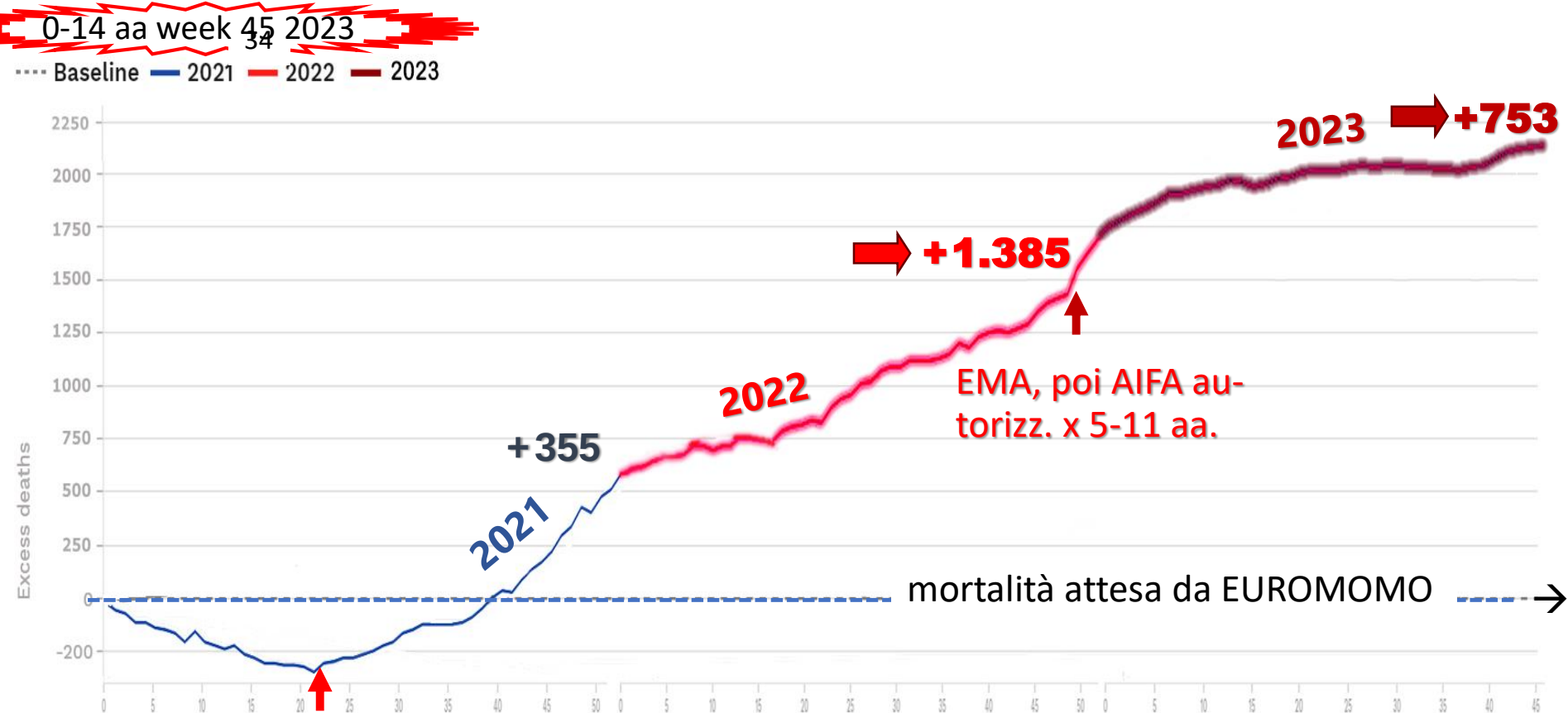
0-14 years



15-44 years



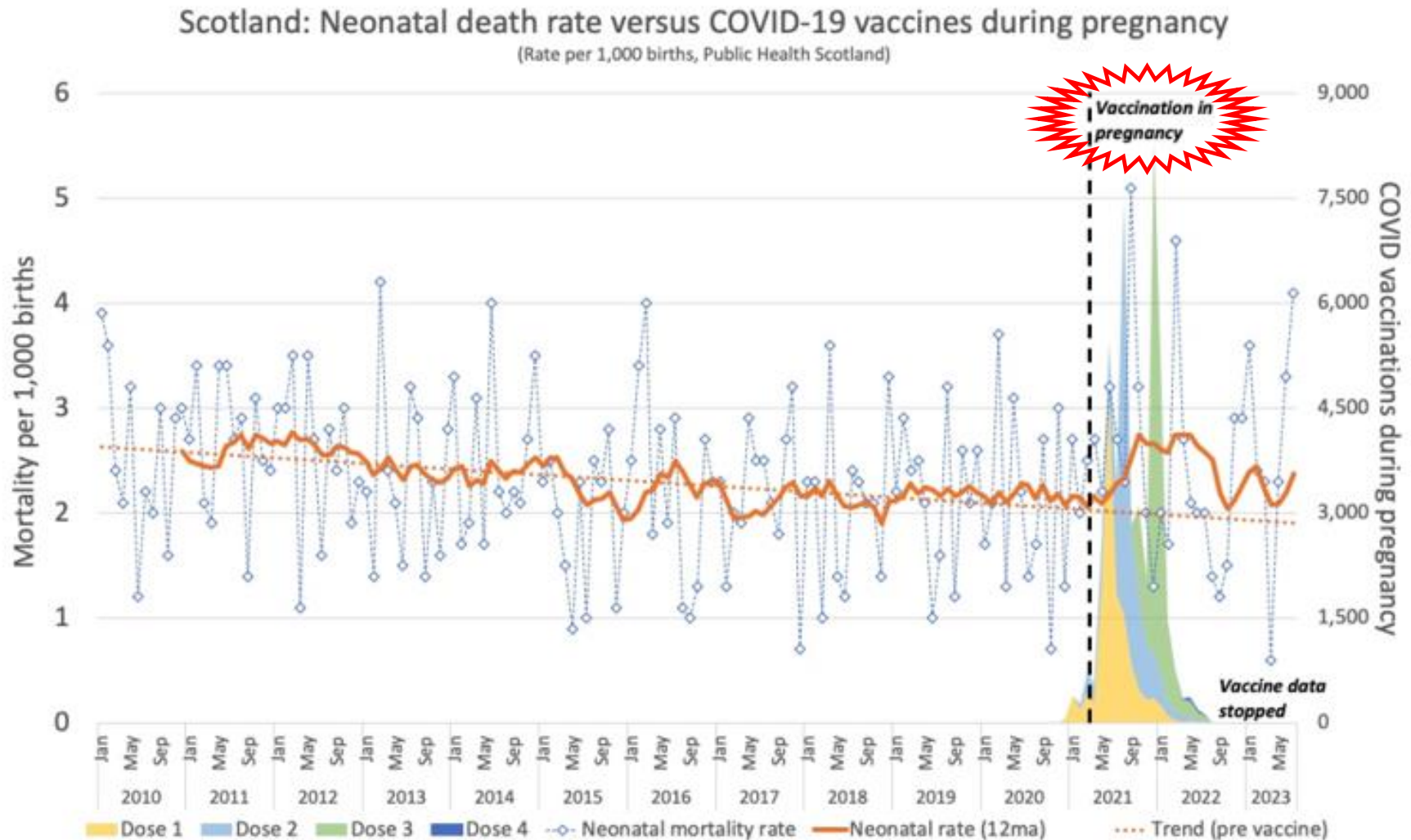
Se si mettono **di seguito 2021, 2022 e 2023**, la progressione dell'eccesso dei **decessi nei bambini** è continua, costante ed evidentissima (accesso 16-11-'23)



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

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

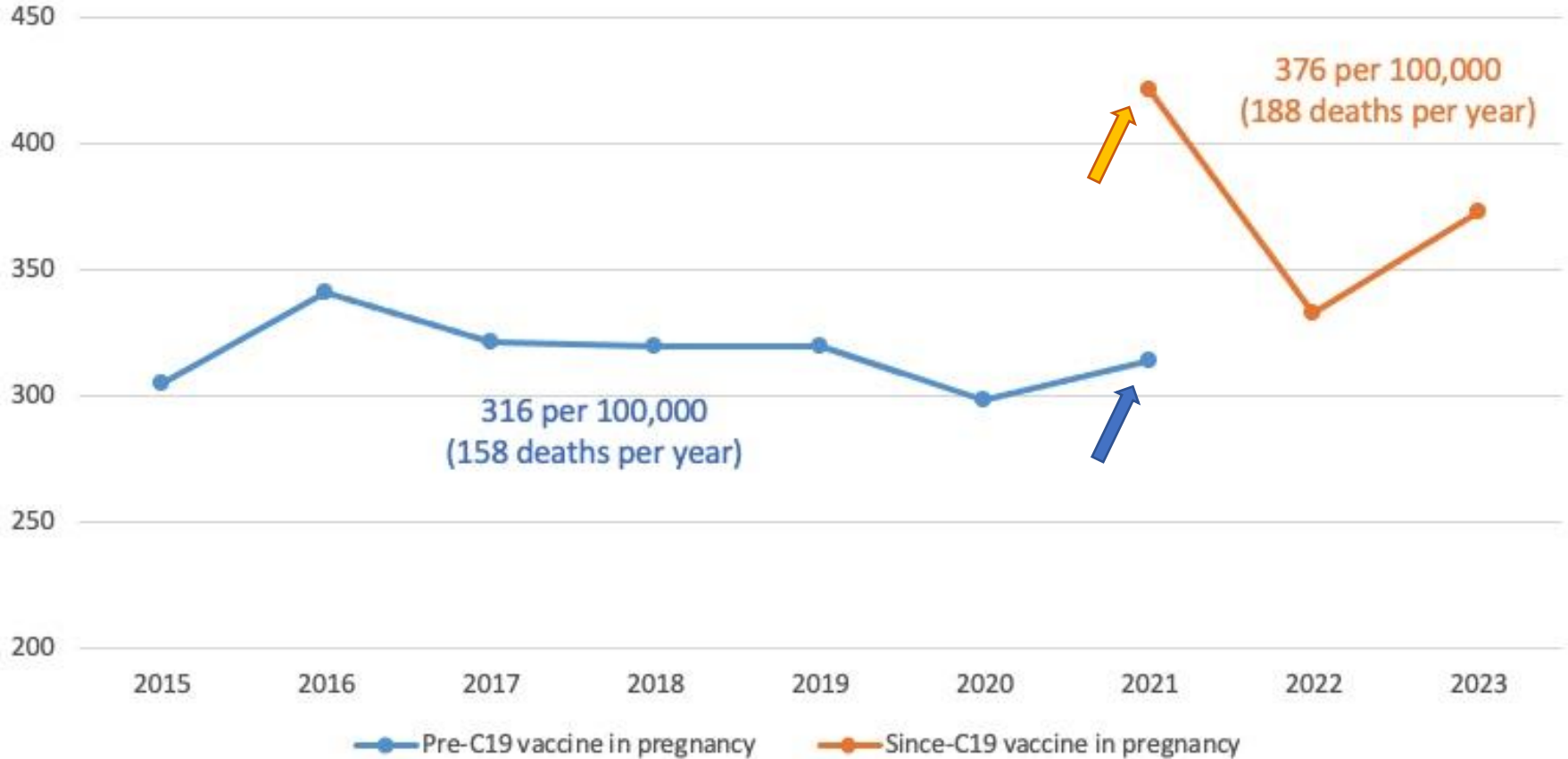
Deaths of Scottish babies – HART (hartgroup.org) - 16 nov 2023



*Tassi di mortalità neonatali x 1000 nati dal 2010 con **media in arancione** vs dosi vaccini COVID a donne incinte*

Chiaro aumento in Scozia di **morti neonatali (+35)**, in **esatta coincidenza con vaccinazioni a donne incinte**. Sommato a eccesso **morti postnatali**, fanno **65 morti in più**

Scotland: Mortality rate (ASMR) of Age 0



National Record of Scotland age standardised mortality data for age 0 years.

N.B. il grafico è diviso in due per il 2021, con un **punto dati per il periodo vaccino-pre-gravidanza** e uno per il **periodo vaccinale post-gravidanza**.

In Inghilterra i dati sono meno trasparenti.

È tuttavia possibile confrontare le registrazioni dei decessi delle persone di età 0 anni con i dati di nascita da [qui](#) e [qui](#).

Con questa misurazione, il tasso di **mortalità per nascita nel 1° anno di vita è aumentato del 27%**.



	2018-2020	2021-June 2023
Total births	1,911,382	1,471,511
Registered deaths of 0 yr olds	7,522	6,108
Deaths per 1,000 babies per month	1.09	1.38

Molte delle persone con morte attribuita a COVID avevano un'aspettativa di vita inferiore (per malattie) rispetto ai coetanei.

Se però assumiamo con generosità che avessero un'aspettativa di vita media, allora per la Scozia ci sarebbero stati 13.040 anni di vita persi a causa del COVID.

La **morte di questi 65 bambini equivale a >5.200 anni di vita persi**, e il danno continua

The study was carried out in six EU/EEA countries: Belgium, Denmark, Luxembourg, Spain (Navarre), Norway, Portugal, representing close to 14 million people ≥ 50 years. COVID-19 epidemiology and rollout of COVID-19 vaccines have been heterogeneous across the six countries (Table 2).

Figure 1. Countries participating in VEBIS multi-country study on EHR



**Interim analysis of COVID-19
vaccine effectiveness against
hospitalisation and death using
electronic health records in six
European countries**
April 2022 to March 2023

www.ecdc.europa.eu

Relative vaccine effectiveness of first, second and third booster against hospitalisation due to COVID-19

Between February–March 2023, a **first booster** showed little to no added protection at least **24 weeks after its administration** compared to primary vaccination only, with rVE reaching:

10% (95% CI: **-33**; 40) in **≥80 year olds**,
-13% (95% CI: **-58**; 19) in **65–79 year olds**,
and **17%** (95% CI: **-32**; 49) in **50–64 year olds**.

rVE of the **second booster** administered **at least 24 weeks ago** was:

3.5% (95% CI: **-88**; 51) in **≥80 year olds**
and **43%** (95% CI: **-8**; 70) in **65–79 year olds**.

rVE of **third boosters** waned rapidly, being **null beyond 12 weeks (3 mesi!)** of administration:

-12% (95% CI: **-319**; 70) at **12–24 weeks after its administration** (estimates from February–March 2023).

This status is achieved 14 days after the date of administration of the booster dose (induction period).

Individui con **dose booster <14 giorni prima si sono tenuti separati** (non aggiunti né al precedente né al successivo stato vaccinale): **per loro non si è stimata la VE**.

→ con la solita possibile esclusione di molti danni da vaccino...!

Conclusions (dell'ECDC...)



Overall, estimates of rVE generated in this study indicate that **booster doses were effective in restoring protection** against both hospitalisation due to COVID-19 and COVID-19 related mortality.

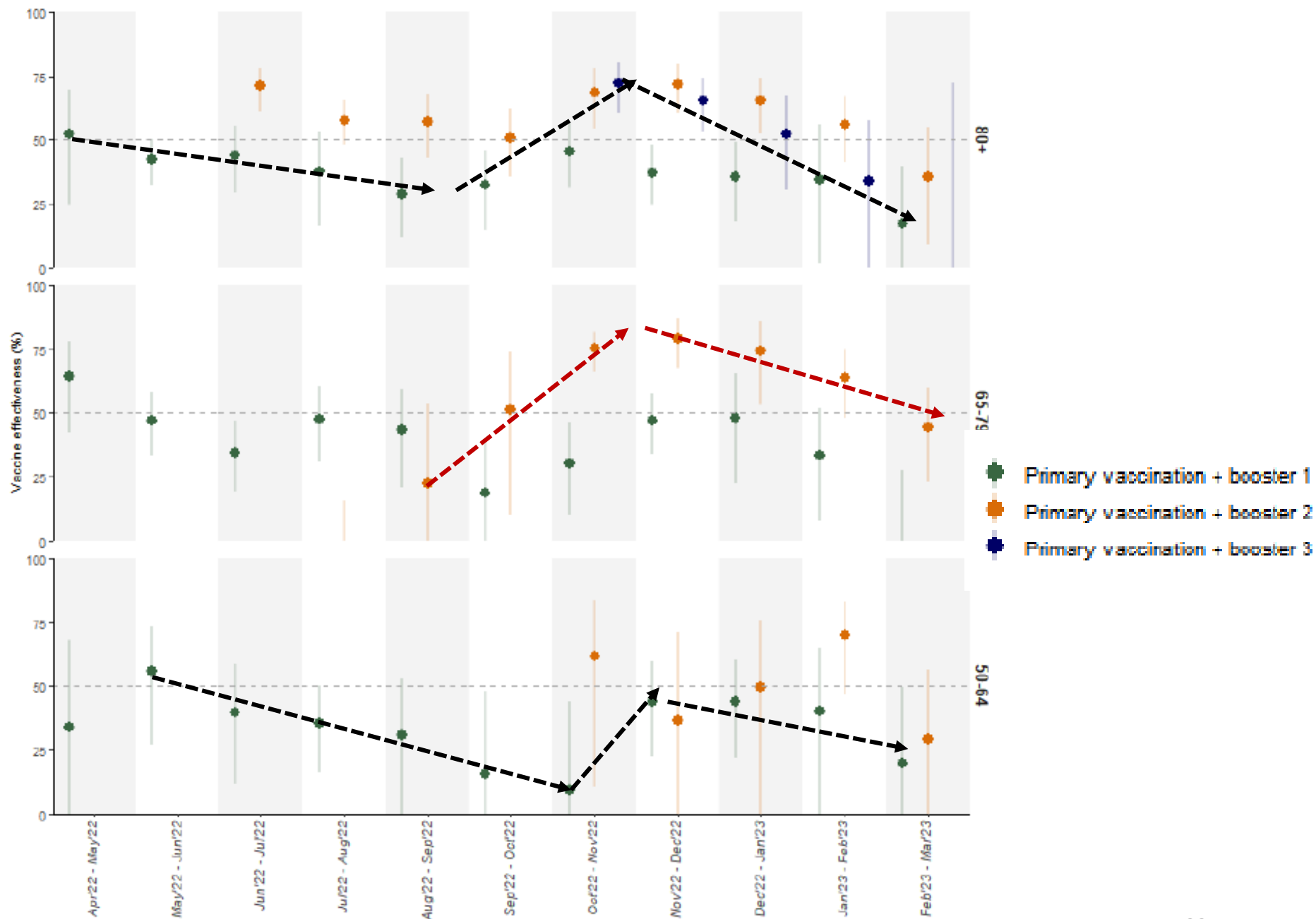


However, **rVE point estimates declined over time, particularly for the third booster dose**, which was only administered to the ≥ 80 years age group in Belgium and Portugal.

Although there is uncertainty about the timing and the magnitude of waning immunity,...
these results

clearly (?) support the policy of providing additional boosters periodically to maintain protection,
especially to those ≥ 80 years.





Bivalent booster effectiveness against severe COVID-19

outcomes in Finland, September 2022 – March 2023

Eero Poukka^{1,2}, Hanna Nohynek¹, Sirkka Goebeler³, Tuija Leino¹, Ulrike Baum¹

Infectious Disease Control and Vaccinations Unit, Department of Health Security, Finnish Institute



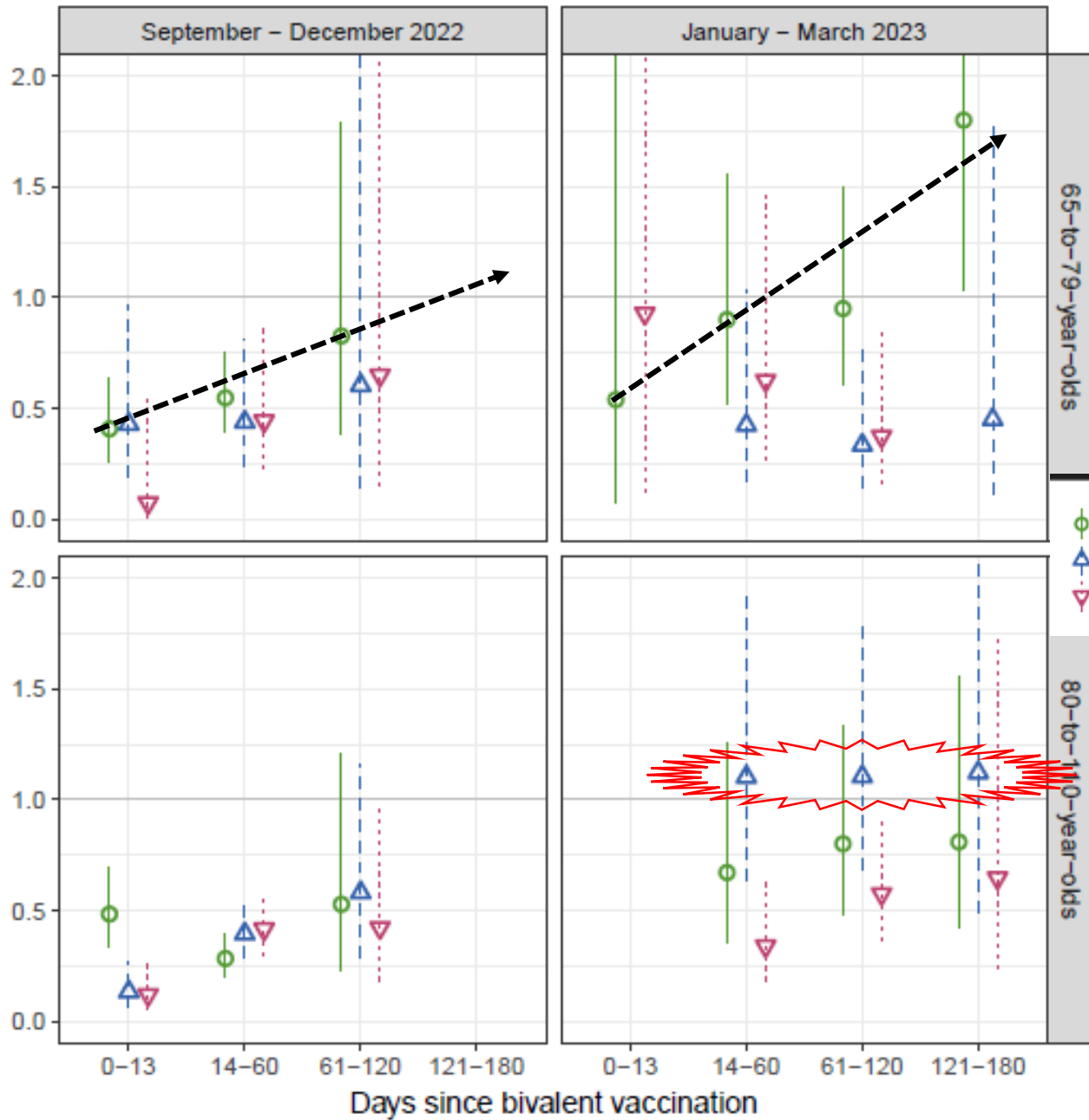
La VE da vaccini COVID bivalenti in **anziani 65-110** aveva nel periodo settembre-dicembre 2022 **HR da ospedalizzazioni 0,37** e **da morte 0,45**.

Ma da gennaio a marzo 2023 **la VE è scomparsa**, passando nei giorni da 30 a 150 da 0,71 a **1,23** (n.s.) **per ospedalizzazioni** e a **0,90** (n.s.) **per morte da COVID**, e da 0,40 a **1,30** (n.s.) per morti in cui COVID era un fattore concorrente.

Tra i **malati cronici** già a settembre-dicembre 2022 l'HR di **ospedalizzazione da COVID** era **1,01** (n.s.) da 14 a 30 gg dopo il bivalente, e **1,81** (n.s.) nel mese successivo. In gennaio a marzo 2023 l'HR è passato da 0,74 (n.s.) a **un significativo 3,40** (1,34-8,66).

Dunque il **booster bivalente nel periodo gennaio a marzo 2023 non** ha ridotto il rischio di COVID grave tra gli anziani, né tanto meno ha dato beneficio (**anzi!!**) ai malati cronici adulti, dai 18 ai 64 anni.

Hazard ratio



65-to-79-year-olds

80-to-110-year-olds

- Hospitalisation due to COVID-19
- △ Death due to COVID-19
- ▽ Death in which COVID-19 was a contributing factor





The spectrum of non-fatal immune-related adverse events following COVID-19 vaccination: The population-based cohort study in Seoul, South Korea

Authors: **Eccessi eventi avversi post-vacc. non fatali Sud Corea**

Jee Hyun Suh, MD, PhD^{1,†}, Hong Jin Kim, MD, PhD^{2,†}, Min-Ho Kim, PhD³, Myeong Geun Choi, MD, PhD⁴, Eun Mi Chun, MD, PhD^{4,*}

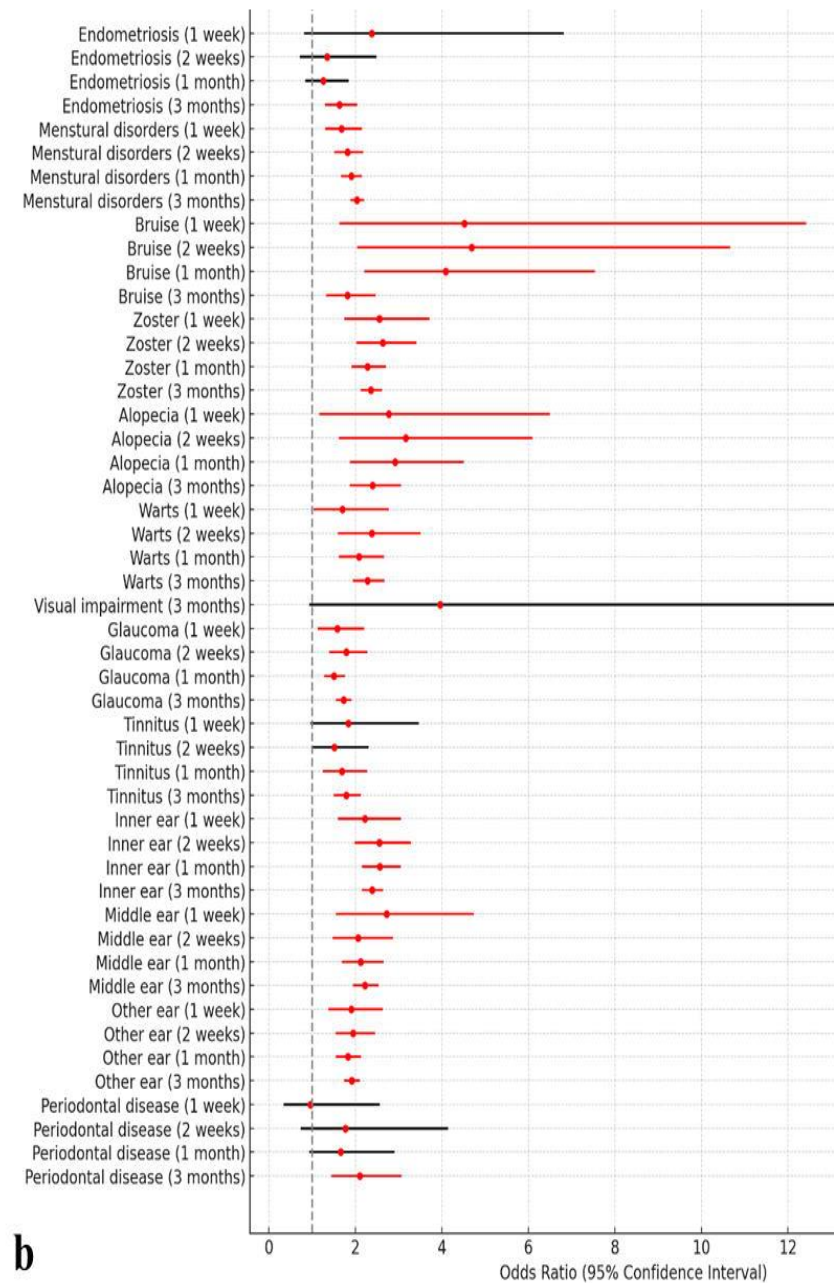
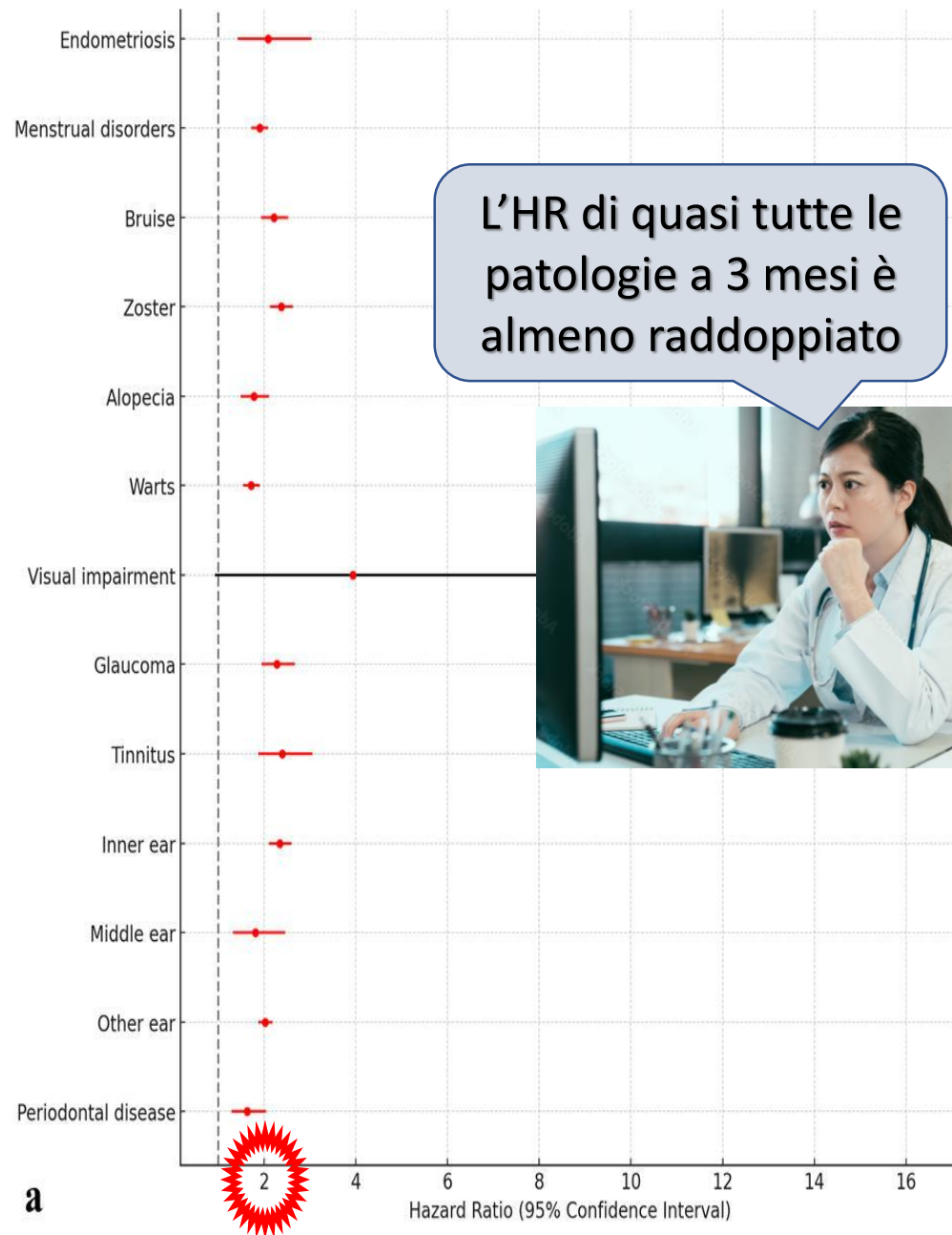
Dal database dell'Assicurazione Sanitaria Nazionale Coreana si è estratto un campione random del 50% dei residenti in Seul nel gennaio 2021, con raccolta di diagnosi primaria, secondarie e date visite ospedaliere per **14 patologie non fatali**.

Si sono confrontati vaccinati con due dosi e non vaccinati, escludendo i vaccinati con una sola dose.

Per investigare possibile relazione causale con vaccino di reazioni avverse non fatali, si sono esclusi i soggetti con qualunque diagnosi primaria o secondaria di malattia target nell'anno precedente.

Si sono confrontati ~290.000 non vaccinati vs ~1.460.000 vaccinati.

Per ogni gruppo di patologie, misurate a 1, 2 settimane, 1 mese e fino a 3 mesi dalla 2^a vaccinazione **si è avuto un eccesso di diagnosi nei vaccinati** (peggio in eterologhe). L'andamento generale non differiva tra maschi e femmine.



[\(2\) Covid Vaccines Produce Random Junk Proteins Thanks to an "Invention" Which Coincidentally Won the Nobel Prize \(igor-chudov.com\)](#)

I vaccini anti-Covid producono a caso anche proteine spazzatura grazie a un'invenzione che ha fatto vincere il premio Nobel

Article

N^1 -methylpseudouridylation of mRNA causes +1 ribosomal frameshifting

<https://doi.org/10.1038/s41586-023-04541-1>

Received: 25 July 2023

Accepted: 31 October 2023

Published online: 1 November 2023

Open access

 Check for updates

Ma l'Autrice Senior dichiara che i vaccini antiCOVID sono molto molto sicuri e molto molto efficaci...

James E. D. Thaventhiran^{1,11}✉ & Anne E. Willis^{1,11}✉
Robert F. Harvey¹, P. Ferreira¹, Mark Stoneley¹, J. Mentzer², Kathryn S. Lilley³, C. Mark Smales^{4,5},
J. Haar⁴, Lance Turtle⁶, Susanna Dunachie^{7,8,9}, Paul Klenerman^{7,10}

In vitro-transcribed (IVT) mRNAs are modalities that can combat human disease,

.... encoded protein exerts an intended therapeutic effect^{1,2}. Modified ribonucleotides are commonly incorporated into therapeutic IVT mRNAs to decrease their innate immunogenicity³⁻⁵, but their effects on mRNA translation fidelity have not been fully explored. Here we demonstrate that incorporation of N^1 -methylpseudouridine into mRNA results in +1 ribosomal frameshifting in vitro and that cellular immunity in mice and humans to +1 frameshifted products from BNT162b2 vaccine mRNA translation occurs after vaccination. The +1 ribosome frameshifting observed is probably a consequence of N^1 -methylpseudouridine-induced ribosome stalling during IVT mRNA translation, with frameshifting occurring at ribosome slippery sequences. However,

(spiegato dal blog di Maurizio Matteoli)

Più di un quarto delle persone a cui sono stati iniettati i vaccini Covid a base di mRNA ha subito una **risposta immunitaria indesiderata**, causata da un errore nel modo in cui il vaccino è stato letto dall'organismo.

I dati non mostrano che l'errore abbia provocato effetti negativi, ma **gli scienziati di Cambridge hanno scoperto che tali vaccini non sono perfetti e potrebbero portare alla produzione di proteine senza senso.**

I vaccini a mRNA usano una stringa di materiale genetico per indurre il corpo a creare una proteina specifica che imita un'infezione. La ricerca si era arenata perché **l'RNA stesso viene spesso attaccato dall'organismo come un invasore estraneo.** Ma nel 2023 una coppia di scienziati (Premi Nobel per la Medicina) ha risolto sostituendo una delle basi dell'RNA, l'**uridina**, con la sintetica **pseudouridina**.

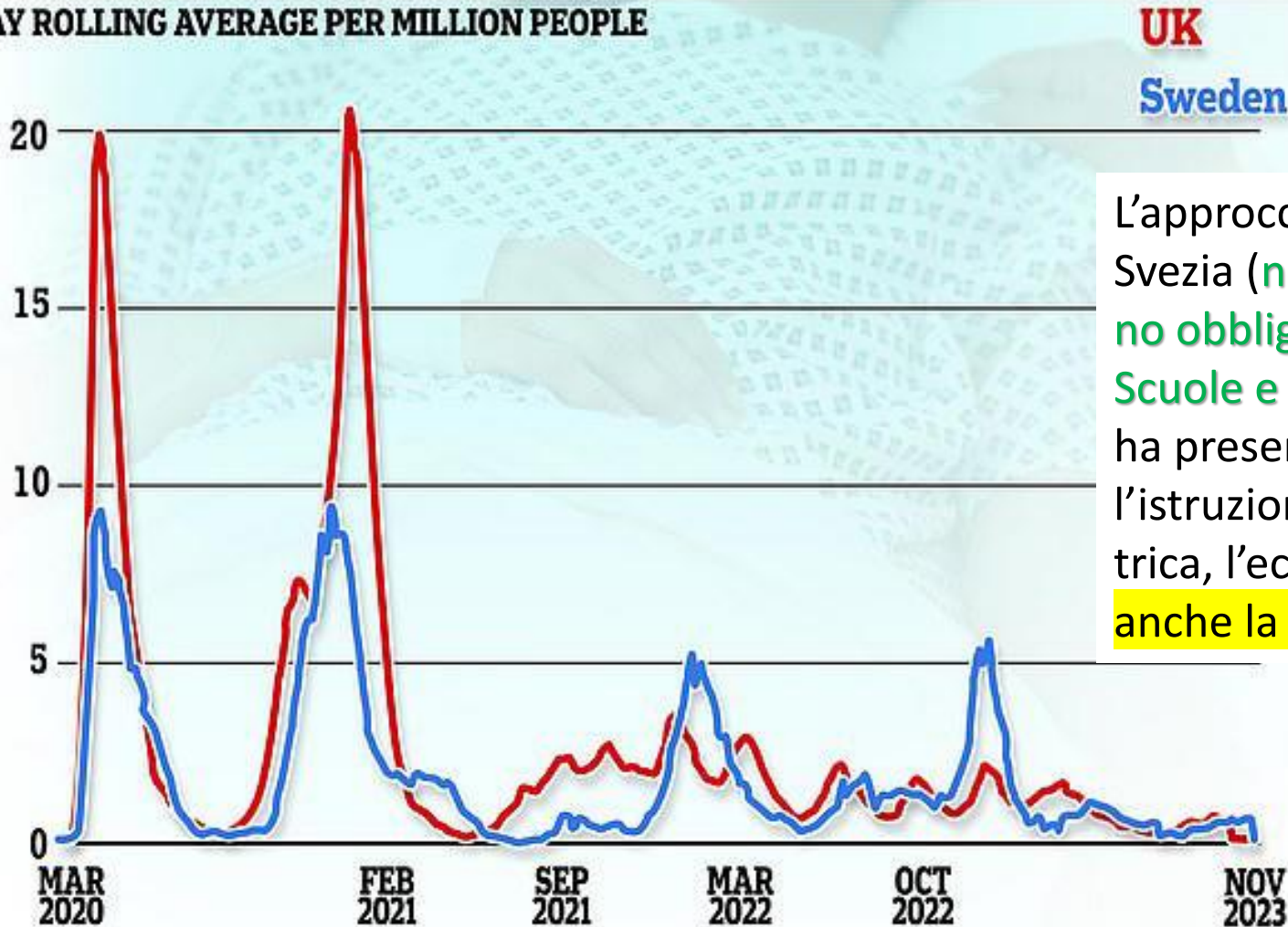
Ma l'Unità di Tossicologia del Medical Research Council dell'Università di Cambridge ha scoperto che la creazione di proteine può andare in tilt nell'interpretare il codice, producendo nel

~25-30% delle persone una proteina senza senso (altri han definito «**canaglia**») **che l'organismo attacca con il sistema immunitario.**



CONFIRMED COVID-19 DEATHS UK AND SWEDEN

7 DAY ROLLING AVERAGE PER MILLION PEOPLE



L'approccio più soft della Svezia (**no lockdown, no obblighi mascherine, Scuole e negozi aperti...**) ha preservato meglio l'istruzione in età pediatrica, l'economia, ma **anche la salute**

Figures from Oxford University platform Our World in Data suggests [Sweden](#) (blue line) is doing better than its European peers. It has logged 2,370 deaths per million people compared to the 2,769 per million average for the European Union by late October. For comparison, the [UK](#) has logged 3,421 per million (red line) © Provided by Daily Mail

(2) Pfizer Sues Poland, Demanding Money for Undelivered and Unwanted COVID Vaccines. (igor-chudov.com)



L'AD di Pfizer Albert Bourla e Ursula von der Leyen dell'UE hanno negoziato il contratto in segreto.

«Le nostre discussioni con i governi e i dettagli delle consegne dei vaccini sono confidenziali» (Bourla).

La Polonia è parte del contratto UE/Pfizer, tenuto segreto, ma che la obbliga comunque a pagare.

REUTERS®

World ▾ Business ▾ Markets ▾ Sustainability ▾ Legal ▾ Breakingviews More ▾

Europe

Poland declines to take or pay for more COVID-19 vaccines for now

Reuters

April 19, 2022 6:41 AM CDT · Updated 2 years ago



A doctor prepares the Pfizer-BioNTech coronavirus disease (COVID-19) vaccine at the University Hospital in Bialystok, Poland January 4, 2021. Agnieszka Sadowska/Agencja Gazeta via REUTERS [Acquire Licensing Rights](#)

WARSAW, April 19 (Reuters) - Poland will not take or pay for more doses of COVID-19 vaccine under the European Union's supply contract, its health minister said on Tuesday, setting the stage for a legal battle with manufacturers.

Poland, along with other EU members, has been receiving COVID-19 vaccines during the coronavirus pandemic under supply contracts agreed between the European Commission and vaccine makers such as BioNTech SE ([22UAY.DE](#)) and Pfizer ([PFE.N](#)) or Moderna ([MRNA.O](#)).

Poland's biggest supplier is Pfizer. However, the country has seen lower vaccine uptake than most of the European Union and has surplus vaccine stock, part of which it has sold or donated to other countries. [read more](#)



Dr.Simon

@stevin2021

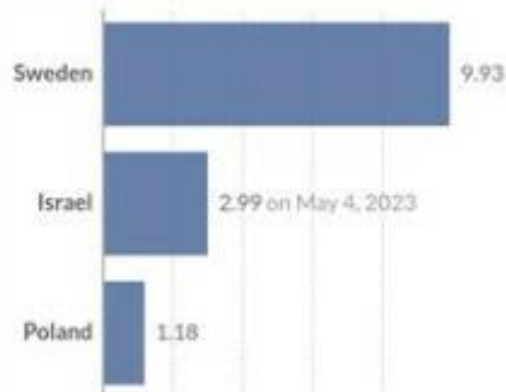
Lately excess deaths in Sweden are higher than nations that have administered less Covid vaccines, like Israel or Poland.

How many COVID-19 vaccine doses were administered in the previous 6 months?, May 14, 2023

Per 100 people in the population. The value shown for each date is the total number of vaccine doses administered in the 6 months preceding that date. All doses, including boosters, are counted individually.

LINEAR

LOG



Our World in Data

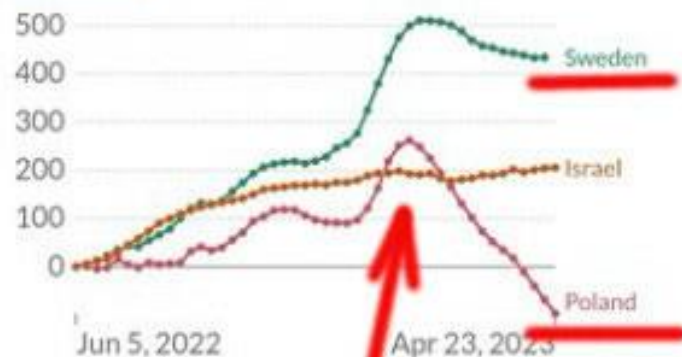
Excess mortality: Cumulative number of excess deaths in the last 12 months, per million people

The cumulative difference between the reported number of deaths in the last 12 months and the projected number of 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

All together



12:26 PM · Jun 9, 2023 · 35 Views **COVID Vaccinations Stop in Poland**

Marcel de Graaff MEP
European Parliament
ASP 06E240
60, rue Wiertz / Wiertzstraat 60
B-1047 Brussels
Belgium

Email: marcel.degraaff@europarl.europa.eu

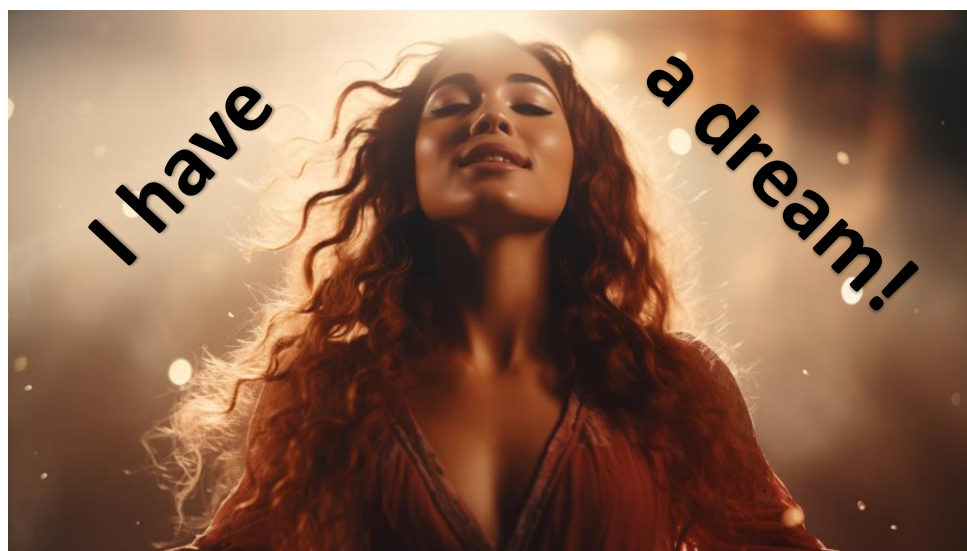
18 October 2023
EMA/451828/2023
European Medicines Agency

Dear Honourable Members of Parliament Marcel de Graaff, Gilbert Collard, Francesca Donato,....
Thank you for your letter of 4 October 2023 in which you call for the suspension of the marketing authorisations of the mRNA COVID-19 vaccines Comirnaty and Spikevax.

....

You are indeed correct to point out that COVID-19 vaccines have not been authorised for preventing transmission from one person to another. The indications are for protecting the vaccinated individuals only.

The product information for COVID-19 vaccines clearly states that the vaccines are for active immunisation to prevent COVID-19. In addition, EMA's assessment reports on the authorisation of the vaccines note the lack of data on transmissibility.



Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination

Preprint 31 luglio 2021



Kasen K. Riemersma, DVM, PhD¹; Brittany E. Grogan, MPH²; Amanda Kita-Yarbro, MPH²; Peter J. Halfmann, PhD¹; Hannah E. Segaloff, PhD³; Anna Kocharian, MS⁴; Kelsey R. Florek, MPH, PhD⁵; Ryan Westergaard, MD, PhD⁶; Allen Bateman, PhD⁵; Gunnar E. Jeppson, BS⁷; Yoshihiro Kawaoka, DVM, PhD¹; David H. O'Connor, PhD⁸; Thomas C. Friedrich, PhD¹; Katarina M. Grande, MPH²

¹ Department of Pathobiological Sciences, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA

² Public Health Madison & Dane County, Madison, WI, USA

³ Epidemic Intelligence Service, CDC, Atlanta, GA, USA

• Doppio crimine:
• ignorare fonti scientifiche
• censura al confronto critico

Studio commissionato dai CDC USA

PLOS PATHOGENS

<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010876>

30-9-2022

RESEARCH ARTICLE

Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite
vaccination

Kasen K. Riemersma¹, Luis A. Haddock, III¹, Nancy A. Wilson², Nicholas Minor²,

[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](#)



*“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.

Con la variante Delta si sono osservati valori bassi di cicli di amplificazione (CT<25, che indicano alta carica virale) nel 63% dei non vaccinati e **68% dei completamente vaccinati**.

In un campione di CT <25 si sono trovati virus infettivi nell'88% dei non vaccinati e nel **95% dei vaccinati**.

Si è trovata un'alta carica virale in modo indipendente dai sintomi al momento del test.

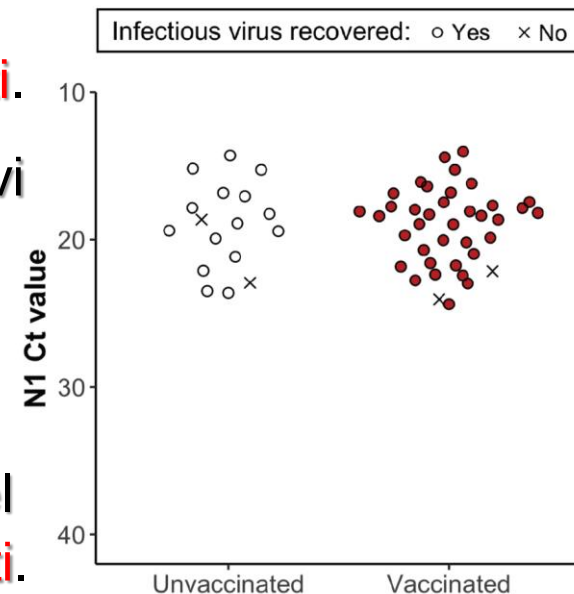
Negli asintomatici si è trovata **un'alta carica virale** nel 29% dei non vaccinati, ma ben nell'**82% dei vaccinati**.
Dunque **anche vaccinati asintomatici possono diffondere**.

Nei sintomatici c'era un'alta carica virale nel 68% dei non vaccinati e nel 69% dei completamente vaccinati.

Gli autori concludono (diplomaticamente): «in periodi d'alta trasmissione in comunità, anche per i completamente vaccinati serve l'adesione continua a interventi non farmacologici per ridurre la trasmissione.»

Non dicono che **risultava perfino più importante per i vaccinati...**!

E si era solo nel luglio 2021!



Solo pochi giorni prima, il 22 luglio 2021, Mario Draghi ha replicato così a Salvini secondo cui i vaccini non sono necessari per gli under 40:



Draghi replica a Salvini: "L'appello a non vaccinarsi è appello a morire"



La Repubblica ✓

Abbonati

Iscriviti

226



Condividi



"L'appello a non vaccinarsi è un appello a morire, sostanzialmente. Non ti vaccini, ti ammali e muori, oppure fai morire. Non ti vaccini, ti ammali, contagi, lui/lei muore. Questo è".

A oltre 2 anni di distanza, non sono ancora pervenute le sue scuse agli italiani...



Newcastle upon Tyne, UK

stokel@gmail.com

Cite this as: *BMJ* 2022;376:o298

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o298>

Published: 04 February 2022

What do we know about covid vaccines and preventing transmission?

Vaccines that work against SARS-CoV-2 have helped change the course of the pandemic by reducing illness and hospital admissions. But **Chris Stokel-Walker** asks what we know about their impact on preventing transmission.

Chris Stokel-Walker *freelance journalist*

How could vaccines help reduce transmission?

Vaccines aren't preventing onward transmission by reducing the viral load—or amount of SARS-CoV-2—in your body. “Most studies show if you got an infection after vaccination, compared with someone who got an infection without a vaccine, you were pretty much shedding roughly the same amount of virus,” says Paul Hunter, professor in medicine at the University of East Anglia. One study,⁵ sponsored by the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), found “no difference in infectious virus titer between groups” who had been vaccinated and had not.

“The main point of vaccines is not to do with preventing transmission,” says Anika Singanayagam, academic clinical lecturer in adult infectious disease at Imperial College London. “The main reasons for vaccines for covid-19 is to prevent illness and death!”

Nonostante il BMJ ammetta che i vaccinati si infettano con cariche virali analoghe ai non vaccinati, l'autore comunque **avvalora una minor trasmissione dei contagi in base all'argomento usato dall'UKHSA:**

The first weekly covid-19 vaccine surveillance report for 2022¹ from the UK Health Security Agency (UKHSA) was more positive than Bauld's assessment—but didn't say outright that covid-19 vaccines prevent transmission. "Several studies have provided evidence that vaccines are effective at preventing infection," it states, "Uninfected people cannot transmit; therefore, the vaccines are also effective at preventing transmission."



UK HSA

Peccato che **già nelle prime settimane 2022** i dati UKHSA abbiano mostrato inesorabilmente che **ormai i vaccinati si infettavano più** dei non vaccinati, e, non riuscendo più a gestire i dati (v. slide seguenti), l'UKHSA ha annunciato che dalla Settimana 13 non avrebbe più pubblicato quei dati. E così è stato.

Facciamo tuttavia valere il principio invocato dall'UKHSA «Uninfected people cannot transmit; therefore...»

Perciò, per proprietà transitiva, **i vaccinati che si infettano di più, trasmettono di più!**

Duration of SARS-CoV-2 Culturable Virus Shedding in Children

JAMA Pediatrics online October 23, 2023

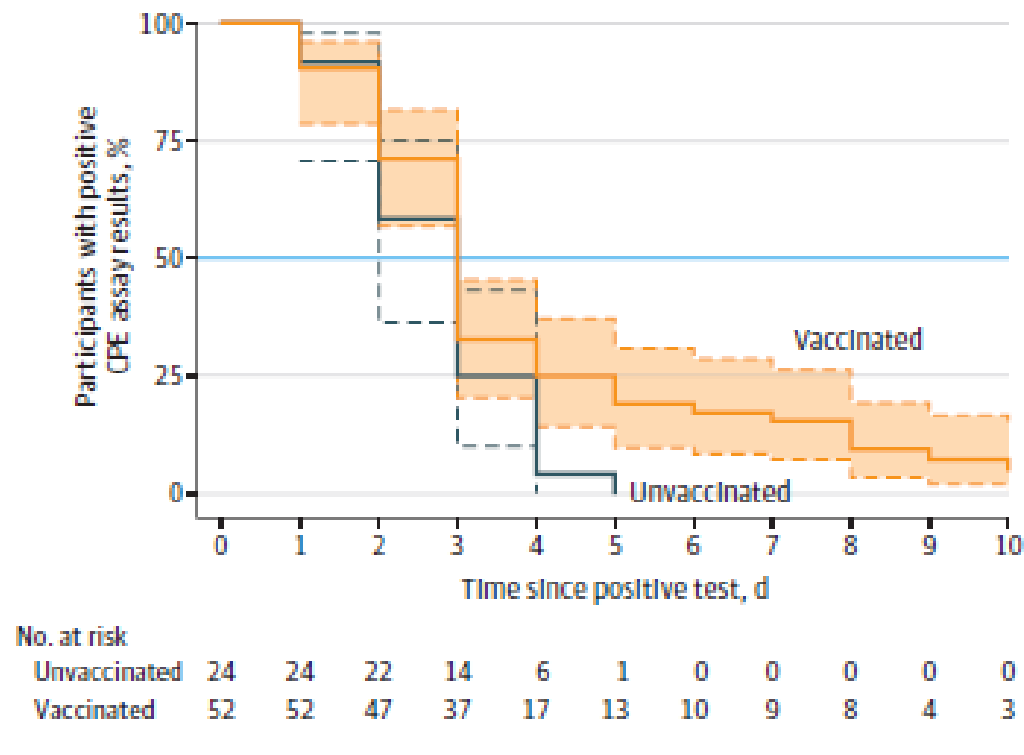
Nikhilesh Kumar, BS
Eran Bendavid, MD, MS
Neeraj Sood, PhD

Author Affiliations: University of Southern California, Los Angeles, California (Kumar, Sood); Stanford University, Stanford, California (Bendavid).

Accepted for Publication: July 31, 2023.

Published Online: October 23, 2023. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.4511

B Fraction of participants with infection over time by vaccination status



The dotted lines indicate the median time while infectious, which was 3 days after a positive test. Solid lines indicate the medians; shaded areas, 95% CIs.

In questo studio di coorte sulla contagiosità (Omicron) di bambini USA da 7 a 18 anni positivi, gli autori concludono:

“There was no association between duration of infectivity and vaccination or booster status.”

Ma è evidente anche a occhio che le cose non stanno così, e che **i vaccinati hanno una durata maggiore di infettività!**

Infatti, nessun bambino non vaccinato era contagioso dopo il 5° giorno, mentre **in alcuni vaccinati l'infettività persisteva fino al 10° giorno** (quando lo studio è stato interrotto).

Si può quindi affermare che al 6° giorno dal test PCR-RT positivo la differenza di infettività era statisticamente significativa (**31 casi positivi** contro **zero**).

Si giunge alla stessa conclusione confrontando i giorni di infettività in entrambi i gruppi. Nei 52 bambini vaccinati erano 252, nei 24 bambini non vaccinati 91, con **rischio relativo di 1,2781** (intervalli di confidenza da 1,2056 a 1,3549).

Quindi lo **stato di vaccinato** si associava a un **eccesso di giorni di infettività**, con **in media almeno 1,05 giorni infettivi in più nel vaccinato**, e forse anche qualcosa di più, perché tre bambini vaccinati erano ancora infettivi nel giorno 10 all'interruzione dello studio.



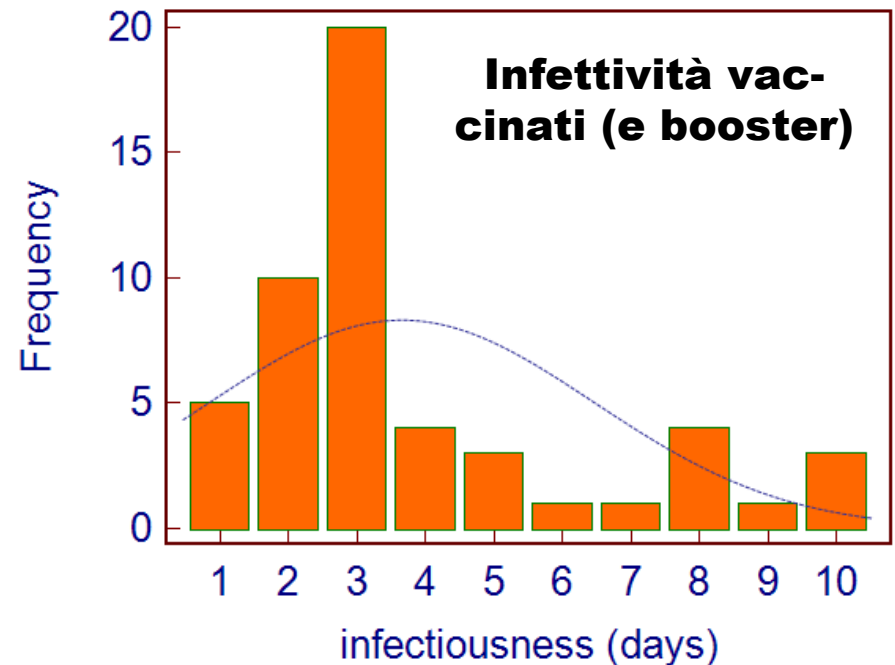
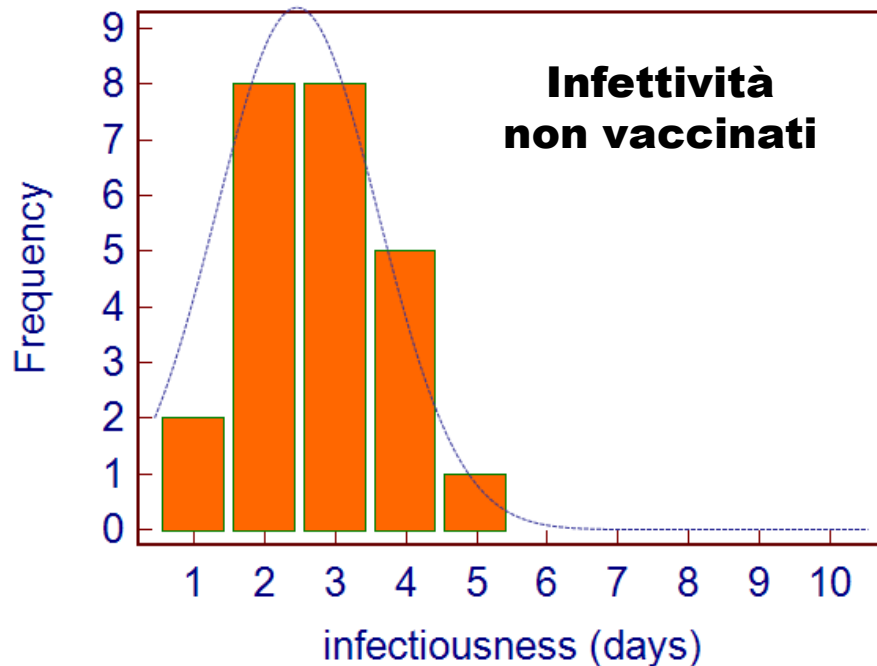


Dai dati, **per alcuni boosterati il tempo d'infettività è anche >10 giorni e solo perché lo studio si è fermato a 10 giorni ciò non si è evidenziato.**

La curva di distribuzione nei boosterati è tutt'altro che normale (al contrario di quella nei non vaccinati) e non finisce con il valore di 10 ma ha una "coda" verso destra.

La **media reale di infettività nei vaccinati non è 4,85** giorni (vs 3,80 nei non vaccinati), **ma di più**; quanto di più non si sa.

Prof. Stefano Petti
Dip. Sanità Pubblica
e Malattie Infettive
La Sapienza, Roma





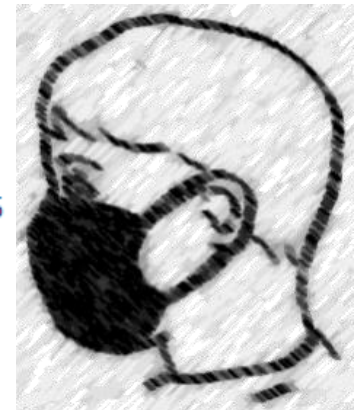
OPEN ACCESS

Child mask mandates for COVID-19: a systematic review

Arch Dis Child 2023;0:1–7.

doi:10.1136/archdischild-2023-326215

Johanna Sandlund ,¹ Ram Duriseti,² Shamez N Ladhani ,^{3,4} Kelly Stuart,⁵ Jeanne Noble,⁶ Tracy Beth Høeg^{7,8}



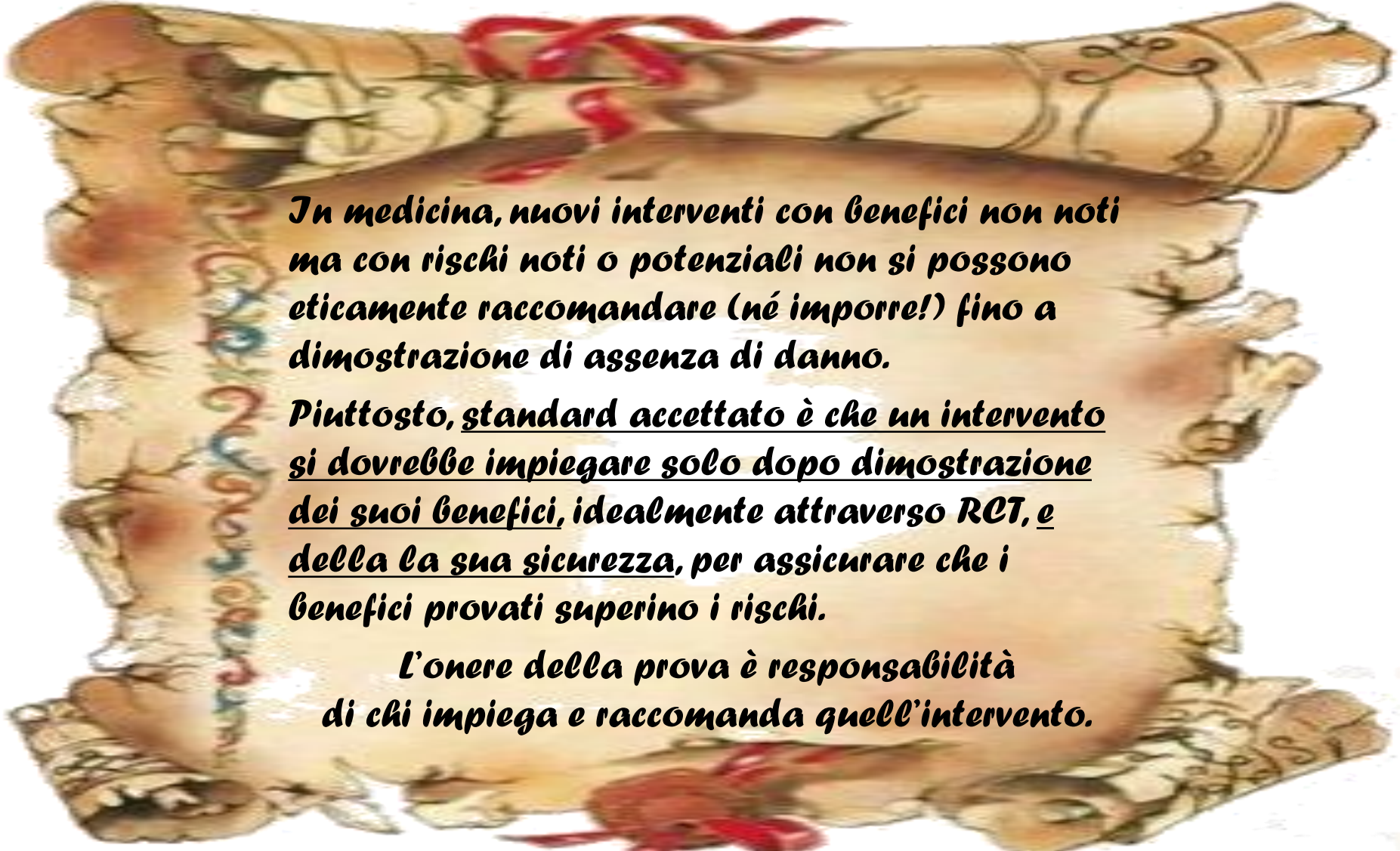
Results We screened 597 studies and included 22 in the final analysis. There were no randomised controlled trials in children assessing the benefits of mask wearing to reduce SARS-CoV-2 infection or transmission. The six observational studies reporting an association between child masking and lower infection rate or antibody seropositivity had critical (n=5) or serious (n=1) risk of bias; all six were potentially confounded by important differences between masked and unmasked groups and two were shown to have non-significant results when reanalysed. Sixteen other observational studies found no association between mask wearing and infection or transmission.

Conclusions Real-world effectiveness of child mask mandates against SARS-CoV-2 transmission or infection has not been demonstrated with high-quality evidence. The current body of scientific data does not support masking children for protection against COVID-19.

Implicazioni per la pratica e le politiche sanitarie

**Assenza di valide prove di benefici,
e non è provata l'assenza di danno.**

Dunque raccomandare mascherine
ai bambini non rispecchia la pratica
accettata di promuovere solo
interventi sanitari i cui benefici
superino chiaramente i danni.



In medicina, nuovi interventi con benefici non noti ma con rischi noti o potenziali non si possono eticamente raccomandare (né imporre!) fino a dimostrazione di assenza di danno.

Piuttosto, standard accettato è che un intervento si dovrebbe impiegare solo dopo dimostrazione dei suoi benefici, idealmente attraverso RCT, e della la sua sicurezza, per assicurare che i benefici provati superino i rischi.

L'onere della prova è responsabilità di chi impiega e raccomanda quell'intervento.

Tra i danni, la revisione di Sandlund riporta anche la ridotta identificazione verbale. Il **periodo più sensibile per lo sviluppo del linguaggio** è fino ai 4 anni, ma prosegue oltre i 10 anni. Inoltre **le maschere limitano nei piccoli l'abilità di interpretare bene le emozioni, aumentando ansietà e depressione.** Si veda la ricerca che segue.

Neutro NEUTRAL
 Gioia HAPPY
 Paura FEARFUL
 Rabbia ANGRY
 Tristezza SAD

TODDLERS

6 su 10 sbagliano!

6 su 10 sbagliano!

CHILDREN

ADULTS

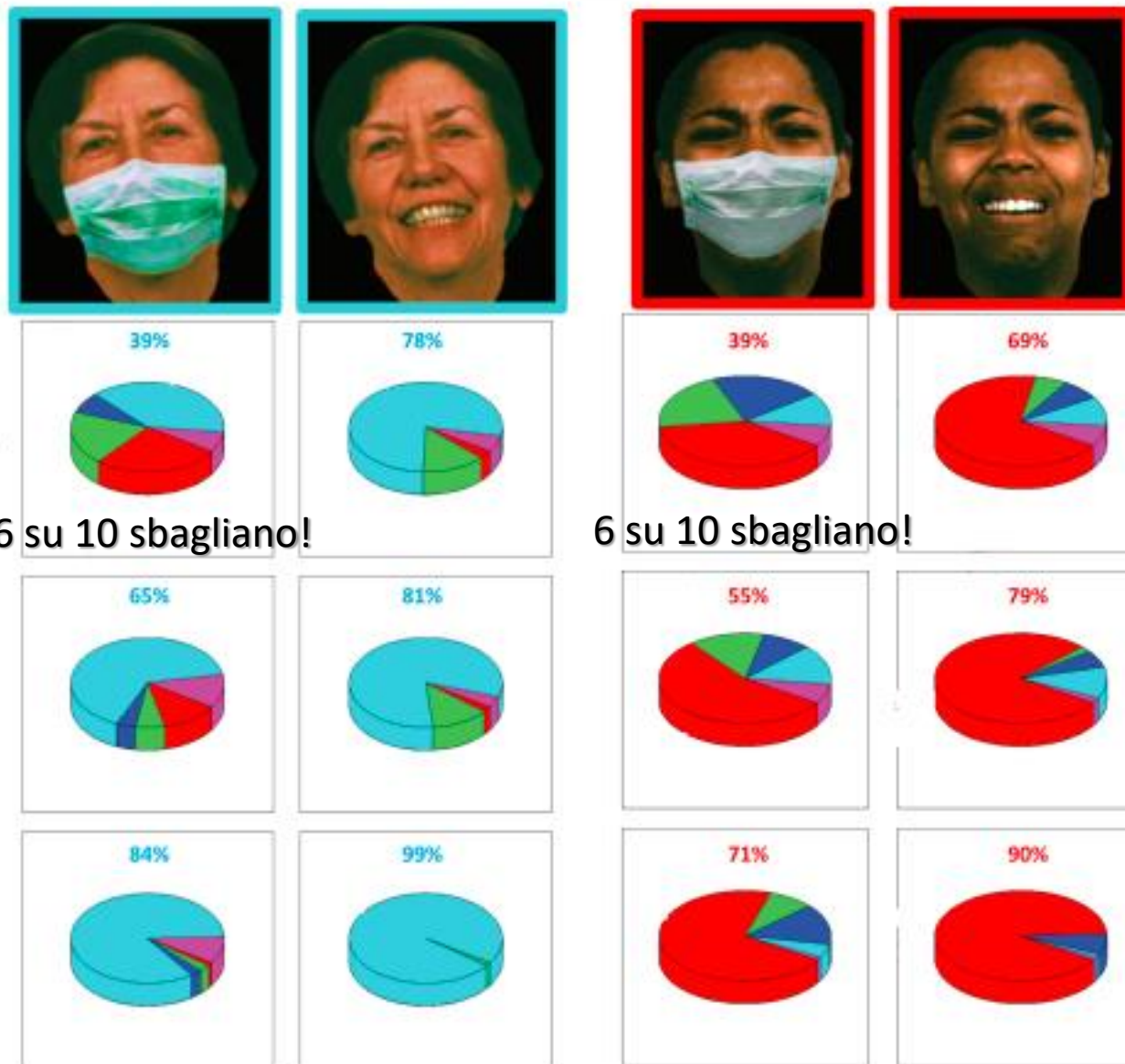


FIGURE 2 | Responses given by toddlers, children, and adults for two exemplar emotions with and without mask: happiness (left) and sadness (right). Percentage of the answer is reported for "Sad" (red), "Happy" (cyan), "Fearful" (blue), "Angry" (green), and "Neutral" (violet). Face images have been obtained from the ER-40 color emotional stimuli public database (Gur et al., 2002; Pinkham et al., 2008).

Comunque gli effetti avversi anche a breve dell'uso prolungato delle mascherine si sarebbero dovuti sapere da molto tempo, e di certo dal 2020!

ISSN: 2474-3658



Journal of
Infectious Diseases and Epidemiology

Rosner. J Infect Dis Epidemiol 2020, 6:130

DOI: 10.23937/2474-3658/1510130

Volume 6 | Issue 3

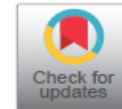
Open Access

SURVEY

Adverse Effects of Prolonged Mask Use among Healthcare Professionals during COVID-19

Elisheva Rosner, MSN, RN-C*

Morgan Stanley Children's Hospital of New York-Presbyterian, USA

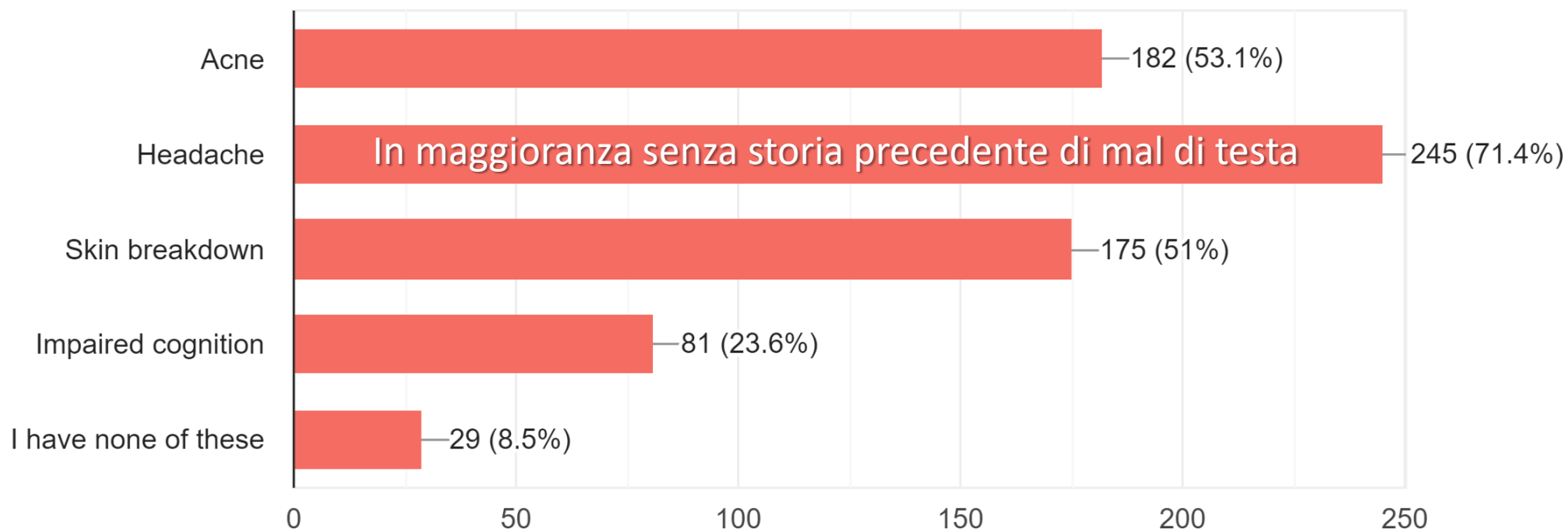


Studio di prevalenza su 343 sanitari in New York City, per 2/3 bianchi, soprattutto donne, che hanno lavorato nell'ospedale durante la pandemia da COVID-19.

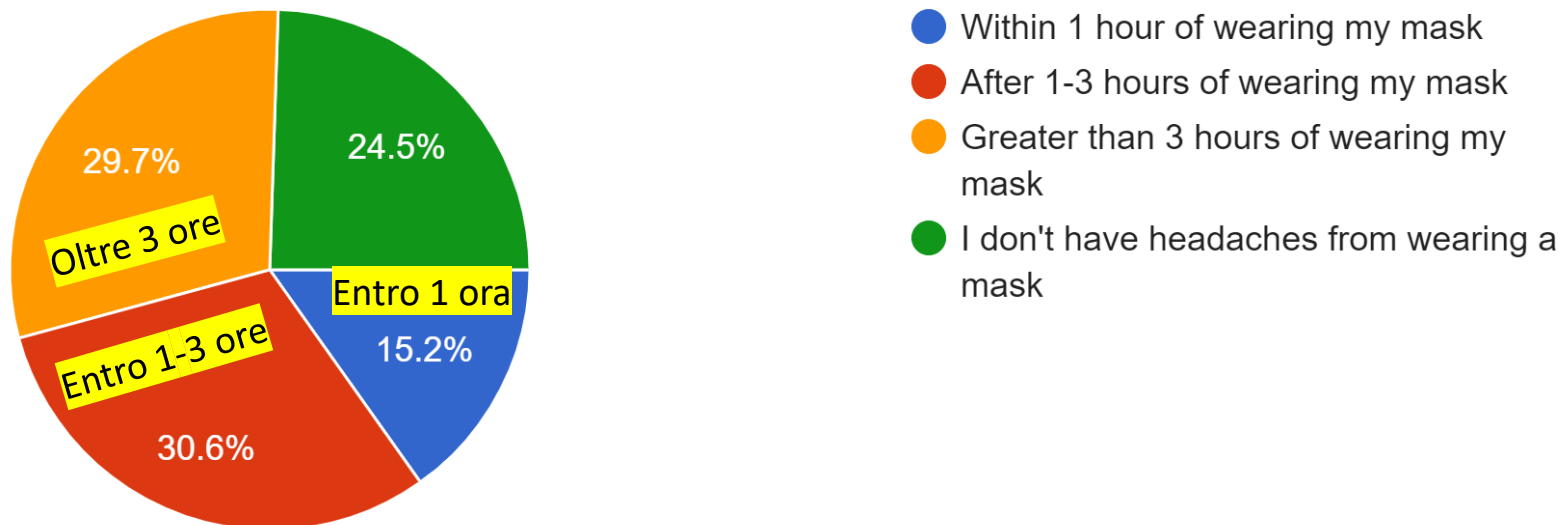
In un questionario di 21 domande, il **91,5% ha riportato effetti avversi**.

Conclusione: l'uso prolungato di N95 o mascherine chirurgiche da parte di sanitari ha causato effetti avversi come **mal di testa, eruzioni cutanee, acne, rotture della pelle, peggioramento cognitivo** (anche escludendo chi già ne soffriva).

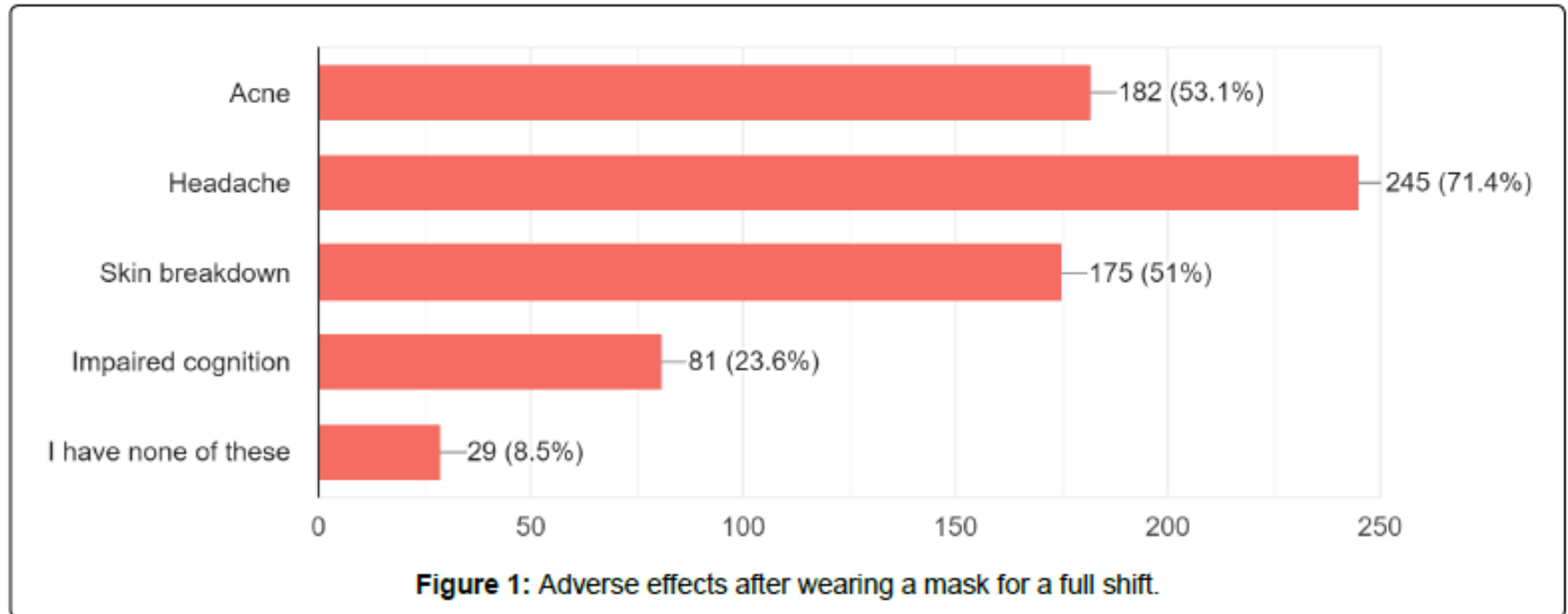




Effetti avversi dopo aver indossato una maschera per un turno



Dopo quante ore dall'aver indossato una maschera si lamenta **mal di testa**



Dopo aver tolto le maschere, i mal di testa (risultati i disturbi più frequenti) si sono risolti:

- nel 14% dei rispondenti entro 30 minuti,
- nel **33,8% dopo 1 ora**,
- mentre nel **28% hanno richiesto farmaci** per risolvere la cefalea (**FANS**, soprattutto **ibuprofene**, e **paracetamolo**)

(*Corriere del Veneto* - [Covid, torna l'obbligo di mascherina negli ospedali e nelle case di riposo](#) | [Corriere.it](#))

Covid, torna l'obbligo di mascherina negli ospedali e case di riposo

La Regione alza l'allerta sui virus respiratori che stanno circolando. La direttrice della Prevenzione (Circolare del 30 novembre) segnala alle ULSS: «Il Ministero della Salute ha evidenziato l'[aumento delle malattie respiratorie nei bambini](#) nel Nord della Cina, specie delle polmoniti da *Mycoplasma pneumoniae*, da virus sinciziale (Rsv) e da Sars-Cov2... **attribuito alla [revoca delle restrizioni per il Covid-19](#)**, alla stagione fredda e a patogeni come l'influenza.



Torna la mascherina nelle aziende sanitarie

Massimo Annicchiarico, DG della Sanità regionale, con una nota ha richiamato i colleghi ai vertici delle Aziende Sanitarie all'**obbligo di mascherina per dipendenti, visitatori e pazienti di ospedali, strutture socio-assistenziali e sociosanitarie, Rsa, Lungodegenze, Hospice, Riabilitazioni e case di riposo.**

Diktat da rispettare non solo **in reparti**, ambulatori e aree di degenza, nelle quali «si ritiene di valutare l'**opportunità** di utilizzo della **mascherina FFP2**», ma **anche negli spazi comuni al chiuso**, come **corridoi**, ascensori, **sale d'attesa**.

The primary analysis was inconclusive: ILI was reported in 24/148 (16.2%) of the contacts in the intervention arm and in 25/158 (15.8%) of the contacts in the control arm. The difference -of adjusted odds-ratio (OR) for intervention arm vs. control arm was 0.95 (95%CI: 0.44 to 2.05, P sensitive ILI definition did not modify the findings: 42/148 (28.4%) of ILI were observed among the contacts in the intervention arm and 42/158 (26.6%) in the control arm (difference: -1.8%, 95%CI -12% to 14%; P=0.80) and the multivariate adjusted OR for intervention arm vs. control arm was 0.99 (95%CI: 0.51 to 1.93, p=0.97).

	Odds-Ratio	95% CI	P-value
Index characteristics			
Intervention arm: yes vs. no*	0.95	0.44–2.05	0.90
Current smoker: yes vs. no*	1.83	0.56–5.97	0.32
<u>Runny nose/sneezing: intense or moderate</u> vs. mild or none	4.61	1.44–14.8	0.010
<u>Sore throat: intense or moderate</u> vs. mild or none	2.52	1.15–5.53	0.021
Body temperature: per °C increase	2.04	1.07–3.89	0.030
Contacts characteristics			
<u>Age<15 years: yes</u> vs. no*	2.01	1.10–3.66	0.023
Contact's sex: Male vs. Female	0.40	0.21–0.73	0.0031

*Entry was forced for these variables in the multivariate model.

[doi:10.1371/journal.pone.0013998.t002](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013998.t002)