

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

(43° incontro, 14-5-'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. Francesco
Fontana

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:
- Screening ECG per prevenire morte improvvisa giovani? (da S 6)
- Plasma convalescente per COVID-19 (da S 12)
- Es. di farmaco attaccato forse perché *concorrente*...: fluvoxamina (da S 17)
- Es. di sostanza promettente su cui non si fa ricerca: quercetina (da S 19)
- Es. di cura dannosa, su cui non si fa ricerca per mantenerla: paracetamolo (S da 21)
- La CMSi sostiene l'AlFA nei casi in cui resiste alle Lobby (Vit. D) (da S 26)
- Possibile altro grave danno vaccinale: l'occlusione vascolare retinica (da S 27)
- OMS: rivaccinare 2 volte/anno (S 28) e Big Catch-up con suo (ir)razionale (da S 29)
- Eccessi di mortalità bambini in Europa EuroMOMO (da S 35)
- Morti in paesi Europei (da S 37)
- «Non vaccinato» fino a 14 o 21 gg dopo l'inoculo (ISS e ONS ecc.)? Grave errore sistematico universale (che va superato! (da S 40). Crea illusione statistica! (da S 42)
- Es. d'applicazione a studio sorveglianza prospettico Canada (S 49), e anticipazioni su densità d'incidenza (come *immortal time bias*, studio mortalità Pescara) (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 →)

ECG gratis agli alunni x prevenire > MORTE > IMPROVVISA > GIOVANILE

Circ. n° 315

Alunni e Genitori
Docenti
Personale A.T.A.
Primaria e Sec. I°

Oggetto: Screening elettrocardiografico - Autorizzazione e Questionario per ECG gratuito agli alunni di Primaria e Sec. I° promosso da Ass. "La Stella di Lorenzo" in collaborazione con Cardiologia Pediatrica Niguarda.

Come da incontro tenutosi merc. 19.4.23 con l'Associazione "La Stella di Lorenzo" e la Cardiologia Pediatrica del Niguarda (circ. 306), si consegna autorizzazione e questionario obbligatori per esame ECG gratuito promosso da "La Stella di Lorenzo" finalizzato alla prevenzione della morte improvvisa giovanile da consegnare entro il 28.4.23 ai Coordinatori di classe.

Ne potranno fruire tutti gli alunni del nostro Istituto di Primaria e Sec. I° che non abbiano effettuato ECG negli ultimi 12 mesi.

Solo a coloro che consegneranno autorizzazione e questionario verrà effettuato elettrocardiogramma a scuola da operatori sanitari, secondo calendario con circolare specifica.

In allegato
Informativa con Modulo Autorizzazione/Questionario



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ALDA MERINI

Scuola Infanzia Via Sapri, 25 - Scuola Primaria: Via Sapri, 50 (ex Via Magreglio, I) - Via Pareto, 26 - Scuola Sec. di I°: Via Gallarate, 15 - Via Sapri, 50

MILANO - Distretto Scolastico n. 93

Codice meccanografico: MIIC8C6006 - C.F. n. 80125630154

Presidenza e Segreteria: Via Gallarate, 15 - Tel. 02/88465446

e mail: miic8c6006@istruzione.it - miic8c6006@pec.istruzione.it

Sito Web: <https://www.icsaldamerini.edu.it/>

Prevenzione o
disease mongering?

(NB: tentativi di contatto organizzatori finora infruttuosi; potrei dopo modificare qualche valutazione)

Ripasso criteri x accettare Screening:

**UK National Screening
Committee Criteria (2003) →**

Criteri da rispettare prima di iniziare uno screening (nsc UK 24/3/03):

Il problema

1. Dovrebbe essere un importante problema di salute ?
2. L'epidemiologia e la storia naturale del problema, compreso lo sviluppo da stato latente a malattia dichiarata, dovrebbe essere ben conosciuta e con fattori di rischio rilevabili, marker di malattia, periodo di latenza o stadio sintomatico precoce **no**
3. Dovrebbero essere **già implementati** per quanto possibile tutti **gli interventi di prevenzione primaria economicamente vantaggiosi** **no**
1. (Se lo screening è per portatori di patologia genetica, si dovrebbe conoscere la storia naturale, e le implicazioni psicologiche della consapevolezza) **no**

Il test di screening

5. Dovrebbe esserci un test semplice, sicuro, economico (**Si**); preciso, validato **no**
6. La distribuzione dei valori del test nella popolazione target dovrebbe essere nota e con un livello soglia definito e concordato **no**
7. Il test dovrebbe essere **accettabile per chi lo riceve...** **si**
8. ... con politiche concordate sulle ulteriori indagini per i positivi al test **no**

Il trattamento

9. Ci dovrebbe essere un intervento o **trattamento efficace** per i soggetti identificati attraverso una diagnosi precoce, con **prove che un trattamento precoce dà risultati migliori** rispetto a uno tardivo **no**
10. Ci dovrebbero essere politiche condivise basate sulle prove su: quale trattamento appropriato offrire, e a chi **no**
11. La gestione clinica della condizione e i risultati per i pazienti si dovrebbero **ottimizzare con tutti gli operatori sanitari prima** che partecipino a un programma di screening. **no**

Il programma Screening

12. Servirebbero prove da RCT di alta validità che il programma è **efficace** nel ridurre la mortalità o la morbosità (cioè esiti di interesse **per la salute**) **no**
13. Ci dovrebbe essere prova che l'intero programma (test (**Si, ma...**), procedure di diagnosi, trattamento/intervento) è **accettabile** per i sanitari e il pubblico dal punto di vista clinico, sociale ed etico **no**
14. Il **beneficio** del programma dovrebbe **superare il danno** fisico e psicologico (causato da test, procedure diagnostiche e trattamento) **no**

15. Il **costo-opportunità** del programma (inclusi test, diagnosi, cure, supporto amministrativo, formazione, controlli di qualità) dovrebbe essere bilanciato rispetto alla spesa sanitaria complessiva e a differenti impieghi di pari risorse **no**
16. Ci dovrebbe essere un piano di gestione e monitoraggio del programma e una serie concordata di standard di garanzia della qualità **no**
17. Disponibilità *prima* dell'inizio dello screening di personale e strutture adeguati per test, diagnosi, trattamento e gestione del programma **no**
18. Le altre opzioni per gestire il problema dovrebbero essere considerate *prima* (ad es. migliorare le cure, fornire *altri* servizi), per garantire che non ci siano soluzioni più convenienti con le risorse disponibili. **no**
19. Ai potenziali partecipanti si dovrebbero fornire **informazioni** basate su prove, che spiegano le conseguenze di test, indagini e trattamento, per assisterli in una **scelta consapevole**. **no**
20. Si dovrebbe preventivare come far fronte alla **pressione pubblica per ampliare i criteri** di ammissibilità, per **ridurre gli intervalli** di screening, per **aumentare la sensibilità** dei test. Le decisioni su questi parametri dovrebbero essere scientificamente giustificabili e spiegate al pubblico. **no**



Original Investigation | Health Policy

Assessment of Prevalence and Cost of Care Cascades After Routine Testing During the Medicare Annual Wellness Visit

Ishani Ganguli, MD, MPH; Claire Lupo, BBA; Alexander J. Mainor, JD, MPH; Qianfei Wang, MS; E. John Orav, PhD; Meredith B. Rosenthal, PhD; Thomas D. Sequist, MD, MPH; Carrie H. Colla, PhD

Abstract

IMPORTANCE For healthy adults, routine testing during annual check-ups is considered low value and may trigger cascades of medical services of unclear benefit. It is unknown how often routine tests are performed during Medicare annual wellness visits (AWVs) or whether they are associated with cascades of care.

OBJECTIVE To estimate the prevalence of routine electrocardiograms (ECGs), urinalyses, and thyrotropin tests and of cascades (further tests, procedures, visits, hospitalizations, and new diagnoses) that might follow among healthy adults receiving AWVs.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS Observational cohort study using fee-for-service Medicare claims data from beneficiaries aged 66 and older who received an annual wellness visit (AWV) and were followed in fee-for-

Key Points

Question What are the prevalence of low-value testing during Medicare annual wellness visits and of cascades of medical services and new diagnoses that might follow?

Findings In this cohort study of 75 275 fee-for-service Medicare beneficiaries aged 66 and older who received an annual wellness visit, 19% of beneficiaries received at least 1 routine electrocardiogram, urinalysis, or



ECG associati con **cascate di ulteriori costi sanitari low-value**

JAMA | US Preventive Services Task Force | RECOMMENDATION STATEMENT

Screening for Cardiovascular Disease Risk With Electrocardiography

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATION The USPSTF recommends against screening with resting or exercise ECG to prevent CVD events in asymptomatic adults at low risk of CVD events. (D recommendation) The USPSTF concludes that the current evidence

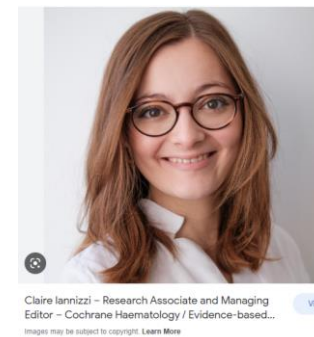
Figure 2. Clinical Summary: Screening for Cardiovascular Disease Risk With Electrocardiography

Population	Adults at low risk of CVD events	Adults at intermediate or high risk
Recommendation	Do not screen with resting or exercise ECG. Grade: D	No recommendation. Grade: I (insufficient evidence)

Convalescent plasma for people with COVID-19: a living systematic review (Review)

Iannizzi C, Chai KL, Piechotta V, Valk SJ, Kimber C, Monsef I, Wood EM, Lamikanra AA, Roberts DJ, McQuilten Z, So-Osman C, Jindal A, Cryns N, Estcourt LJ, Kreuzberger N, Skoetz N

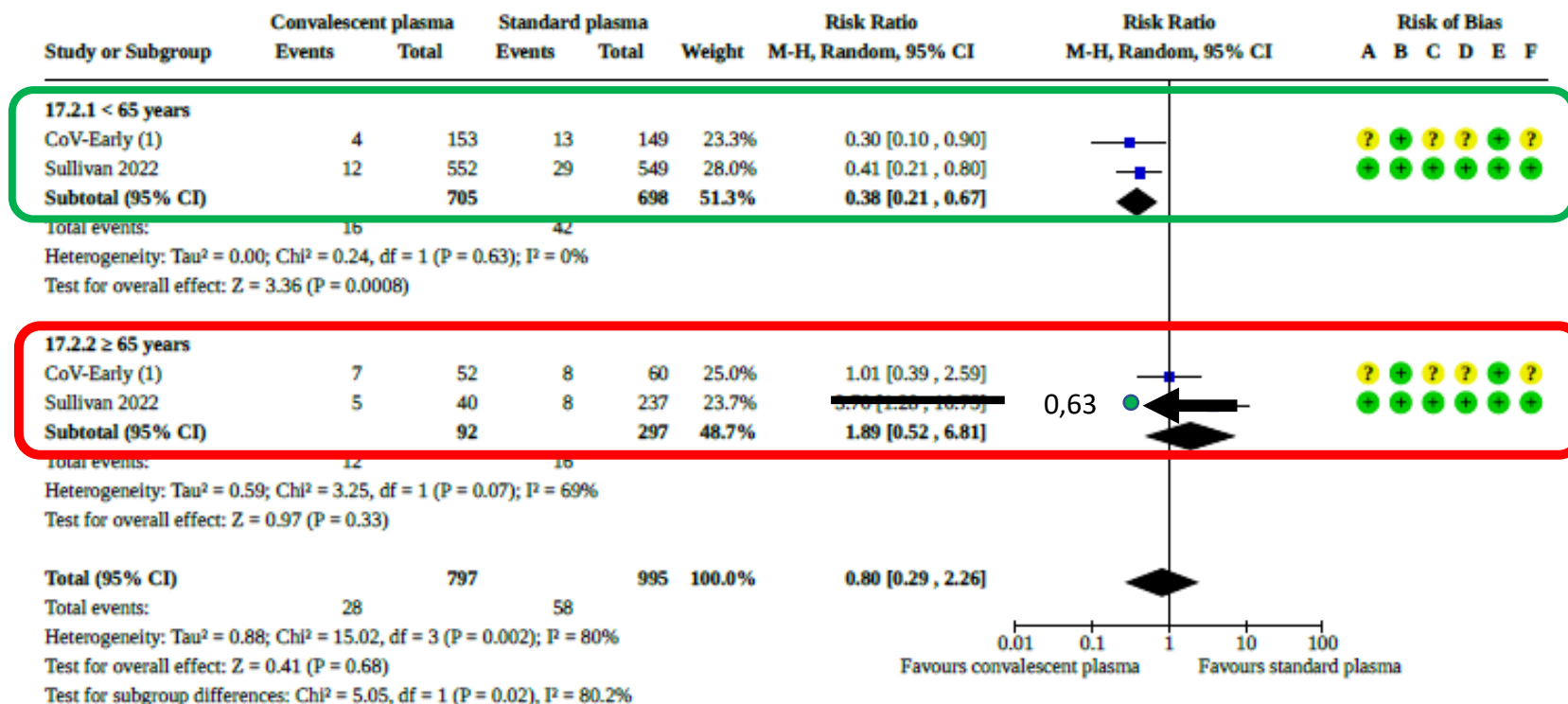
Aggiornamento al 3 marzo 2022



Key messages

- We are very confident that plasma from the blood of people who have recovered from COVID-19 (convalescent plasma) has no benefits for the treatment of people with moderate to severe COVID-19.
- Convalescent plasma may have little to no benefit for treating people with mild COVID-19.
- We found 49 ongoing studies and 33 finished studies with unpublished results. We will update our review with evidence from these studies as soon as possible. New evidence may answer our remaining questions, especially for people with mild COVID-19 or who have no symptoms.

Analysis 17.2. Comparison 17: Subgroup analysis: age of participants for the comparison of convalescent plasma versus standard plasma for outpatients with mild disease, Outcome 2: Admission to hospital or death within 28 days



Footnotes

(1) Study is not published yet, data obtained from study investigator

Risk of bias legend

- (A) Bias arising from the randomization process
- (B) Bias due to deviations from intended interventions
- (C) Bias due to missing outcome data
- (D) Bias in measurement of the outcome
- (E) Bias in selection of the reported result
- (F) Overall bias

Plasma iperimmune?
A me forse no, grazie...



42 convalescent plasma COVID-19 studies

c19early.org/cp May 2023

<https://c19early.org/cpmeta.html>

Home COVID-19 treatment studies for Convalescent Plasma Select treatment

Outcomes in COVID-19 convalescent plasma studies

Home Share Tweet Studies Global Adoption Submit Feedback

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Libster (DB RCT)	50% 0.50 [0.09-2.65]	death 2/80	4/80
Balcells (RCT)	-247% 3.47 [0.35-11.9]	death 5/28	2/30
Korley (RCT)	-396% 4.96 [0.58-42.2]	death 5/250	1/248
Alemamy (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

Tau² = 0.49, I² = 30.4%, p = 0.6

	Improvement, RR [CI]	Treatment	Control
Gharbharan (RCT)	4% 0.96 [0.25-2.41]	death 6/43	11/43
Li (RCT)	35% 0.65 [0.27-1.39]	death 8/51	12/50
Avendaño-Solà (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)	-323% 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
Gonzalez	-7% 1.07 [0.76-1.50]	death 60/130	26/60
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
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
Hsue (DB RCT)	-212% 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)	-220% 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
Raad	-240% 3.40 [2.29-5.02]	death 284 (n)	3,682 (n)
Thorlaci.. (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
Alshamrani (PSM)	-14% 1.14 [0.79-1.45]	death 24/41	108/205

Late treatment -5% 1.05 [0.95-1.15] 2,789/12,047 2,711/14,660

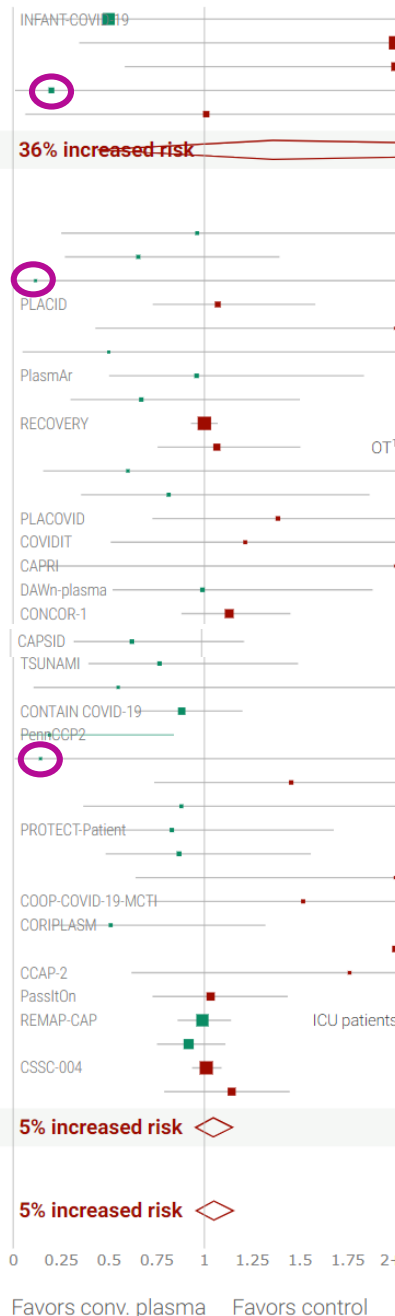
Tau² = 0.02, I² = 45.6%, p = 0.34

All studies -5% 1.05 [0.96-1.15] 2,802/12,800 2,721/15,415

¹ OT: comparison with other treatment

Tau² = 0.02, I² = 43.5%, p = 0.3

Effect extraction pre-specified
(most serious outcome)



Aggiornamento
al maggio 2023
(1 anno + di Cochrane)

Cherry picking



BRIEF REPORT

Active surveillance of serious adverse events following transfusion of COVID-19 convalescent plasma

Erica Swenson¹  | Lisa Kanata Wong¹  | Perrin Jhaveri² | Yingjie Weng³ |
Shanthi Kappagoda⁴ | Suchitra Pandey^{1,5}  | Angelica Pritchard⁶  |
Angela Rogers⁷ | Stephen Ruoss⁷ | Aruna Subramanian⁴ | Hua Shan¹ |
Marie Hollenhorst^{1,8,9}  report no conflicts of interest

Results: A total of 49 patients received CCP. Seven patients (14%) had an increased supplemental oxygen requirement within 4 h of transfusion completion, including one patient who was intubated during the transfusion. An additional 11 patients (total of 18, 37%) had increased oxygen requirements within 24 h of transfusion, including 3 patients who were intubated. Six patients (12%) fulfilled criteria for transfusion-associated circulatory overload (TACO). **(SAE)**

Conclusion: Using an active surveillance strategy, we commonly observed adverse events following the transfusion of CCP to hospitalized patients. It was

In the United States, CCP has generally been used outside of randomized controlled trials (RCTs). The United States Food and Drug Administration (FDA) issued an Emergency Use Authorization (EUA) for CCP for hospitalized patients with COVID-19 on August 23, 2020, largely based on data from an uncontrolled national Expanded Access Protocol (EAP) which enrolled 105,717 patients.⁹⁻¹⁴ While a primary goal of the EAP was to assess the safety of CCP, the study relied on passive reporting of serious adverse events (SAEs), including TACO, TRALI, and death. No instructions or diagnostic

....

this protocol, 141 (1%) were reported to have an SAE that was considered a potential transfusion reaction within 4 h of completion of CCP transfusion.¹² This included 63 fatalities (0.3% of all transfusions), 36 TACO (0.18% of all transfusions), 21 TRALI (0.1% of all transfusions), and 21 severe allergic transfusion reactions (0.1% of all transfusions). In contrast, in an active surveillance study of CCP transfusions, there was a 12.9% incidence of reactions, with 3.1% attributed by the authors to transfusion.¹⁵

lesioni polmone
acute associate
a trasfusione

Sorveglianza passiva:

- **morti** 3 x 1000
- **TACO** 1,8 x 1000
- **TRALI** 1 x 1000
- **Allerg. gravi** 1 x 1000

Totale 6,8 x 1000

Sorveglianza attiva (studio su 427 trasfusioni):

Totale 31 x 1000
considerate correlate

16 fluvoxamine COVID-19 peer reviewed studies

c19early.org/f May 2023

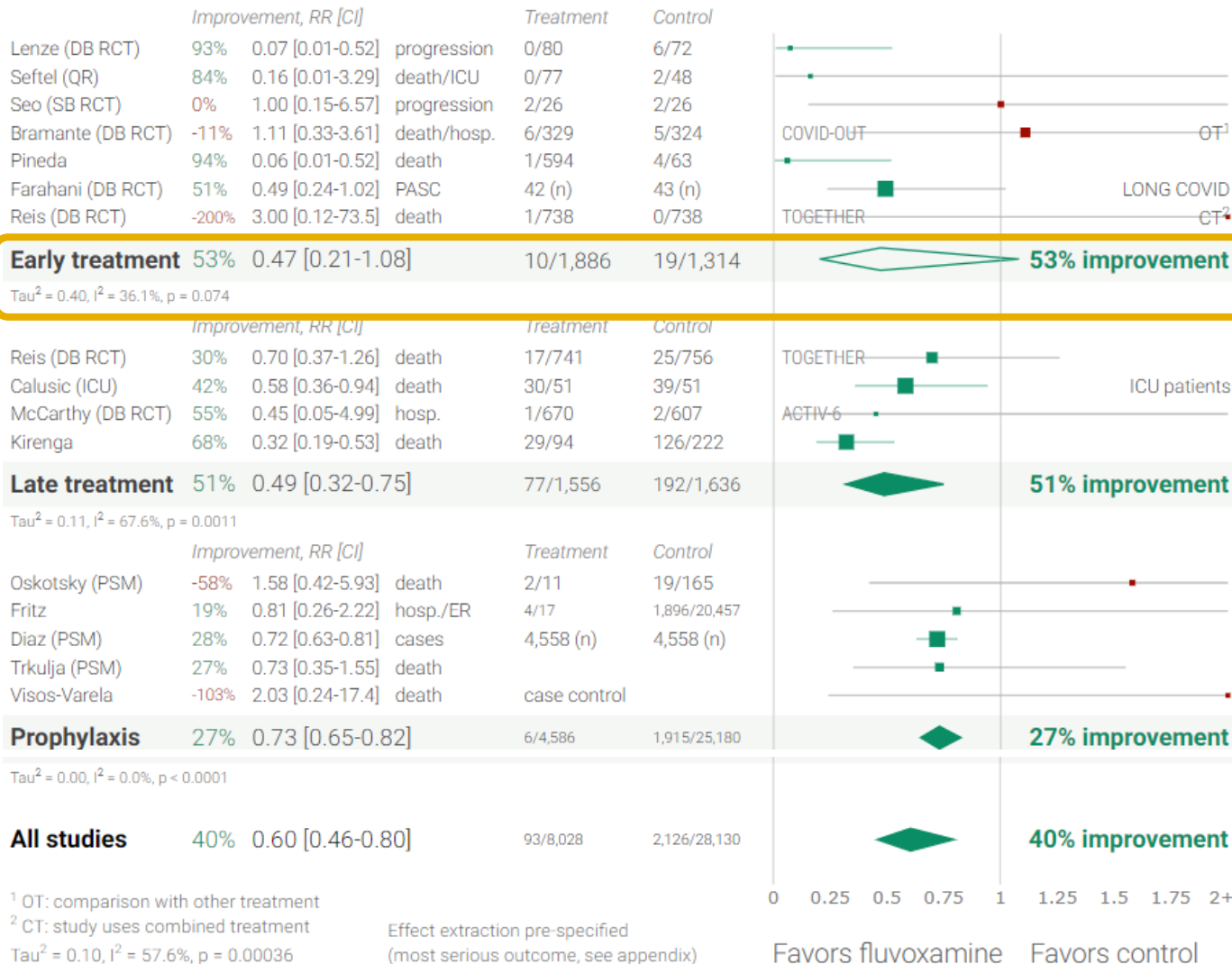


Figure 12. Random effects meta-analysis for peer reviewed studies. [Zeraatkar] analyze 356 COVID-19 trials, find preprint results are inconsistent with peer-reviewed studies. They also show extremely long peer-review delays, with publication. A six month delay was equivalent to around 1.5 million deaths during the first two years of the pandemic. Preprint evidence, with appropriate checks for potential falsified data, which provides higher certainty much earlier. using the most serious outcome reported, see the appendix for details.

Il sito omette il RCT di Naggie et al (grants da Gilead Sciences, AbbVie; consulente scientifico e stock options in Vir Biotechnology; stock option e supporto da Silverback Therapeutics; e comitati x Bristol Myers Squibb ...

Che sia **solo** perché insiste a dimezzare la dose di fluvoxamina dimostratasi efficace, permettendoci di dire di **non** usarla?!

7 Euro x ciclo di cura... Pezzenti!



REVIEW

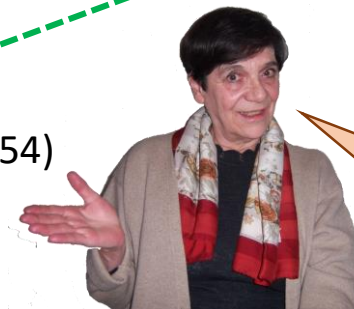
WILEY

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

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

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

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



Una già si
accontenta...

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

10 quercetin COVID-19 studies

c19early.org/q May 2023

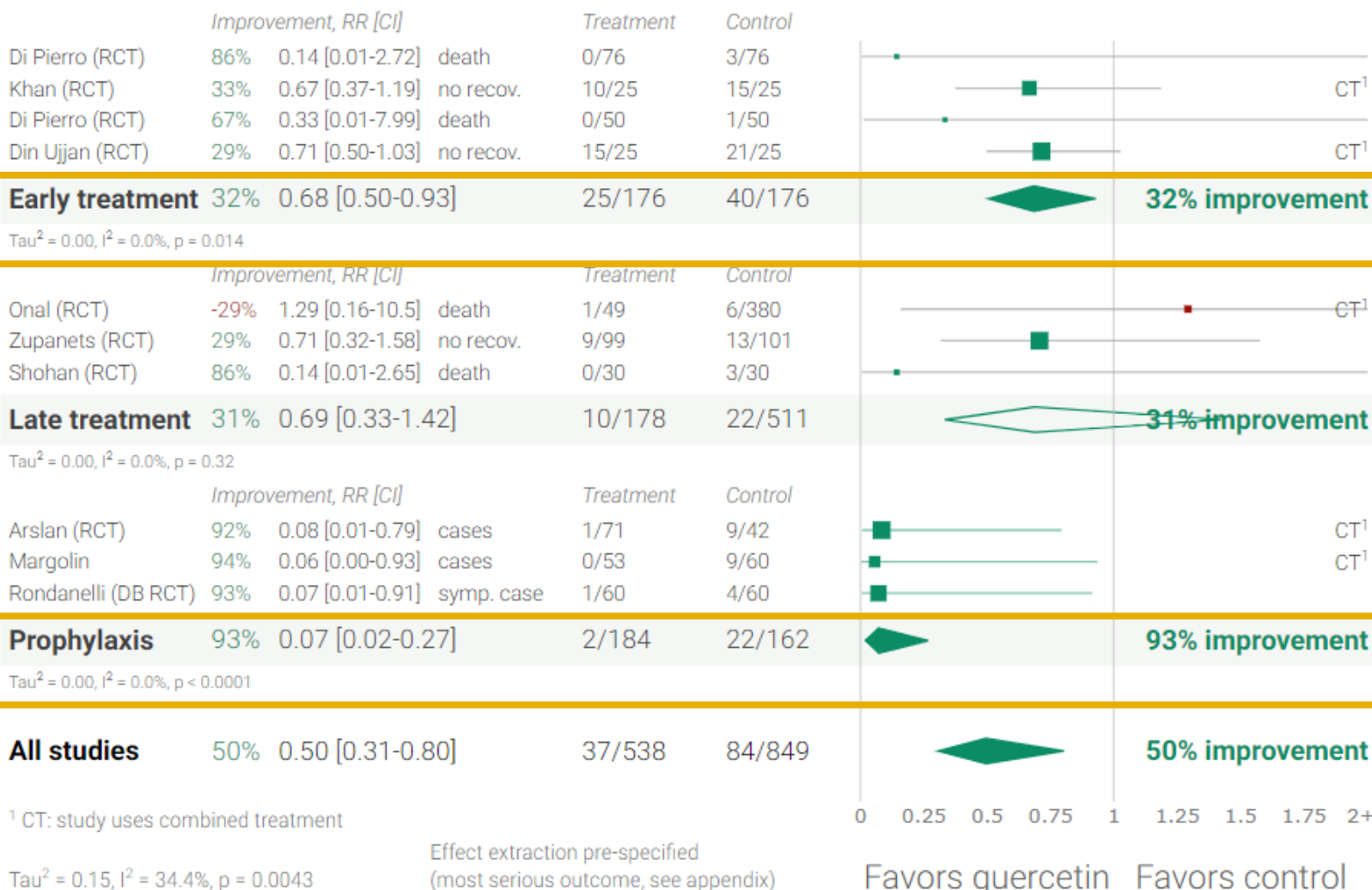


Figure 3. Random effects meta-analysis for all studies with pooled effects. This plot shows pooled effects, see the specific outcome analyses for individual outcomes, and the heterogeneity section for discussion. Effect extraction is pre-specified, using the most serious outcome reported. For details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

Maggiori fonti alimentari di quercetina



(Quercetin Phytosome® - QP)

pesto di
foglie di
ravanelli



coriandolo
fresco



Replicative capacity of SARS-CoV-2 omicron variants BA.5 and BQ.1.1 at elevated temperatures

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.



Lancet Microbe 2023

Published Online

April 24, 2023

[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00100-3](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00100-3)

*Yukiko Muramoto, Senye Takahashi, Peter J Halfmann, Shimpei Gotoh, *Takeshi Noda, *Yoshihiro Kawaoka*

Hanno paragonato la capacità replicativa di tre nuove sottovarianti Omicron: B.1.617.2, BA.5 e BQ.1.1 durante la febbre usando cellule epiteliali umane degli alveoli polmonari, infettate con un'alta dose infettante e incubate a 37°C (normale temperatura del corpo umano) e a 40°C (temperatura durante malattia febbrile).

Ogni giorno si sono prelevati campioni di cellule per la titolazione virale.

A 37° C le tre varianti hanno avuto crescite simili, raggiungendo **picchi elevatissimi**.

Dopo **due giorni a 40°C** i **titoli di B.1.617.2 erano 10 volte inferiori** che **a 37°C**
i **titoli di BA.5 erano 1000** “ “ “ “
e **BQ.1.1 è stata del tutto incapace di replicarsi**.

La **febbre** è uno dei sintomi più comuni anche con Omicron, e può avere un ruolo **importante nel limitare la gravità della COVID-19**.

RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI

per la gestione domiciliare di COVID-19

Vers. 4 – Agg. 14/12/2021

FARMACI SINTOMATICI

Terapia sintomatica

Paracetamolo o FANS possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.

**Farmaci contro Covid-19 nelle prime fasi:
quali sarebbe meglio evitare?**

20 novembre 2021

2° Seminario scientifico CMSi del Ciclo

**“Proposte strategiche e operative di contrasto
alla pandemia da Covid-19”**

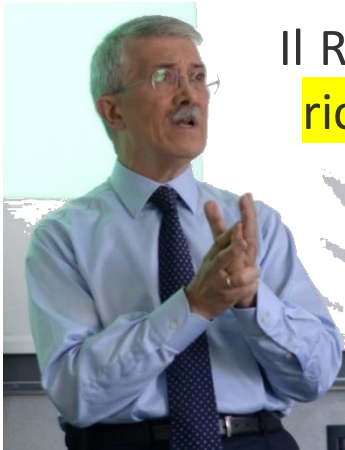
**Perché no al
paracetamolo**
<https://youtu.be/MH6M-PKUf-o>

Purtroppo OMS, AIFA, e una fioritura di linee guida per l'assistenza domiciliare di pz Covid-19 fino a quelle MinSal, nel ricordare ad oggi l'assenza di terapie specifiche *evidence based*, continuano a consigliare comunque:

È sorprendente che ciò avvenga senza prove, contravvenendo a ogni regola professata.

Invece oggi c'è l'occasione di realizzare un RCT a basso costo su centinaia o migliaia di pazienti con forme iniziali di Covid-19 (di norma lievi con Omicron), confrontando il decorso con impiego di: paracetamolo, o antinfiammatori, o placebo, o di cure supportate da RCT. *

paracetamolo
(fino a 3 g al
giorno) **per**
«trattare» la
febbre! *

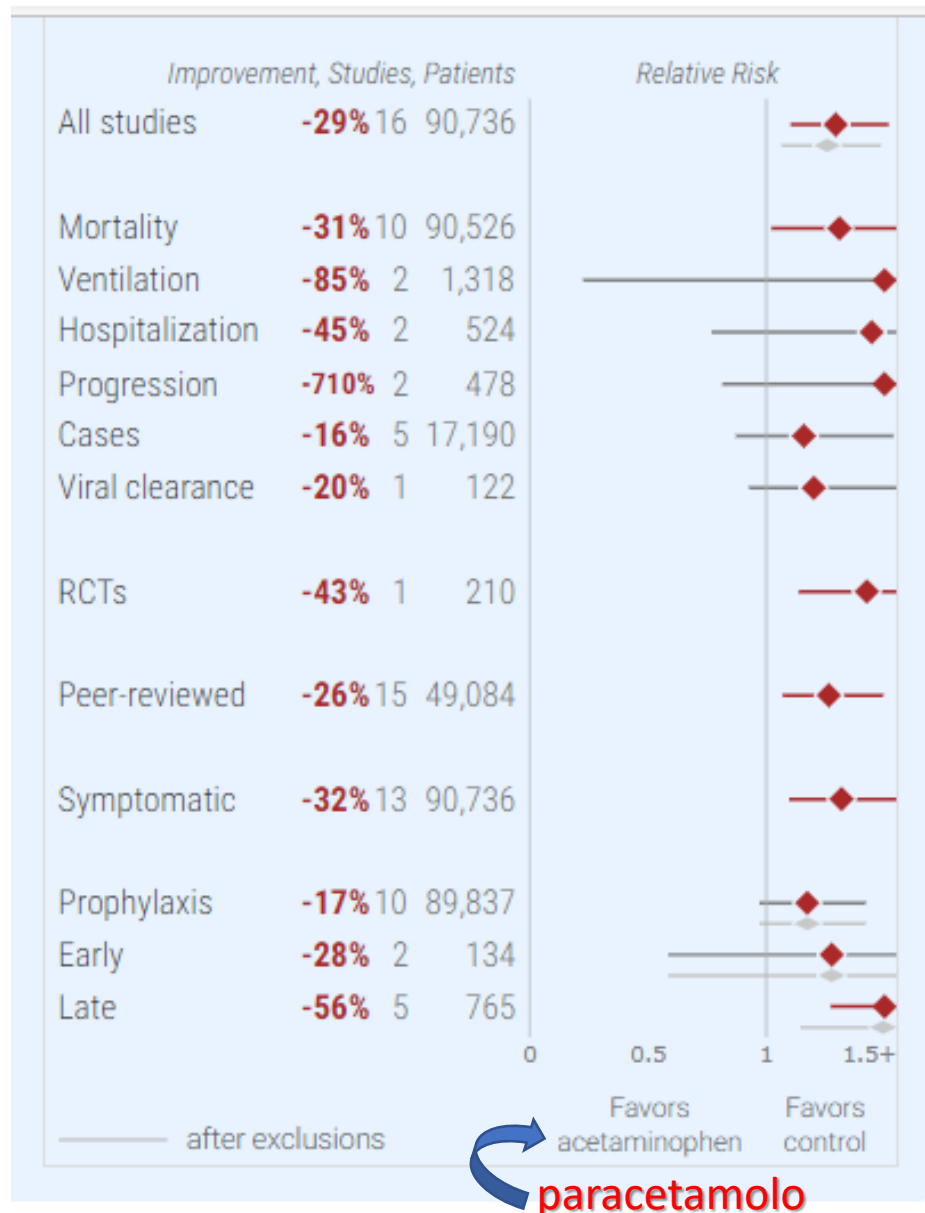


Il RCT andrebbe realizzato con finanziamenti pubblici, coinvolgendo ricercatori senza conflitti di interesse, in grado di garantire il livello metodologico e la credibilità dei risultati.

Si potrebbero così finalmente avere risposte serie sull'utilità di queste diffusissime pratiche cliniche, di interesse universale per tanti anni a venire.

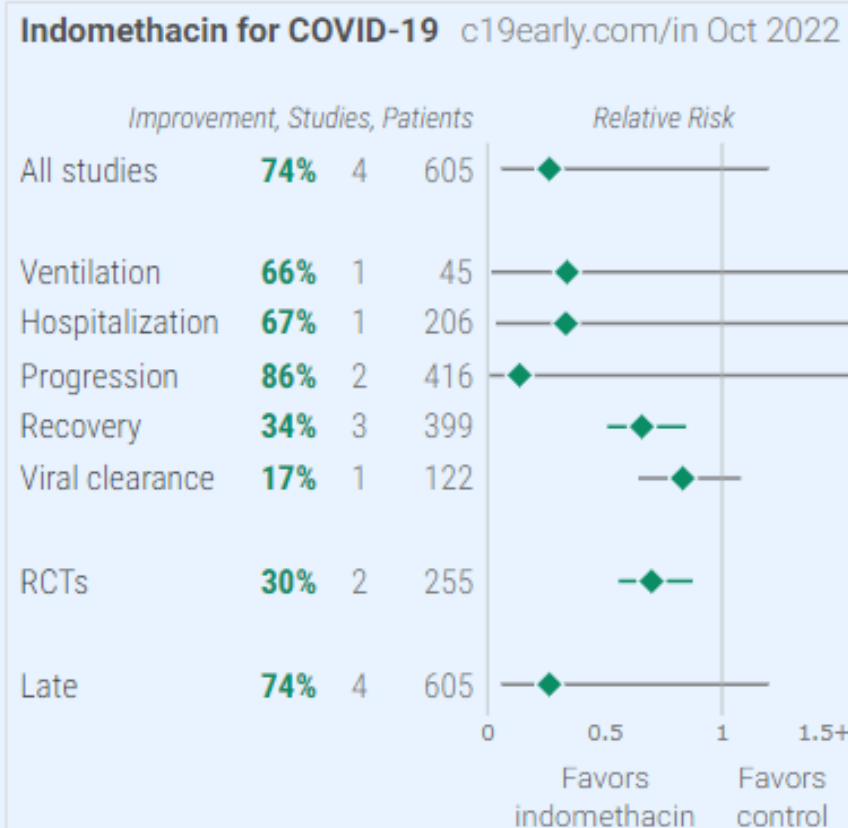
* La pratica di dar subito paracetamolo (o antinfiammatori diversi da indometacina) potrebbe forse avere un razionale (solo?) nel caso improbabile che fosse un virus ingegnerizzato, e che si comportasse in modo del tutto diverso dagli altri virus. Ma anche in questo caso s'imporrebbe un RCT per dimostrarlo!

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



[COVID-19 early treatment: real-time analysis of 2,233 studies \(c19early.com\)](https://c19early.com/)

Per un confronto:



Conference Paper: Preliminary findings from a randomized controlled trial of the effect of fever suppression by antipyretics on medically attended influenza virus infections

con antipiretico quasi 2 gg. in più
di diffusione del virus influenzale



Prof. Benjamin
John Cowling,
Epidemiologo
e Statistico
Medico, HKU

.... up. Seventy-eight participants were PCR-positive for influenza on their day 1 swab sample including 40 and 38 participants randomized into the treatment and placebo group respectively. The mean duration of viral shedding in the treatment group was 7.8 days compared to 6.1 days in the placebo group (p=0.02). No significant difference was detected between the groups in the time to clinical illness resolution. Recruitment is currently ongoing to achieve our target sample size of 150 patients in each group. CONCLUSION: Our preliminary findings indicate that antipyretic treatment of medically-attended influenza virus infection could prolong the duration of virus shedding, while not reducing the duration of illness. Findings from this study will have important contribution to evidence-based clinical management of medically-attended influenza, and public health strategies to control transmission in the community.

Description Oral Abstract Session - Clinical Science: no. O-95

Persistent Identifier <http://hdl.handle.net/10722/233614>

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

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

Authors: Alberto Donzelli¹, Emilio Maestri²

Abstract: Vitamin D against COVID-19 has theoretical basis. However, RCTs of larger size and quality to date support its use, either in oral form at various doses, not even in cases of severe or critical illness. A recent sequential meta-analysis, "has results biased by the weight of the study. Interference with correct scientific communication, risks obscuring in clinical practice valid studies available."

Cite as: ... e COVID-19: una comunicazione lontana dalla realtà. repo.epiprev.it/2786

Topic: [COVID-19](#)

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

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

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

Affiliations:

¹ Fondazione Allineare Sanità e Salute, Milano

² Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia



COVID-19?

Accettato

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



ARTICLE OPEN



Risk assessment of retinal vascular occlusion after COVID-19 vaccination

Jing-Xing Li^{1,2,3}, Yu-Hsun Wang⁴, Henry Bair^{5,6}, Shu-Bai Hsu^{7,8}, Connie Chen^{9,10}, James Cheng-Chung Wei^{4,11,12,13} and Chun-Ju Lin^{2,5,14}✉

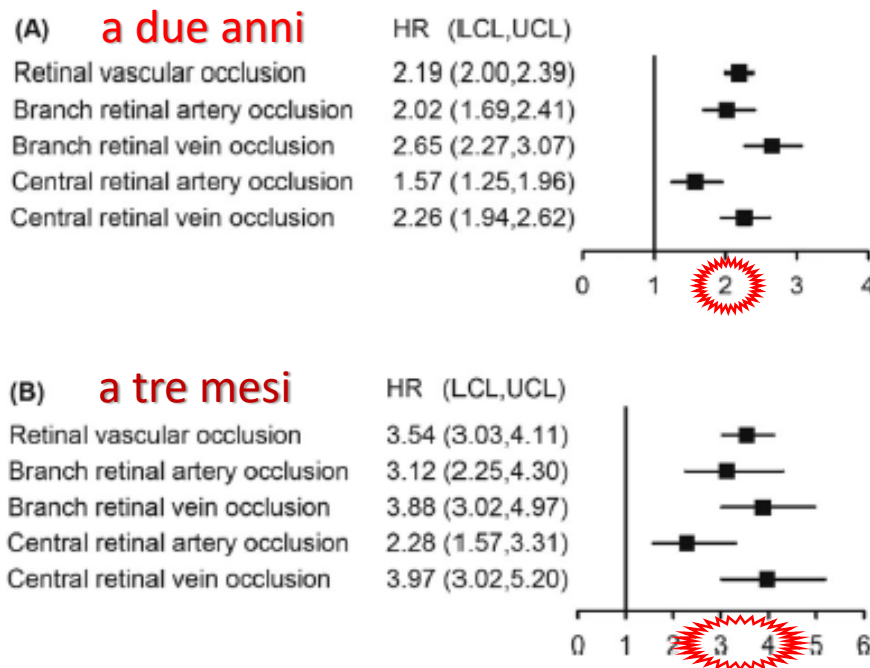


Fig. 2 Forest plot of risk of retinal vascular occlusion with 2-year and 12-week follow-up. **A** 2-year, and **(B)** 12-week. *HR* hazard ratio, *LCL* lower confidence limit, *UCL* upper confidence limit, *US* United States.

Grande studio retrospettivo su quasi 900.000 vaccinati tra 2020 e dicembre 2022 e 5,9 milioni di non vaccinati (con propensity score e aggiustamento multivariabile) in Taiwan.

Conclusioni

Rafforza il riscontro di precedenti studi: **dopo vaccinazione COVID, il più che raddoppio di occlusioni vascolari retiniche** (seconda causa di perdita vista da malattie retina) **dopo 3 mesi e due anni può non essere una coincidenza.**

► COVID, LA RESA DEI CONTI

Le virostar insistono: «Il virus c'è ancora, altre dosi ai fragili»

Da Burioni alla Viola a Remuzzi, gli pseudo esperti continuano lo show: «Una pandemia finisce solo quando ne inizia un'altra»

di PATRIZIA FLODER REITTER



«L'impressione è che i luminari virostar siano rimasti orfani dello stato di emergenza sanitaria internazionale e dichiarano concluso il 5 maggio. Certo, di riempire gli avvertimenti, di messaggi allarmati, di vuoto di attenzione lasciato dalla pandemia, finalmente decisa, sa perché il virus «non era più apprensione», come ha convenuto Gianni Rezza, direttore generale della previsione al ministero della San-

Ha cominciato lo stesso direttore generale dell'Oms, Teoros Adhanom Ghebreyesus, annunciando la decisione ma subito puntualizzando: «Il virus è qui per rimanere. Sta ancora uccidendo e sta ancora cambiando». Si è affrettato a dire che «resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti», atterrito dall'idea che le popolazioni pensino che il Covid non è più qualcosa di cui preoccuparsi».

Professori di cura medica non hanno voluto essere da meno, nel cercare di soffocare il respiro di sollievo per un fine emergenza, arrivato dopo tre anni di sofferenze fisiche, mentali e disastri economici. «Però la malattia continua ad essere una delle patologie temibili perché ancora oggi provoca morti nel nostro Paese», ha ricordato Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici. Certo, anche tumori, diabete, ictus, problemi cardiovascolari, ma non per questo viviamo in ap-

CORBELL

«Un vademecum per gestire i malori alla guida»

Il leader del Movimento Diritti Civili, Franco Corbelli, accusa l'Oms di «aver completamente ignorato la vera, drammatica emergenza del momento, quella delle morti improvvise e delle gravi reazioni avverse». Il Movimento ha lanciato sul proprio profilo Facebook «un vademecum, con qualche consiglio utile» per prevenire i malori fatali alla guida «che, solo per un miracolo e qualche gesto eroico, non si stanno trasformando in vere e proprie stragi».

preSSIONE continua. Roberto Burioni, virostar ancora in vena di impartire lezioni sul Covid, pochi giorni prima del fine pandemia si lamentava sui social: «In molti hanno spostato il dibattito sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini dalla scienza (fatta di numeri) alla politica (fatta di opinioni). Il risultato è stato catastrofico e ha causato la morte di molte persone. Speriamo di imparare per il futuro (ma non sono ottimista)».

La verità è un'altra. Campagne vaccinali, decreti dal governo e quasi tutte le sentenze della magistratura non prestano ascolto alla scienza. «Ora dobbiamo vedere quanto dura l'equilibrio raggiunto», avverte il senatore Andrea Crisanti, passato dalla virologia alle fila

del Pd e poco convinto che si possa parlare di normalità. Smettendo per un attimo di promuovere il suo libro sulle diete, la professoressa Antonella Viola tiene a farci sapere che «il virus circola e non sappiamo come evolverà e non possiamo prevedere se ci saranno picchi stagionali o me-

«Qualche studioso afferma che una pandemia finisce davvero solo quando ne comincia un'altra», non è molto incoraggiante Giuseppe Remuzzi direttore dell'Istituto farmacologico Mario Negri, che aggiunge: «Altri coronavirus arriveranno, questa è l'unica certezza».

«One Health», siamo sotto attacco da parte di tutta una serie di altre patologie infettive dalle quali dovremmo essere in grado di guardare e di rispondere in maniera più pronta rispetto a quanto fatto nella pandemia da Sars-CoV-2», sottolinea Roberta Siligoi, presidente della Sisi, la Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica. «Bisogna prepararsi alla stagione fredda, usando il vaccino», raccomanda Walter Ricciardi, già consulente dell'ex ministro della Salute, Roberto Speranza.

A Che tempo che fa, Benedetta Allegranzi, leader tecnico prevenzione e controllo delle infezioni dell'Oms, domenica annunciava: «Noi l'abbiamo già raccomandato, soprattutto nelle persone fragili le vaccinazioni andrebbero ripetute ogni quattro, sei mesi». Quando le è stato chiesto che cosa i fragili ha risposto: «Anziani, persone sopra i 70-80 anni e con patologie come un tumo-

Ha cominciato lo stesso direttore generale dell'Oms, Teoros Adhanom Ghebreyesus, annunciando la decisione ma subito puntualizzando: «Il virus è qui per rimanere. Sta ancora uccidendo e sta ancora cambiando». Si è affrettato a dire che «resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti», atterrito dall'idea che le popolazioni pensino che il Covid non è più qualcosa di cui preoccuparsi».

«Qualche studioso afferma che una pandemia finisce davvero solo quando ne comincia un'altra», non è molto incoraggiante Giuseppe Remuzzi direttore dell'Istituto farmacologico Mario Negri, che aggiunge: «Altri coronavirus arriveranno, questa è l'unica certezza».

A Che tempo che fa, Benedetta Allegranzi, leader tecnico prevenzione e controllo delle infezioni dell'Oms, domenica annunciava: «Noi l'abbiamo già raccomandato, soprattutto nelle persone fragili le vaccinazioni andrebbero ripetute ogni quattro, sei mesi». Quan-



Che tempo che fa
7 maggio 2023

<https://www.ilgiornaleditalia.it/news/esteri/486967/vaccino-covid-bambini-clinton-choc-somministrarlo-a-tutti-con-forza-.html> | 11 Maggio 2023

Citando dati CDC: **<70% dei bambini USA <2 anni** nel 2021-'22 sono «**completamente vaccinati**», **con un set completo di iniezioni** contro le malattie comuni prima dell'era vaccinale.

Solo il 10% tra 6 mesi e 4 anni ha ricevuto almeno 1 dose di vaccino COVID-19



^{the} Defender[®]

CHILDREN'S HEALTH DEFENSE NEWS & VIEWS

Download for Free: Robert F. Kennedy's New Book — 'A Letter to Liberals'

05/04/23 • BIG PHARMA NEWS

'The Big Catch-up': Chelsea Clinton Partners + Gavi, UNICEF, Vaccine Alliance 2030, World Bank e Rockefeller Foundation
With WHO, Gates Foundation on 'Largest Childhood Immunization Effort Ever'

"The Big Catch-up" initiative, described by the World Health Organization as a "targeted global effort to boost vaccination among children following declines driven by the COVID-19 pandemic," will last 18 months.

By **Michael Nevradakis, Ph.D.**

Veniamo ai vaccini pediatrici obbligatori

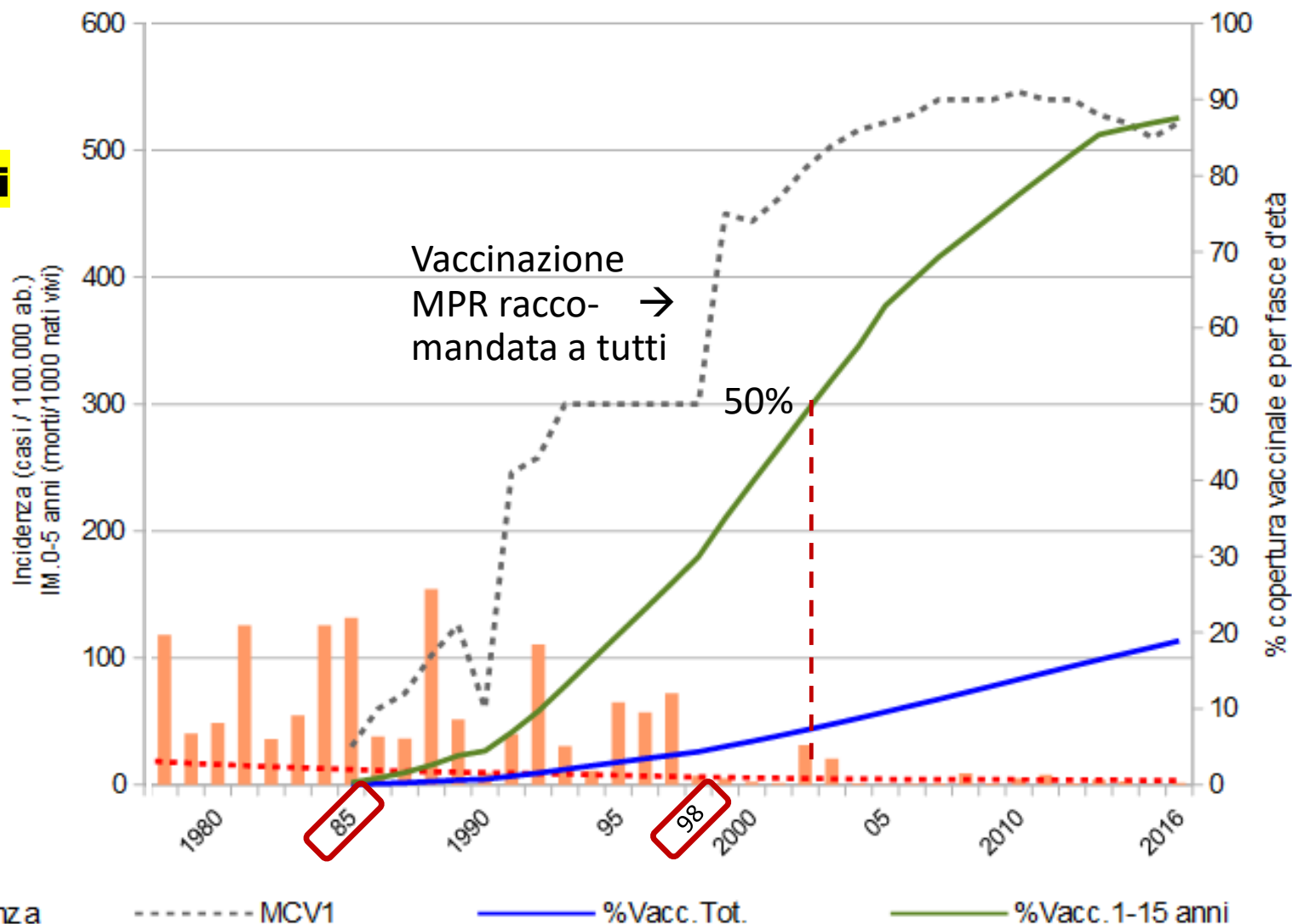


Fig. 1. Incidenza morbillo in Italia, copertura vaccinale pediatrica e popolazione vaccinata. L'istogramma è l'incidenza annuale (casi segnalati su 100.000 abitanti), la linea grigia tratteggiata è la copertura vaccinale annuale a partire dal 1985, la linea blu è la copertura cumulativa rispetto all'intera popolazione italiana

Quanti **morti per morbillo** in Italia come media annua nei 14 anni **prima** del 1999 (introduzione della vaccinazione universale), su una media di >57 milioni di italiani? *dati Istat*

10.000? 5.000? 1000? 100?

Morbillo **7,4** all'anno (min. 1 - max 15), di cui poco + metà in età pediatr.

Varicella **4,6** « «

Rosolia **0,9** « «

Parotite **0,9** « «

Pertosse **3,6** « « (ma la vaccinazione antipertosse c'era da tempo)

Almeno, però, il vaccino antimorbillo può dare protezione di gregge, ma altri? Es. l'antipertosse?

Donzelli Senato '17 Vaccini	Copertura % Italia <u>24 mesi</u>	Copertura % Italia <u>36mesi</u>	% x eff. <i>gregge</i> OMS 2008	Note
Polio	93,43	95 , ₃₇	80-86	Immunità sangue, <u>non a livello intestino</u>
Difterite	93,35	95 , ₃₃	82-87	<u>effetto gregge implausibile</u> , è come x tetano!
Tetano	93,56	95 , ₄₂	nessuna %	<u>non</u> effetto <i>gregge</i>
Pertosse	93,33	95 , ₂₇	90-95	vaccino attuale non dà effetto gregge! (anzi!)
Epatite B	93,20	95 , ₁₇		trasmis. solo sex o sang.
Emofilo Infl. b	93,03	94 , ₉₆	70	<i>rimpiazzo!</i>
Morbillo	85 , ₂₉	89 , ₁₉	90-95	c'è effetto gregge
Parotite	85,23	89 , ₁₁	75-86/85-90	effetto decade presto
Rosolia	85,22	89 , ₁₃	82-87	c'è effetto gregge
Varicella	30 , ₇₃	34 , ₀₀	85-90	strategia imprudente
MenC coniugato	76,62	78,97	??	improbabile
MenB			no	<u>non</u> effetto gregge
Pneumococco c.	88,73	88,29	??	seri rischi di <i>rimpiazzo</i>

Roberto Burioni

te l'individuo vaccinato correttamente è protetto dalla malattia, ma può trasmettere l'infezione a chi non è stato vaccinato e può ammalarsi con terribili conseguenze.

Il vaccino non è un'opinione

Le vaccinazioni spiegate a chi proprio non le vuole capire

to che il bimbo non riesce più a respirare, diventa blu per la mancanza d'ossigeno, tra atroci spasmi, e l'unico modo per tentare di salvarlo è fargli un taglio nella gola, per consentire con mossa disperata il passaggio dell'aria. Ma spesso non basta: la tossina si diffonde con il sangue e arriva al cuore, ai reni, al fegato, li distrugge e porta il

...a sintomo
...ano su
...on gra-
...n siero
...miglio-
...re il 20 per cento dei pazienti muore tra atroci tormenti, così come avveniva tanti anni fa.

Avete capito che ci troviamo davanti a uno di quei nemici terribili che nel passato mietevano vittime, soprattutto tra i bambini, a decine di migliaia. Per fortuna non è più così. Abbiamo un vaccino che è contenuto nell'essavalente, efficace e sicuro. Tanto efficace che nei paesi dove tutti si vaccinano la malattia è solo un brutto ricordo di un tempo che fu, come le guerre e la fame.

Tuttavia non possiamo smettere di vaccinarci: il batterio non è scomparso e nei paesi dove è ancora presente l'individuo vaccinato correttamente è protetto dalla malattia, ma può trasmettere l'infezione a chi non è stato vaccinato e può ammalarsi con terribili conseguenze.

In un giorno di marzo dell'anno 2016, ad Anversa, in

Anche Burioni pare consapevole che chi si vaccina può ospitare in gola i corinebatteri e trasmettere la difterite. Non vaccinarsi **non** è un problema per gli altri.

New JCVI advice for high risk 0-4s

[April 23, 2023](#)

Will parents trust the 'experts'?



Graphs and maps

Last updated on week 19, 2023 [Print](#)

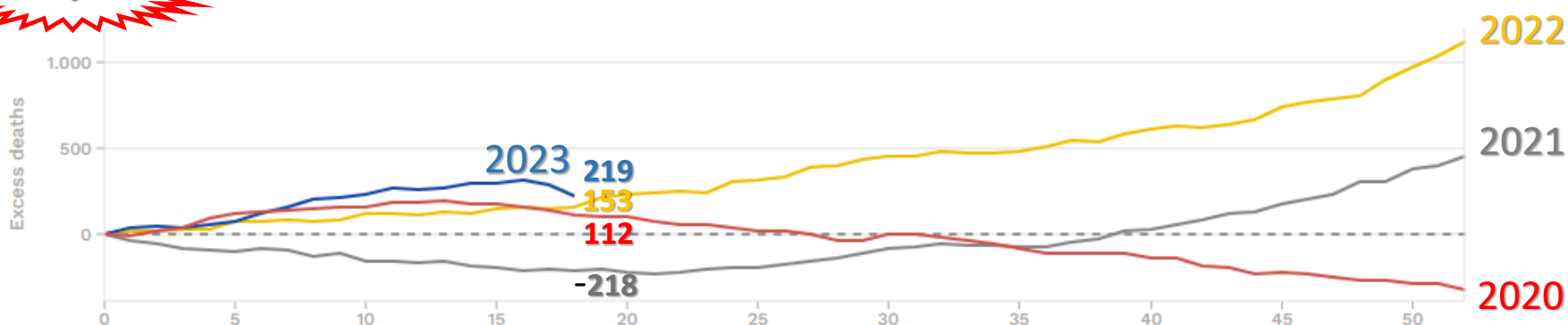
These graphs were generated in week 2023-19 with data from 26 participating countries: Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany (Berlin), Germany (Hesse), Greece, Hungary, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, UK (England), UK (Northern Ireland), UK (Scotland), and UK (Wales).

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

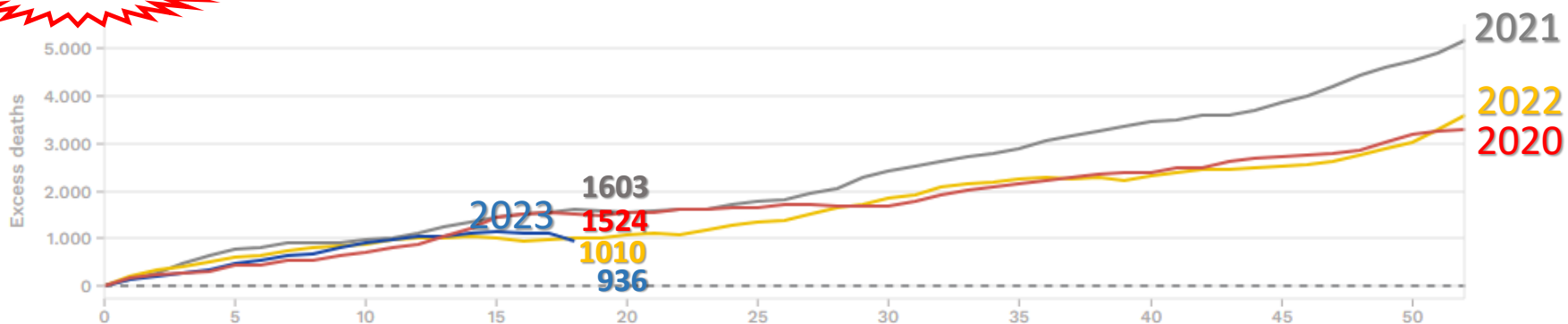
Ukraine, Germany (Berlin) and Germany (Hesse) were not included in the pooled data.

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

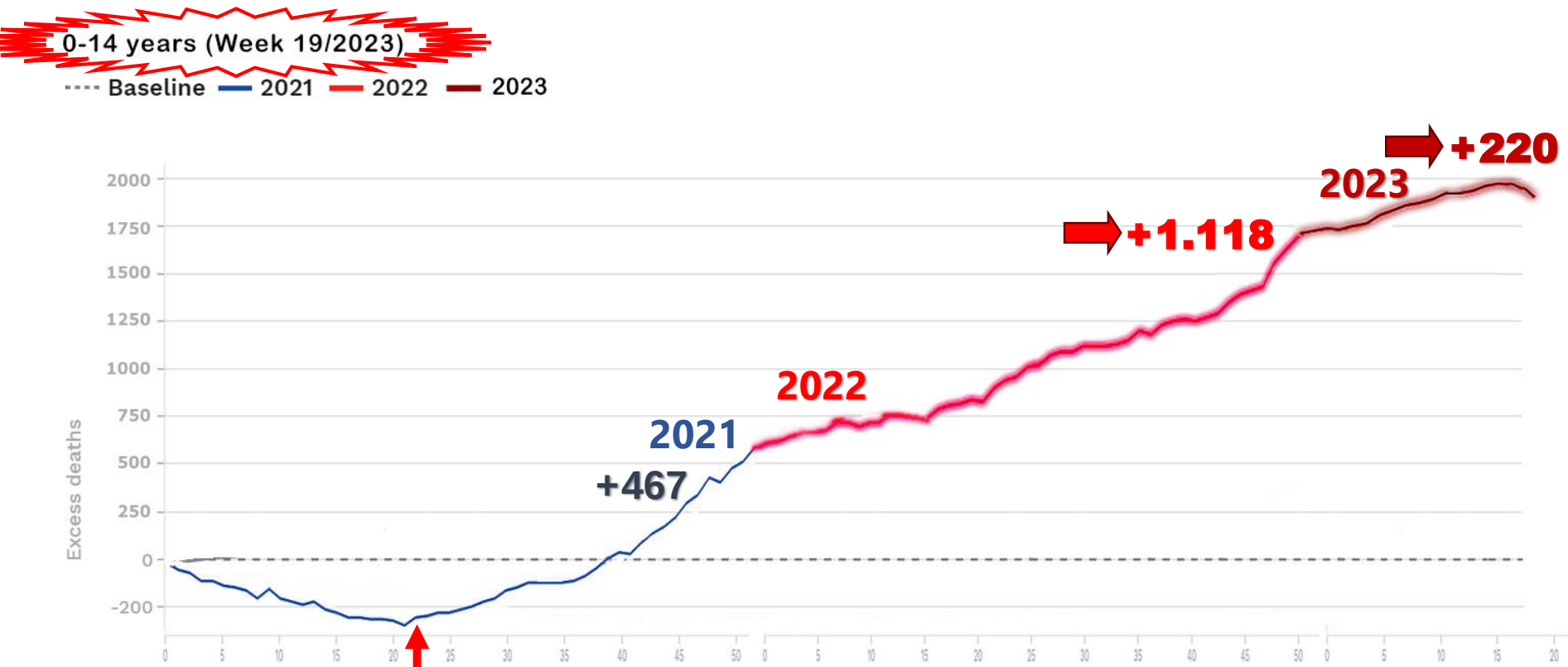
0-14 years



15-44 years



Se si mettono **di seguito 2021, 2022 e 2023**, la progressione dell'eccesso dei **decessi nei bambini** è continua, costante ed evidentissima (accesso 14-5-23)



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 indagare³⁶!

“Censurati i malori improvvisi”. La protesta dei giornalisti contro Bertolaso. Cosa sta succedendo

di Gabriele Angelini

220 Views

Pubblicato il 20/04/2023 12:23



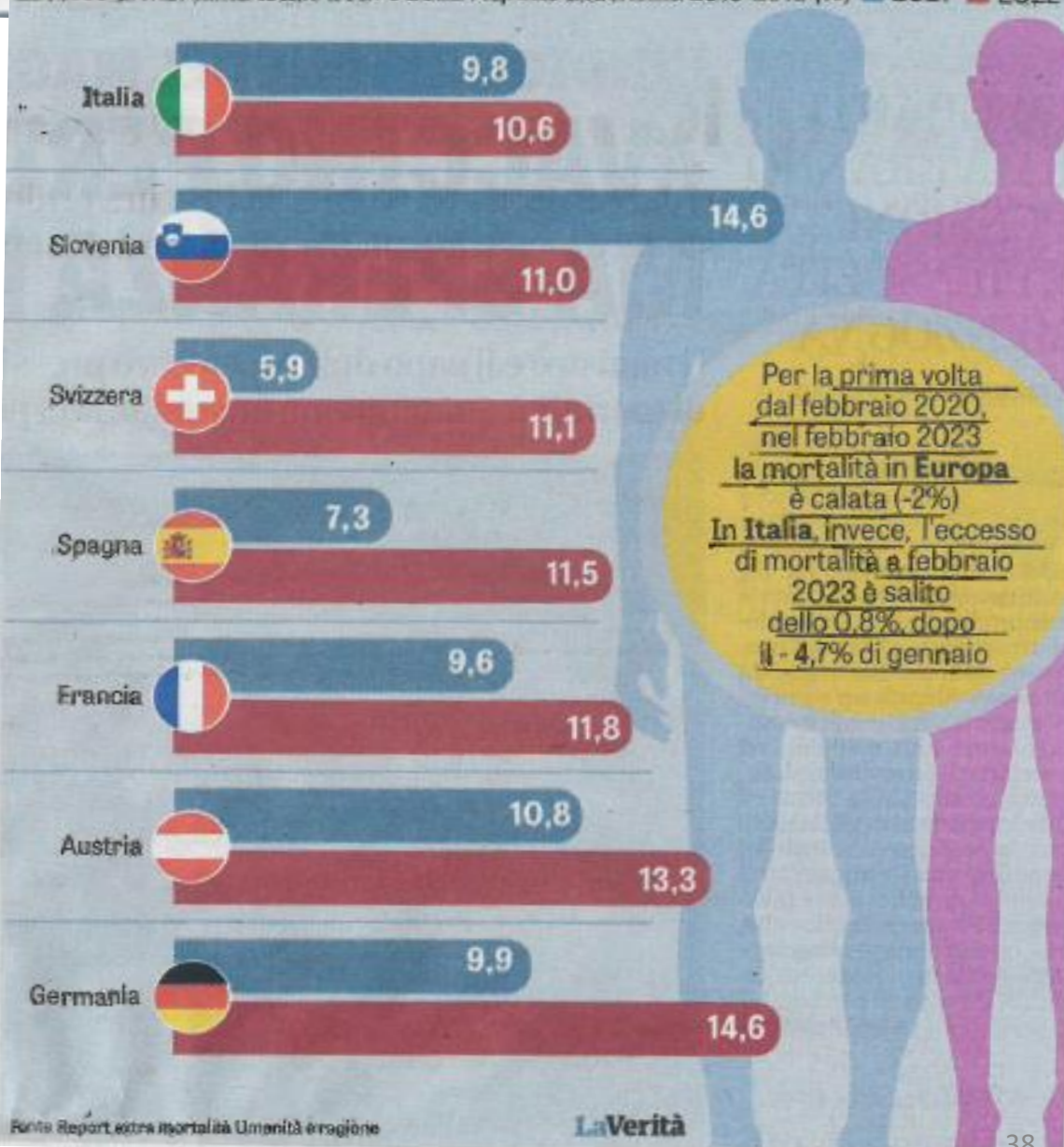
Nella giornata di giovedì 20 aprile l'Associazione Lombarda dei Giornalisti e Gruppo Cronisti lombardi hanno indetto una manifestazione, sostenuti dall'Ordine dei giornalisti, a Milano. Si sono ritrovati sotto Palazzo Lombardia, sede della Regione, in piazza Città della Lombardia per **protestare contro Guido Bertolaso**. Ma cosa è successo? Semplice, **la Regione censura i malori improvvisi**. Le segnalazioni di questi eventi sono state rese inaccessibili ai giornalisti, che negli ultimi 5 giorni sono stati esclusi dal servizio **"real time"** del portale attivo da 13 anni. "Real time" di Areu è infatti cruciale per chi fa cronaca.



Qualche segnale di risveglio?

LA SITUAZIONE NEL VECCHIO CONTINENTE

Eccesso di mortalità totale 2021 e 2022 rispetto alla media 2015-2019 (%) ■ 2021 ■ 2022



Morti nel 2022
peggio del 2021

Deaths registered weekly in England and Wales, provisional: week ending 28 April 2023

Table 1: Deaths registered in England and Wales, week ending 28 April (Week 17 2023)

Week 17 2023	England and Wales (including non-residents)	England	Wales
Total deaths (all causes)	12,152	11,397	732
Total deaths above 5-year average	1,469	1,417	47
<u>Percentage change compared to 5-year average (2017 to 2019 and 2021, 2022)</u>	13.8%	14.2%	6.9%
Deaths involving COVID-19	459	436	23
Percentage of deaths involving COVID-19	3.8%	3.8%	3.1%

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

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

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

(v. mie slide da 34 a 45 [o 54] di incontro InfoVax del 19-3-'23

[2023 03 19 Donzelli Gruppo studio Info-Vax EB.pdf - Google Drive](#)

L'ultima slide di oggi mostrerà un **altro gravissimo errore dell'ISS** (*grazie a S. Petti*)

► COVID, LA RESA DEI CONTI

di ALESSANDRO RICO



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

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

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

I morti vanno classificati per stato vaccinale: dall'istante in cui entra l'ago della 1^a dose il soggetto va classificato come **vaccinato**! Quando entra l'ago della 2^a, 3^o dose si deve classificare come *vaccinato con 2 dosi*, con *3 dosi*, e così via! Finora l'ISS ha sbagliato, ma se continua potrebbe rischiare l'accusa di frode⁴¹

L'illusione dell'efficacia del vaccino rivisitataThe illusion of vaccine efficacy revisited

Come rendere un placebo efficace al 95% e garantire affari ripetutiHow to make
a placebo look 95% effective and guarantee repeat business



NORMAN FENTONNORMAN FENTON AND EMARTIN NEILMARTIN NEIL

2 MAGGIO 20232 MAG 2023

L'esempio di Neil e Fenton simula un lancio di un vaccino e una valutazione dell'efficacia che è essenzialmente il modo in cui sono stati condotti tutti gli studi osservazionali del 2021 sui vaccini COVID.

L'Office for National Statistics (ONS, UK) classifica la persona infettatasi entro le prime **tre settimane (regola dei 21 giorni)** dalla vaccinazione come *non vaccinata*. Lo stesso fa la Svezia.

Altri paesi classificano come *non vaccinata* una persona entro le prime **due settimane** dalla vaccinazione (**regola dei 14 giorni**).

Lo stesso vale per ulteriori dosi in cui **c'è sempre un ritardo di 21 (o 14) giorni prima di essere classificato come aver avuto l'ultima dose** di richiamo.

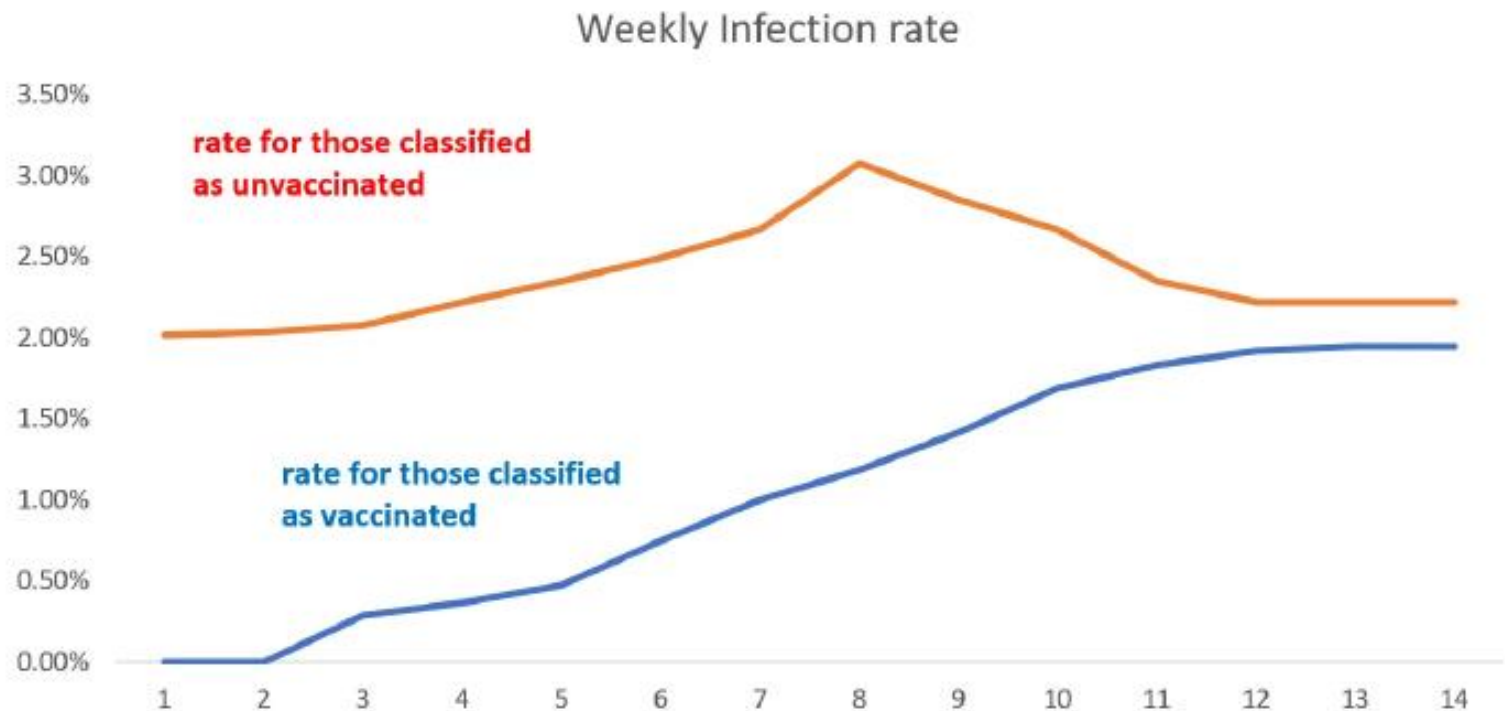
Nel testo, cui si rimanda, gli autori danno la dimostrazione matematica che:

Con la regola dei 14 giorni un vaccino finto pare efficace all'86%

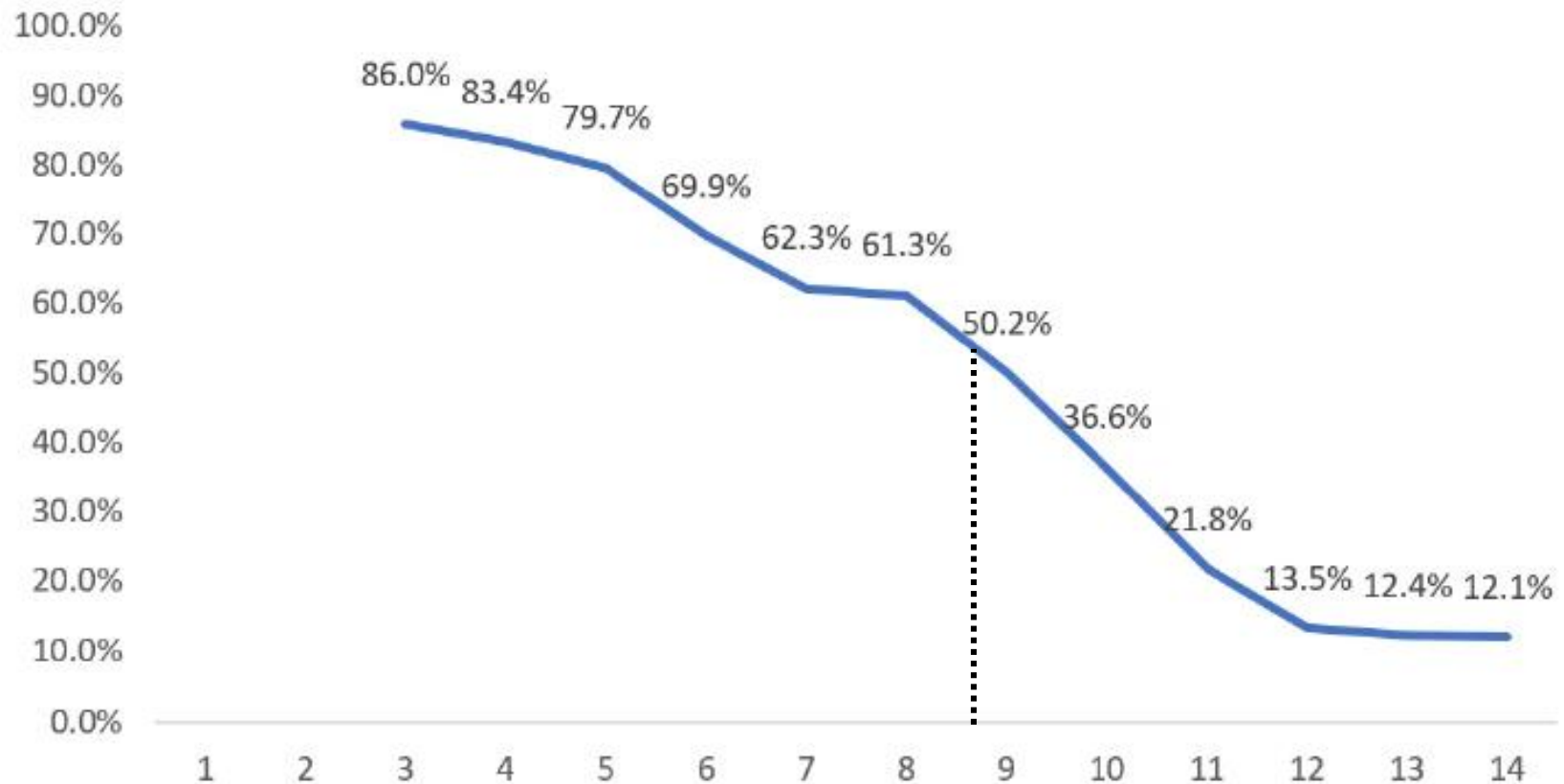
Benché nell'esempio i **tassi di infezione settimanali** reali dei vaccinati e dei non vaccinati siano **sempre lo stesso 2%**, i tassi di infezione dopo la '**classificazione**' sono sempre inferiori al 2% per quelli classificati come '**vaccinati**' e superiori al 2% per quelli classificati come '**non vaccinati**':

04/05/23, 09:45

L'illusione dell'efficacia del vaccino rivisitata



Weekly efficacy reported

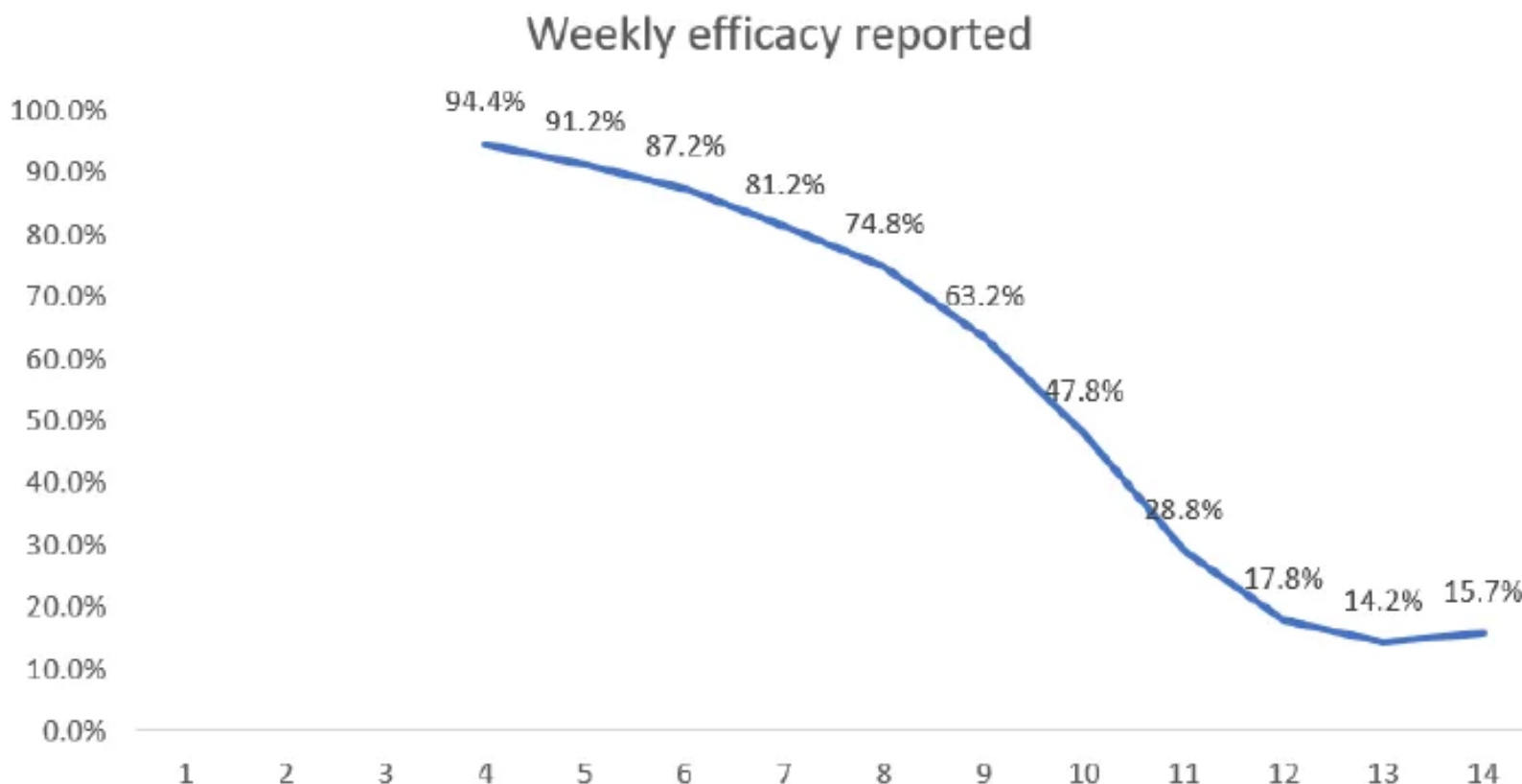


Un vaccino completamente inutile (con efficacia vera dello 0%) **sembra avere un'efficacia molto alta nelle prime settimane**. Pur diminuendo di continuo, è ancora superiore al 50% alla settimana 9. Entro la settimana 14 l'efficacia è ancora positiva ma solo del 12,1%... da qui la **necessità di una nuova dose di richiamo!**

Questi risultati simulati sono molto simili ai tassi di efficacia nel mondo reale che si osservano nei primi tre mesi di un nuovo vaccino o richiamo.

Con la regola dei 21 giorni un vaccino finto pare efficace al 95%

L'efficacia ottenibile nel periodo di 3 settimane è:

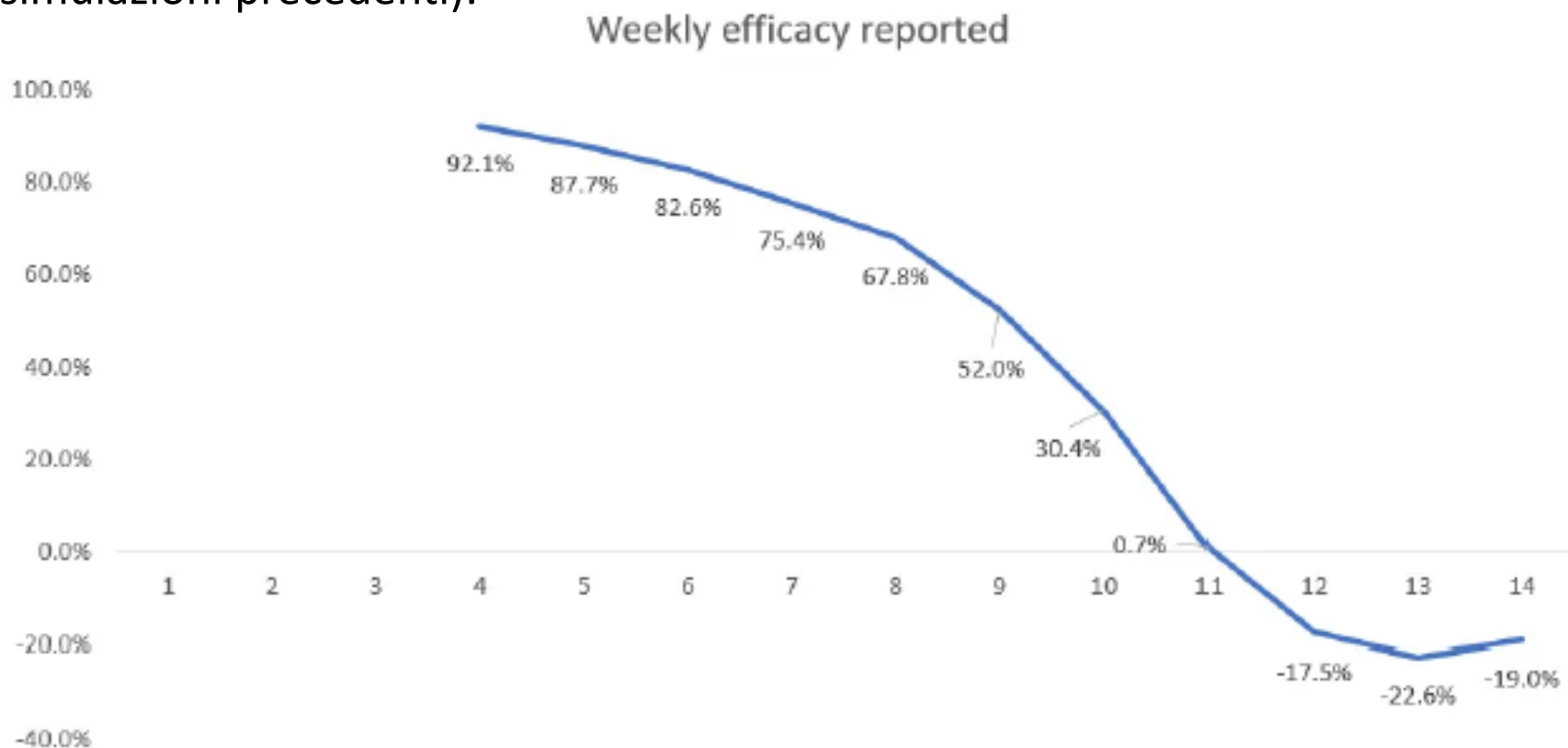


Ora potrebbero affermare che il vaccino inizia con un'efficacia del 95%, ma ancora una volta è necessario il richiamo dopo 3 mesi affinché la vaccinazione «sia davvero efficace»...

Anche un'efficacia negativa può esser fatta sembrare efficace >90%!

Un vaccino placebo non può ottenere davvero un'efficacia negativa. Ma se il tasso reale d'infezione fosse un po' più alto per il vaccino rispetto a nessun vaccino, la regola dei 21 (o 14) giorni produce comunque un'elevata efficacia iniziale, prima che la stessa diventi negativa.

Ecco i risultati per un vaccino che aumenti davvero il tasso d'infezione del 50% (quindi un tasso d'infezione del 3% nei vaccinati anziché il presunto 2% nelle simulazioni precedenti):



NB: altri fattori, se inclusi nella simulazione, darebbero tassi d'efficacia ancor più alti per un vaccino placebo. Per esempio:

Il lancio in UK nel 2021 è avvenuto quando il tasso d'infezione era in calo.

Era molto più probabile che asintomatici non vaccinati dovessero fare test PCR (per lavoro, partecipare a eventi, ristoranti, ecc.) rispetto a vaccinati asintomatici, che dovevano solo mostrare la prova della vaccinazione.

In Israele in questo periodo i non vaccinati avevano 6 volte più probabilità di fare il test PCR rispetto ai vaccinati. L'alto tasso di falsi positivi per gli asintomatici aumenterebbe quindi in modo artificiale il tasso d'infezione dei non vaccinati.

Chi era (o era stato di recente) positivo alla PCR non si poteva vaccinare fino a 14 giorni dopo un test negativo. Dunque la coorte vaccinata conteneva una % maggiore di persone con già un'immunità naturale.

L'effetto vaccinato sano: i vaccinati hanno più probabilità di essere più *attenti alla salute* e di classe socioeconomica più alta, con meno probabilità di infezione.

L'illusione di alta efficacia c'è anche se il vaccino è peggiore di un placebo.

In particolare, per i vaccini COVID c'è stato un tasso d'infezione molto alto nei primi 14 giorni dopo la vaccinazione. Dato che tutti gli infetti nei primi 14 giorni sono classificati *non vaccinati*, ciò porterebbe a tassi di efficacia ancor più alti di quelli mostrati nella simulazione.

Conclusione

Sembra ragionevole concedere un certo tempo perché un vaccino *funzioni*.

Tuttavia, nel calcolo dell'efficacia del vaccino, classificare chi si è infettato entro 14 o 21 giorni dalla vaccinazione come "caso non vaccinato" è, quanto meno oggettivamente, **una truffa**.

Garantisce che qualsiasi vaccino anche non diverso, o persino peggiore, di un placebo avrà un'elevata efficacia iniziale.

Usando il periodo di 21 giorni prima di considerare una persona vaccinata - come fanno l'ONS e altri per i vaccini COVID - significa garantire tassi di efficacia artificiale elevati in modo ingannevole.

L'apparente ma artificioso "calo" di efficacia si può anche usare in modo strumentale per sostenere che dopo 3 o 4 mesi occorra un'altra dose di vaccino per riguadagnare la protezione.

Poiché lo stesso ritardo nella classificazione è usato per chi ha ricevuto un'ulteriore dose, è dunque garantito che l'elevata efficacia si possa rivendicare di nuovo per le dosi successive.

Tutto ciò crea un **modello di business ripetibile per Big Pharma.**



Original Investigation | Public Health

Trends in Severe Outcomes Among Adult and Pediatric Patients Hospitalized With COVID-19 in the Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program, March 2020 to May 2022

Robyn Mitchell, MHSc; Joelle Cayen, BSc; Nisha Thampi, MD, MSc; Charles Frenette, MD; Jessica Bartoskzo, HBSc; Kelly Baekyung Choi, MSc;

Le ammissioni in Terapia Intensiva sono state significativamente maggiori tra i *non vaccinati* contro COVID-19 vs completamente vaccinati: rapporto dei tassi di incidenza 4,3, o con dosi aggiuntive di vaccino rapporto dei tassi d'incidenza 3,9.

E la mortalità in ospedale per tutte le cause è stata significativamente maggiore tra i *non vaccinati* contro COVID-19 vs completamente vaccinati: rapporto tassi d'incidenza 12,2 o con dosi aggiuntive rapporto dei tassi d'incidenza 15,1

Ma: chi sono «i vaccinati» e «i non vaccinati»?

Fully vaccinated was defined as a patient with symptom onset or specimen collection date that was 14 or more days following receipt of a second dose of a 2-dose COVID-19 vaccine or a single dose of a 1-dose COVID-19 vaccine. Fully vaccinated with an additional dose was defined as a fully vaccinated patient with symptom onset or specimen collection date that was 14 or more days following receipt of at least 1 additional dose of a COVID-19 vaccine.

CHEER UP!
THE WORST IS
YET TO COME.

Purtroppo c'è anche molto altro! (S. Petti)

La parola chiave è: **densità di incidenza**. Quanto è lungo il tempo di esposizione?

Per chi si è vaccinato, anche dopo la prima *trappola dei 14 giorni*, l'efficacia del vaccino è valutata per un tempo più limitato, le occasioni di incontro con il virus sono meno rispetto ai **non vaccinati**, che **oggi hanno un tempo d'esposizione fino a tre anni**, con molto più tempo **per incontrare il virus nello stato di non vaccinato!**

Es: ci sono 10 decessi tra 1000 non vaccinati (1%) e solo 5 decessi tra 1000 vaccinati con booster (0,5%), la mortalità *sembra* doppia nei non vaccinati = 1%/0,5%.

In realtà i tridosati hanno ricevuto il booster diciamo a maggio 2022, dunque sono boosterati da 1 anno (12 mesi). Inoltre nell'anno da marzo 2020 a marzo 2021 erano ancora non vaccinati (altri 12 mesi da non vaccinati)!

Invece gli oggi non vaccinati lo sono stati per ~3 anni (~36 mesi). **Rifacciamo i conti non confrontando le persone, ma correttamente gli anni-persona (o mesi-persona).**

I 1000 **boosterati hanno** 12 mesi di copertura con booster, cioè $1000 \times 12 = 12.000$ **mesi-persona di esposizione**. E un anno (12 mesi) da non vaccinati.

I 1000 **non vaccinati** x 36 mesi (+ 12 mesi dei boosterati nello stato di non vaccinati) hanno $1000 \times 48 = 48.000$ **mesi-persona d'esposizione**, 4 volte più tempo d'infettarsi

Quindi nell'esempio **sono i vaccinati ad avere mortalità doppia!**