

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

(51° incontro, 16-6-'24)

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. Andrea Montanari
Resp. Dip. Affari Legali SIM
Coord. Comit. Giurid. Scient.

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

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

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

Come Presidente della Fondazione Allineare Sanità & Salute, dichiaro che la Fondazione si regge sul **principio di trasparenza** e sul **Consiglio Direttivo**, Comitato scientifico e Commissioni.

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

Alberto Donzelli – Presidente Consiglio direttivo
e Coordinatore Comitato scientifico della Fondazione

www.fondazioneallinearesanitaesalute.org

Questa presentazione affronterà:



- Scaletta (Slide 4).
- Fondazione *Allineare Sanità e Salute* (S 5) ed es. di disease mongering:
- *Caso Puglia* e focus su vaccinazioni antiHPV (S 6)
- Vaccinazione obbligatoria antipertosse RCT doppio cieco (da S 12)
- Vaccino COVID-19 (Pfizer) in base ai dataset regolatori (da S 14)
- Vaccinaz. antinfluenzale: riparte il circo mediatico (da S 19), mortalità non ACS (da S 23)
- Vaccinazioni per (tutta) la vita per equità, solidarietà, inclusione, prevenzione (da S 25)
- *Caso Puglia* per 4^a dose anti-COVID e frequenza scuole (da S 31), ma negativizz. VE
- Ok, la VE da infezione si negativizza, ma quella da malattia grave? (da S 39)
- E mortalità totale? (da S 42), BMJ e Cipro (da S 44)
- Clearance virale ed efficacia clinica (da S 48) e caso dello iodopovidone (da S 51)
- Degenerazione dell'OMS (da S 54)
- RSI adottato da Assemblea Mondiale Sanità vs quello proposto da OMS (da S 58)
- One Health reinterpretata (da S 65).



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

Puglia, faro del Garante sui vaccini anti Hpv

Dopo la nostra denuncia, l'Autorità della privacy avvia un'istruttoria sul caso degli studenti obbligati a dichiarare se avessero fatto l'iniezione contro il Papilloma virus: potrebbe configurarsi una violazione dei dati personali. Con buona pace di Emiliano e Lopalco

di PATRIZIA FLODER REITTER

Il Garante per la protezione dei dati personali ha dato 30 giorni di tempo alla Regione Puglia perché fornisca tutte le informazioni relative alla legge che ha approvato sull'obbligo per gli studenti di scuole medie, superiori e università di presentare una certificazione di avvenuta o mancata vaccinazione al Papilloma virus (Hpv) per potersi iscrivere ai corsi di istruzione.

Dopo gli articoli usciti sulla Verità, il Garante della privacy (organo collegiale, composto da quattro membri eletti dal Parlamento) si è mosso rapidamente assolvendo a uno dei suoi compiti, ovvero vietare i trattamenti illeciti o non corretti e, se necessario, disporre il blocco.

Il Consiglio regionale della Puglia aveva approvato all'unanimità una nuova legge che punta ad aumentare la copertura vaccinale contro il Papilloma virus umano (Hpv). «È legge una strategia d'urto per conseguire la più ampia vaccinazione contro il Papilloma virus umano mai utilizzata in Italia, poiché subordina a un colloquio informativo finalizzato alla vaccinazione anti Hpv l'iscrizione a scuola dei ragazzi da 11 a 25 anni», annunciavano i consiglieri della Regione Puglia **Fabiano Amati** di Azione e **Pier Luigi Lopalco** del Pd, promotori della proposta di legge, con sottoscrittori altri cinque consiglieri di sinistra.

Il Garante ha avviato un'istruttoria perché quella della Puglia è la prima iniziativa presa in Italia, in tema di vaccinazioni non obbligatorie e rappresenta un preoccupante precedente dopo le arbitrarietà assunte in epoca pandemica. Per il Papilloma virus, infatti, non è previsto l'obbligo vaccinale ed è assolutamente illegittima la richiesta da parte del personale scolastico della certificazione che ne attesti l'avvenuta vaccinazione.

Inoltre, in base al Regola-

sparente nei confronti dell'interessato» e devono essere «adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati». Soprattutto quando si parla di dati sulla salute, il Regolamento ne vieta il trattamento «a meno che non ricorra una delle specifiche esenzioni a tale divieto tra le quali è previsto il consenso dell'interessato».

La Regione Puglia ha dunque toppato in pieno, imponendo agli studenti una schedatura del consenso o del dissenso informato. Con la legge approvata all'unanimità, i dati di giovanissimi non sono «raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità», ma rappresentano una violazione della protezione dei dati personali.

Adesso gli ideatori e promotori della «strategia per rendere la rete informativa a maglie strettissime, così da ri-



La Puglia ora scheda gli studenti che rifiutano il vaccino anti Hpv

La certificazione dell'avvenuta o mancata vaccinazione sarà richiesta solo per chi non si vaccina. La Regione si è mossa rapidamente per rispondere alle richieste del Garante per la protezione dei dati personali.

dure i non vaccinati alla sola percentuale di ragazzi e famiglie che scelgono il rifiuto in piena consapevolezza», come si vantavano **Amati** e **Lopalco**, devono spiegare al Garante come pensavano di aggirare la legge sulla privacy.

Devono farlo in modo circostanziato, con dichiarazioni di assunta responsabilità perché secondo il Codice della privacy «salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, in un procedimento o nel corso di accertamenti dinanzi al Garante, dichiara o attesta falsamente notizie o circostanze o produce atti o documenti falsi, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni».

SULLA GRATICOLA In alto, il governatore Michele Emiliano [Ansa]; a destra, Pier Luigi Lopalco [Imago]

re l'applicazione di quell'assurda disposizione mentre è corso l'istruttoria e rispettare tempi, modi della risposta richiesta perché può scattare anche la sanzione amministrativa pecuniaria.

Amati ha subito reagito alla richiesta del Garante, affidando un commento alle agenzie. «La legge regionale pugliese non prevede l'obbligo di presentare la certificazione di vaccinazione, ma di accettare un colloquio informativo sulla vaccinazione op-



versità sia subordinata all'accettazione del colloquio altrimenti viene schedato il tuo rifiuto.

Il consigliere ha perfino tirato in ballo «l'art. 32 della Costituzione, che impone il dovere di tutela della salute», e cerca di far passare la nuova legge come «solo una modalità ragionevole di diffondere le informazioni più adeguate alla prova scientifica».

Il Papilloma virus umano non è la nuova emergenza, la grande maggioranza delle infezioni «scompare spontaneamente, circa il 50% nel corso di un anno e circa l'80% in due anni», fa sapere il Gruppo italiano per lo screening cervicale (Gisci). L'infezione «in una minoranza di casi provoca lesioni a livello del collo dell'utero [...] Ci vogliono, però, molti anni perché le lesioni si trasformino, e solo pochissime delle donne con infezione da Papilloma virus sviluppano un tumore del collo dell'utero».

Nei decessi registrati dall'Istat dal 2017 al 2021 che hanno tra le cause la morte per Papilloma virus, figurano solo 24 soggetti (12 femmine, 12 maschi), per la maggior parte over 70. Due donne, la prima con tumore allo stomaco, la seconda con cancro all'utero, erano fra i 30 e i 39 anni e presentavano pure l'infezione da Hpv. Dov'è dunque l'emergenza per schedare nelle scuole chi non vuole vaccinarsi?

Per **Amati** la vaccinazione anti Hpv «è fortemente raccomandata», e perciò «è imposto il dovere, a tutte le istituzioni, comprese le scuole, di far conoscere la sua utilità». D'altra parte, è lo stesso **Lopalco** che invoca «uno spirito collaborativo tra i diversi Paesi per affrontare e contrastare la minaccia pandemica». L'ha detto ieri, criticando la posizione del ministro della Salute, **Orazio Schillaci** sulla «sovrannità nazionale nell'adozione di un piano pandemico». Ha parlato di diktat ideologici, dopo che la Puglia ha

La Verità
29-5-2024

Ma è questo il punto? Quanto meno è l'unico da valutare?!



Dott. A. Donzelli

MED CHECK

Volume 10

May

2024

N° 29

Editorial

Healthy vaccinee effect: a key bias in observational studies

Review

HPV vaccines increase total and cancer mortality
without evidence of HPV-related cancer decrease

CONTENTS (MAY 2024, Vol. 10, No. 29)

Editorial

Healthy vaccinee effect: a key bias in observational studies

2

Review

HPV vaccine increase total and cancer mortality without evidence
of HPV-related cancer decrease

3



*Rokuro Hama,
Editor in Chief.
Managing Director
at Japan Institute
of Pharmacovigilance*

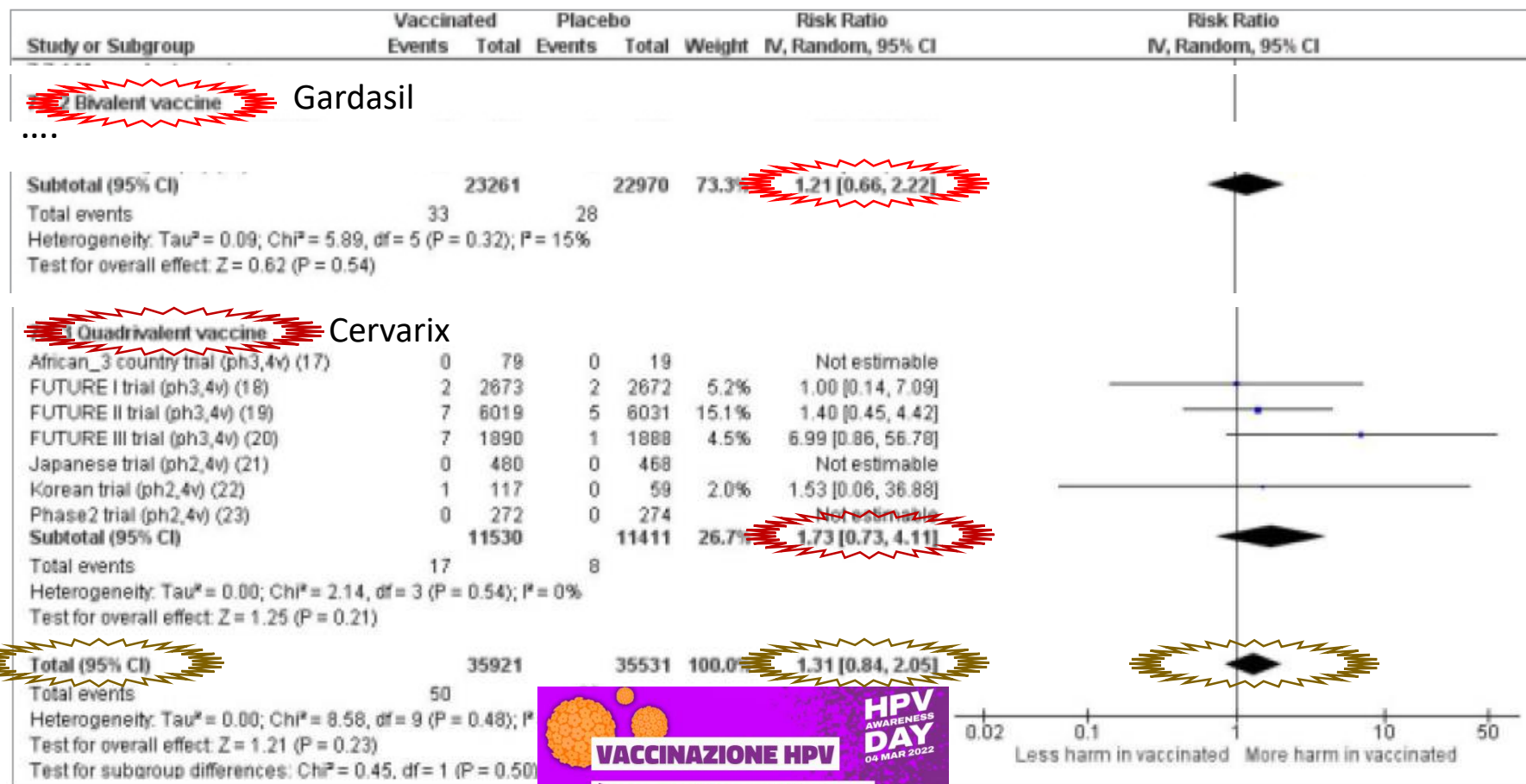


Abstract

- Active recommendation of HPV vaccination was resumed from April 2022 in Japan after 9 year of its suspension from June 2013 due to serious harm.
- The effectiveness of HPV vaccination on reducing the incidence of HPV-related cancer and the risk especially on increasing cancer and total mortality are reviewed
- Meta-analysis of two long-term randomized controlled trials (RCTs) of HPV vaccines in women aged 24 to 45 years showed that total mortality and cancer mortality were significantly increased by 5.0 times, and 7.4 times, respectively.
- If all Japanese women aged 25 to 44 years received HPV vaccine, annual total and cancer deaths might increase as follows: compared with the annual cervical cancer deaths (516 in 2022), 24 times (at least 10 times) more from all cause and 12 times (at least 4 times) more from any cancer.
- Although there are no RCTs showing that the HPV vaccine reduced the incidence of invasive cervical cancer, we found five observational studies indicating apparent reduction of cervical (or HPV-related) cancer and one observational study showing an aparent reduction of anal cancer in women. However, these apparent protective effect disappeared after adjusting for the healthy vaccinee effect.
- Also, among women who received the HPV vaccine at the age of 17 or older, the incidence rate of developing anal cancer was significantly higher by 2.8 times, which is consistent with the results from the RCTs.
- As we have been reporting repeatedly, autoimmune diseases, cognitive disorders, and movement disorders frequently occur in women after receiving the HPV vaccine. This review adds to the evidence on increased cancer and all-cause mortality based on a meta-analysis of RCTs and observational studies.

Figure 1: Sensitivity analysis of Analysis 7.7 on deaths restricting to data extracted from publications in peer-reviewed journals.

(Source: Figure 11, Cochrane's systematic review and meta-analysis [21])



Ministero della Salute

www.salute.gov.it

Table 1: Proportion of death and odds ratios in the RCTs of HPV vaccines by age

(from the data reported in the Cochrane's systematic review and meta-analysis 2018 [21])

Participants	Intervention	Number of RCTs	Control *			HPV vaccine			Odds ratio (OR)		P value	I ²
			N	death	/10,000	N	death	/10,000	OR	95%CI		
adolescent to young adults 9 to 26 years of age	Cervaarix	13	19,494	23	11.8	19,778	19	9.6	0.88	0.46, 1.51	0.655	0%
	Gardasil	6	9,523	7	7.4	9,640	10	10.4	1.31	0.51, 3.36	0.747	0%
	Total	19	29,017	30	10.3	29,418	29	9.9	0.88	0.58, 1.56	0.939	0%
Mid adults 24 to 45 years of age	Cervaarix	2	3,476	5	14.4	3,483	14	40.2	2.64	0.99, 7.05	0.074	0%
	Gardasil	1	1,888	1	5.3	1,890	7	37.6	7.01	0.90, 316.32	0.034	0%
	Total	3	5,364	6	11.2	5,373	21	39.1	3.31	1.38, 7.97	0.0082	0%
Total	Cervaarix	15	22,970	28	12.2	23,261	33	14.2	1.17	0.66, 2.22	0.32	15%
	Gardasil	7	11,411	8	7.0	11,530	17	14.7	1.73	0.73, 4.11	0.54	0%
	Total	22	34,381	36	10.5	34,791	50	14.4	1.31	0.73, 4.11	0.48	0%

Aluminium adjuvanted hepatitis A vaccine was administered as a control agent in most Cervarix trials except the Japanese trial and the Chinese trial in which a non adjuvanted hepatitis A vaccine and an adjuvanted hepatitis B vaccine were used respectively as control agent. An aluminium containing "placebo" containing Merck's proprietary amorphous aluminium hydroxyphosphate sulphate (AAHS) was used in all Gardasil trials (See details of the control agent in Supplementary Appendix 2)

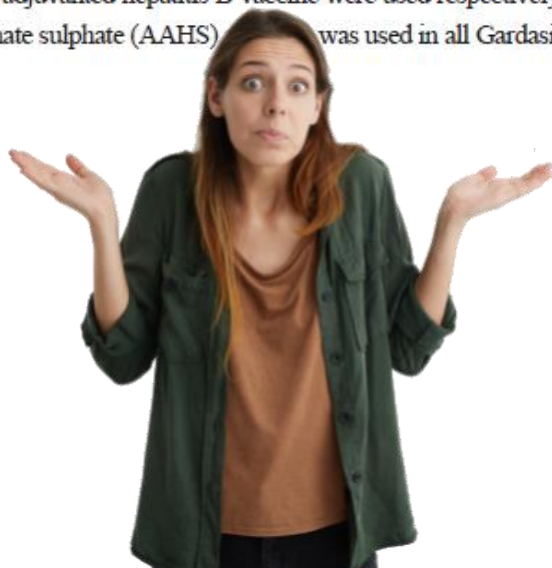
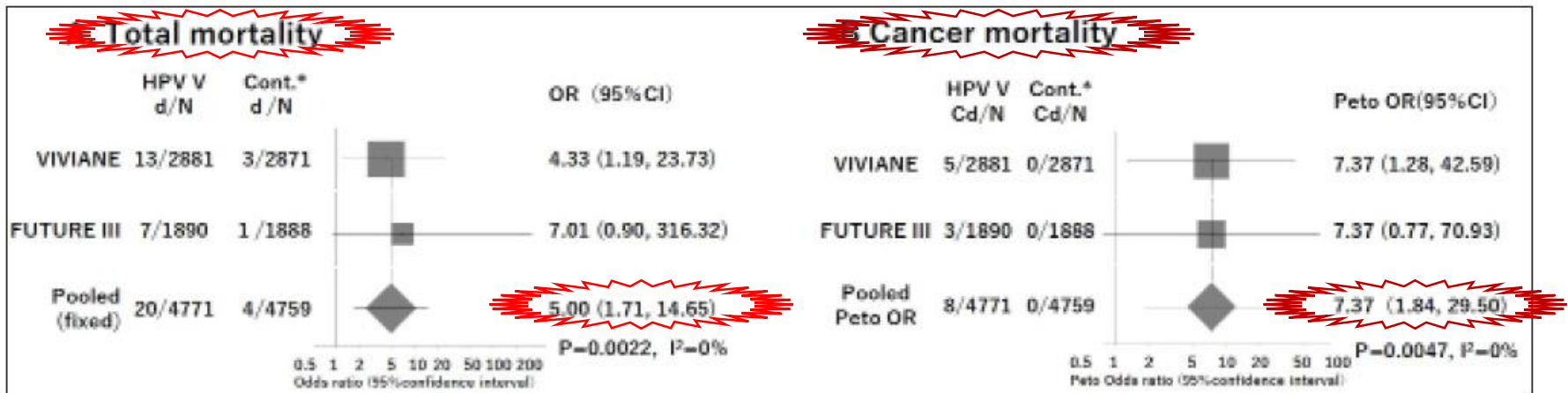


Figure 2: Total and cancer mortality risk during 4 years after HPV vaccination



HPV V: HPV vaccine group, Cont.: control group. *: aluminium adjuvant (see Supplementary Appendix 2 for details)
d: number of total deaths. Cd: number of cancer deaths.

Nei 4 anni dopo la vaccinazione HPV ci sono stati:

- **morti totali:** 4 (su 4.759) **nei gruppi di controllo** e 20 (su 4.771) **nelle vaccinate**
- **morti di cancro:** 0 (zero su 4.759) **in gruppi di controllo** e 8 (su 4.771) **in vaccinate**

Un'ipotesi è che **la progressione di tumori subclinici sia favorita dalla vaccinazione HPV**, forse per le sue proprietà immunosoppressive.

L'OR combinato è stato 5 (1,71-14,65) per la mortalità totale e 7,37 (1,84-29,50) per la mortalità da cancro.

Questa differenza non può essere scartata come «**non correlata**» al vaccino in base a una «valutazione soggettiva dei ricercatori».

Il Numero che occorre vaccinare per avere una morte (NNTH) è 1.072 donne per una morte totale, 2.132 per una morte di cancro.

**Stop
vaccino!**

Mortality and morbidity from invasive bacterial infections during a clinical trial of acellular pertussis vaccines in Sweden

JANN STORSAETER, MD, PATRICK OLIN, MD, BERIT RENEMAR, RN, TERESA LAGERGÅF
RENÉE NORBERG, MD, VICTORIA ROMANUS, MD AND MANDAYAM TIRU, PHD

Una segnalazione particolare merita una **ricerca di alta validità (RCT in doppio cieco)** svoltasi in Svezia su **3.801 bambini** per valutare l'efficacia di due vaccini acellulari antipertosse, somministrati ciascuno a poco più di 1.400 bambini, rispetto a una iniezione di placebo (a quasi 1000).

(NB: comunque anche il placebo conteneva **formalina**, **tiomersale** e **fosfato di alluminio**, come da discutibilissima prassi abituale di non utilizzare nel gruppo di controllo un vero placebo, ma altri vaccini, o lo stesso adiuvante [infiammatorio] del vaccino attivo, o anche altro, come in questo caso).

Quattro bambini che hanno ricevuto vaccino attivo sono morti negli 8 mesi in media di follow-up, rispettivamente per **meningite**, **setticemia** o **sospetta setticemia**, **polmonite**. Vs nessun morto nel gruppo di controllo.



Dai tassi di mortalità per bambini della stessa coorte di nascita in Svezia che era stata considerata eligibile per questa ricerca, su quasi 4.000 bambini non era atteso più di 1 morto,

e la differenza tra 1 morto atteso e i **4 morti in realtà osservati** è risultata **statisticamente significativa**.



La conclusione degli autori è stata che una correlazione (causale) con la vaccinazione “non può essere rifiutata in base ai dati”, e

hanno suggerito ricerche più ampie per valutare se nei vaccinati si ripeta un eccesso di infezioni invasive.

Non mi risulta però che siano state attuate tali ricerche, con i criteri di validità (RCT in doppio cieco) della ricerca svedese, mentre di certo la spinta a vaccinazioni antipertosse universali si è persino accentuata [Società Italiana di Pediatria: «... *campagna di sensibilizzazione della popolazione e in particolare delle donne gravide...*»]

Per inciso, **la ricerca svedese è stata pubblicata** nel 1988, cioè **36 anni fa...**

Storsaeter J, Olin P, Renemar B, et al. Mortality and morbidity from invasive bacterial infections during a clinical trial of acellular pertussis vaccines in Sweden. Pediatr Infect Dis J. 1988 Sep;7(9):637-45. doi: 10.1097/00006454-198809000-00008.

Per il **vaccino COVID-19** (Pfizer), la soluzione proposta da epidemiologi di Oxford, Jefferson e Heneghan, è di leggere le **indicazioni approvate** nei foglietti illustrativi , [1] tenendo conto del fatto che i produttori “non hanno mai affermato che il vaccino avrebbe potuto evitare che la nonna prendesse [la COVID-19] dal suo giovane nipote... Quella è stata una costruzione dei politici e dei pagliacci che gli stavano attorno”. [2]



In effetti i documenti delle Agenzie Regolatorie MHRA del Regno Unito, EMA Europea e Health Canada hanno sinora dichiarato che le *indicazioni d'uso* per il vaccino Pfizer sono “immunizzazione attiva per prevenire la COVID-19 causata dal SARS-COV-2”; [3]

le *indicazioni terapeutiche* della FDA USA nel sommario delle caratteristiche del prodotto dichiarano ad oggi: “il vaccino previene la COVID-19 causata dal SARS-CoV-2...”. [3]

Nessuna Agenzia Regolatoria ha affermato che la vaccinazione prevenga la trasmissione ad altri. [3]

1 <https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-8a5>

2 <https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-f97>

3 <https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-9e7>

Per quanto riguarda le **donne incinte**, tutte le Agenzie Regolatorie sostengono nei documenti ufficiali “**Non c’è alcun dato disponibile riguardo l’uso [di questi vaccini] in gravidanza**” (EMA e MHRA) e “I dati disponibili su Comirnaty somministrato a donne incinte sono insufficienti per dare informazioni sui rischi associati a tali vaccinazioni in gravidanza” (FDA).[4, 5]

Tuttavia, i messaggi al pubblico dei CDC USA, dell’UK Health Security Agency (UKHSA) e del NHS UK (nonché della Sanità Pubblica europea e italiana) sono stati e sono del tutto diversi: “**È sicuro ricevere questi vaccini in ogni stadio della gravidanza**



Quello della gravidanza è un esempio di particolare gravità.

In febbraio 2021 Pfizer e BioNTech avevano iniziato un “Trial Clinico (RCT) Globale” per valutare il loro vaccino nelle donne incinte.[6]

Questo RCT “in cieco per gli osservatori” (il che significa che **sia le donne, sia chi lo somministrava sapeva se si trattava del vaccino o del placebo...**) era stato **pianificato per circa 4.000 donne** incinte adulte sane, da inoculare dalla 24^a alla 34^a settimana di gestazione, con l’obiettivo di valutare sicurezza, tollerabilità e immunogenicità di due dosi vaccinali erogate a distanza di tre settimane.

4 https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-6c1?utm_source=publication-search

5 https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-4f9?utm_source=publication-search

6 https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-b27?utm_source=publication-search

Tuttavia in novembre 2021 i produttori hanno **interrotto l'arruolamento, a solo 348 donne (!), perché le donne selezionate** nei paesi partecipanti **erano già state vaccinate (!!)** e dunque non erano più eligibili.

Il RCT si è chiuso in luglio 2022, ma il BMJ ha riferito in febbraio 2023 che i risultati non erano ancora annunciati.[7]

A oltre un altro anno di distanza, dove sono? L'ultimo aggiornamento sui risultati sarebbe avvenuto a ottobre 2023. Dalle donne trattate (con vaccino o nel gruppo di controllo) sono nati 335 bambini. Come si potranno avere risultati statisticamente significativi?



Si è saputo per altro che nella fase in cieco la **preeclampsia** si è verificata in 4/161 vaccinate (**2,48%**) e in 2/163 nel gruppo di controllo (**1,23%**);



le vaccinate hanno avuto numericamente anche più **vomito** o **diarrea**, ma nessun risultato raggiungeva la significatività statistica per l'esiguità del campione.

Come nel caso dell'antinfluenzale Tamiflu, il produttore è l'unica entità in possesso del completo insieme dei dati e che può decidere se, quando e come pubblicare.[7]

È totale la discrepanza[8] tra l'assenza di prove da RCT e **il ruolo delle Agenzie Regolatorie**, e - **ancor peggio** - il ruolo **di Governi, Servizi Sanitari pubblici, Società professionali...** che **continuano senza sosta a promuovere la vaccinazione in gravidanza come “efficace, sicura e necessaria”**.

Lo scandalo è ancor maggiore per il fatto che **almeno uno (o più) ingredienti dei vaccini sono stati considerati cancerogeni negli stessi documenti regolatori presentati dai produttori**. [4]

This is the report of Pfizer's biodistribution study 185350. All 77 pages of it. At page 29 Cassiopea spotted this in the certificate of Analysis:

HAZARD INFORMATION: WARNING: This product contains a chemical known to the state of California to cause cancer.



Perché non si sono attuati studi di cancerogenicità e di genotossicità su modelli animali prima dell'autorizzazione provvisoria? Perché non ci sono stati studi post-marketing di follow-up del rischio cancerogeno?

7 https://trusttheevidence.substack.com/p/our-ongoing-exploration-of-the-regulatory?utm_source=publication-search

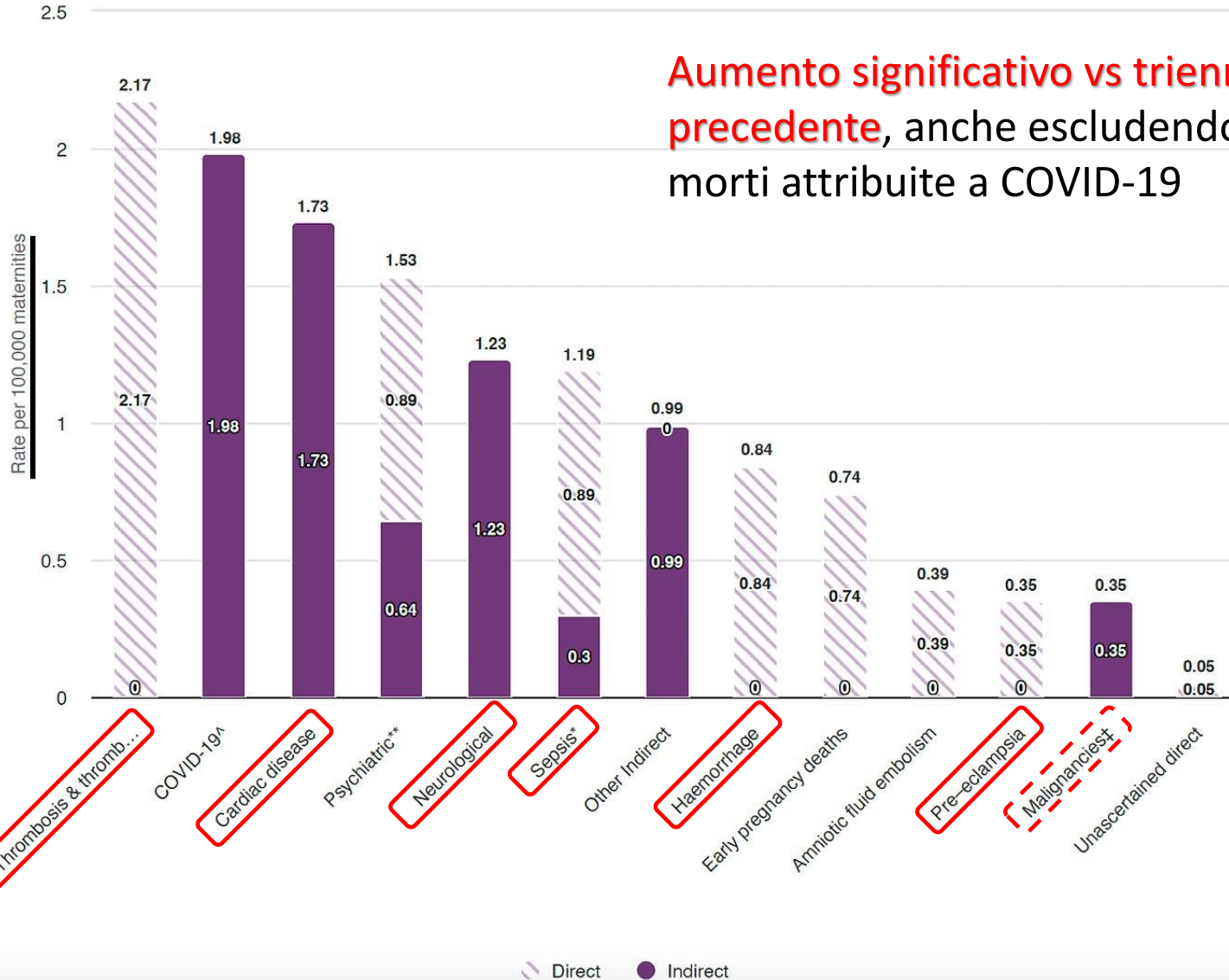
8 https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-8c8?utm_source=publication-search

4 https://trusttheevidence.substack.com/p/exploring-regulatory-data-sets-of-6c1?utm_source=publication-search

(3) UK Maternal Mortality on the Rise (substack.com) (Jefferson e Heneghan 3 Mar 2024)

Figure 2: Maternal mortality by cause UK 2020-22

Source: MBRRACE-UK



Aumento significativo vs triennio precedente, anche escludendo le morti attribuite a COVID-19



Aumento significativo di cause eterogenee di decesso

Influenza aviaria nei bovini in aumento negli USA. Niente allarmismi, ma l'ennesimo avvertimento: la salute degli animali ci riguarda, tutti.

Cronache della ricerca #314

GIU 14, 2024



indissolubilmente e che solo la sanità pubblica può mettere in campo sistemi di sorveglianza e di risposta efficaci, tenendo a bada anche inutili allarmismi.

... Il documento congiunto FAO-OMS di aprile 2024 segnala che nel frattempo **è aumentata la frequenza di segnalazioni di infezioni in animali marini e terrestri diversi dagli uccelli**: negli Stati Uniti sono state riscontrate infezioni in capre e mucche da latte e il ceppo H5N1 (2.3.4 4b) è stato identificato nella maggior parte dei casi.

Infine, di nuovo **in USA, l'evento più clamoroso** per la sua numerosità: casi di **infezioni da H5N1 in bovini da latte appartenenti a 67 diversi allevamenti in nove diversi Stati ed elevate concentrazioni virali nel latte** prodotto. L'ennesima occasione per ricordarci che la salute umana, quella animale e quella dell'ambiente sono legate

[Ne scrive Stefania Salmaso, epidemiologa,](#)

Avian Influenza Webinar

Centre for Infectious Diseases and Microbiology - Public Health



La macchina del terrore
è di nuovo all'opera

WEBINAR

FRIDAY 7 JUNE 2024

Avian influenza 2.3.4.4b - What's 2 b

The Centre of Infectious Diseases and Microbiology - Public Health (CIDM-PH),
invite you to join them for the *Avian influenza 2.3.4.4b - What's 2 b Webinar*.

PROGRAM

La mortalità dell'aviaria è ridicola Ma le virostar tornano a spaventare

LaVerità 9-6-'24

La psicosi per le notizie false diffuse pure dall'Oms è sfruttata dagli orfani della pandemia per riprendersi la scena. Eppure i dati dimostrano che dove ci sono standard igienici alti (Ue e Usa) la letalità è pari a zero

di **PATRIZIA FLÖDER REITTER**



■ Due giorni fa, il portavoce dell'Organizzazione mondiale della sanità, **Christian Lindmeier**, è stato costretto a rettificare la dichiarazione sulla «prima morte per aviaria» di un paziente in un ospedale del Messico. Non è attribuibile all'influenza H5N2, ma a cause «multifattoriali» dovute ad altri disturbi e malattie, ha precisato.



■ Due giorni fa, il portavoce dell'Organizzazione mondiale della sanità, **Christian Lindmeier**, è stato costretto a rettificare la dichiarazione sulla «prima morte per aviaria» di un paziente in un ospedale del Messico. Non è attribuibile all'influenza H5N2, ma a cause «multifattoriali» dovute ad altri disturbi e malattie, ha precisato.



Dopo l'annuncio che era stato dato mercoledì dall'agenzia delle Nazioni Unite, il ministro messicano della Sanità, **Jorge Alcocer Varela**, aveva vivacemente protestato per l'inopportuna causa di decesso attribuita dall'Oms. L'uomo, 59 anni, soffriva di molteplici patologie come una malattia renale cronica, diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa sistemica di lunga durata. Nelle ultime settimane si era aggravato ed è morto nello stesso giorno in cui era stato ricoverato in ospedale «per complicazioni».

Dal test risultò positivo all'influenza aviaria A a bassa patogenicità (H5N2), un sottotipo diverso dal ceppo H5N1 del virus che ha causato un'epidemia tra il bestiame negli Stati Uniti e ha infettato tre lavoratori delle aziende lattiero-casearie. «Posso sottolineare che la dichiarazione Oms è pessima, poiché fin dall'inizio si parla di un caso mortale, cosa che non è avvenuta: l'uomo è morto per altra causa e senza che fosse stata emessa una diagnosi e solo marginalmente l'agenzia dice che il rischio in



A VOLTE RISPUNTANO In alto, l'infettivologo e primario del San Martino di Genova, Matteo Bassetti; a sinistra, Ilaria Capua [Imagoeconomica]

Per adesso ci rifila allarmi grossolani ai quali abboccano i cosiddetti esperti dell'allarme senza fine.

Christopher Dye, professore di epidemiologia del dipartimento di biologia all'Università di Oxford e **Wendy S. Barclay**, virologo presso l'Imperial College di Londra, in un editoriale del 4 giugno sulla rivista medica *The British Medical Journal* (Bmj) scrivono: «Il pericolo e il rischio di una grave epidemia di H5N1 sono ampi,

plausibili e imminenti, quindi dobbiamo mettere in atto ora piani per la prevenzione, la preparazione e la risposta alla pandemia». Insistono sulla validità di un piano pandemico internazionale.

L'infettivologo **Matteo Bassetti** il 6 giugno postava su Facebook: «Mi pare che i segnali di un avvicinamento all'uomo siano sempre più forti, per chi li sa e li vuole ascoltare...». **Pier Luigi Lopalco**, docente di igiene all'Università del Salento va ripetendo che «la stessa attenzione», mostrata dalle autorità sanitarie statunitensi nei confronti dei casi di aviaria tra bovini da latte e i tre casi segnalati quest'anno di congiuntivite in chi era venuto a contatto

con bestiame, «sarebbe necessaria anche in Europa, per identificare i primi segnali di arrivo del virus».

La virologa **Ilaria Capua** già a febbraio alzava l'asticella del pericolo dalle pagine del *Corriere della Sera*: «Credo che la priorità assoluta sia investire urgentemente e massicciamente in vaccini per l'uomo e per gli animali che possano arrestare o addirittura prevenire le conseguenze di questa

nuovi contri. Ac
Ep
Cent
and p
giorn
ferm
terior
diche
vame
l'amp
dei v
uccel
negli
stato
num
spora
ident
smis

re
254 c
H5N1
bogia
2003
che p
mort
«elev
so, p

«I casi umani passati si sono verificati quasi esclusivamente tra coloro che vivevano e/o lavoravano a stretto contatto con il pollame e di solito in situazioni in cui gli standard igienici erano sostanzialmente diversi da quelli degli Stati Uniti e dell'Europa», ha dichiarato a *Newsweek*. Infatti, in 21 anni ci sono state zero morti in Europa e negli States e pochissime infezioni umane: due in Spagna, cinque nel Regno Unito, quattro negli Usa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

contestualizzate come osserva **Alastair Ward**, professore associato di biodiversità e gestione degli ecosistemi presso l'Università di Leeds, nel Regno Unito.

«I casi umani passati si sono verificati quasi esclusivamente tra coloro che vivevano e/o lavoravano a stretto contatto con il pollame e di solito in situazioni in cui gli standard igienici erano sostanzialmente diversi da quelli degli Stati Uniti e dell'Europa», ha dichiarato a *Newsweek*. Infatti, in 21 anni ci sono state zero morti in Europa e negli States e pochissime infezioni umane: due in Spagna, cinque nel Regno Unito, quattro negli Usa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Europa fa incetta di vaccini per l'avaria

Bis dei contratti stile Pfizer della Commissione, che chiede a una ditta australiana 40 milioni di dosi in quattro anni contro l'H5N1. Schillaci si sfilava: Roma agirà in autonomia, solo per emergenza. Rezza (che «prenotò» le fiale) protesta: «Scelta poco lungimirante»

di **ALESSANDRO RICO**

■ In Europa, Ursula von der Leyen ha già fatto un primo bis. Ricordate il *joint procurement*, gli acquisti congiunti dei vaccini anti Covid? Ricordate l'emissaria della Commissione, l'italiana Sandra Gallina, incaricata di negoziare con Big Pharma in nome e per conto di Bruxelles? Ricordate i messaggi misteriosi della presidente tedesca dell'Ue con l'ad di Pfizer? I contratti segreti? Le condizioni capestro? Ebbene, la storia si sta ripetendo - sms riservati a parte. Temendo l'arrivo di una nuova pandemia di avaria, l'Unione europea ieri ha siglato un accordo per 665.000 fiale di vaccini, più l'opzione per arrivare alla

fornitura di 40 milioni di dosi nell'arco di quattro anni. I farmaci verranno consegnati a 15 Stati membri, a partire dalla Finlandia. I destinatari della profilassi saranno, come aveva anticipato Reuters qualche settimana fa, i lavoratori più esposti al contatto con animali potenzialmente infetti: allevatori, veterinari, tecnici di laboratorio. La compagnia che ha il compito di preparare gli immunizzanti, contattata anche da Stati Uniti, Canada e Gran Bretagna, è l'australiana Csl Seqirus.

All'impresa non parteciperà l'Italia: alla Verità risulta che Roma, attraverso l'ex direttore della Prevenzione al ministero, Gianni Rezza, avesse esercitato una sorta di «pre-



PROFILASSI Stella Kyriakides, commissario Ue alla Salute [Ep]

lazione» su quei prodotti in sede europea. Il dicastero di **Orazio Schillaci**, però, ha deciso che stavolta interlocherà con le compagnie farmaceutiche per conto proprio. E solo in caso di vera emergenza. **Rezza**, citato dall'Ansa, ha protestato, parlando di scelta «poco lungimirante», poiché, «anche se non c'è una situazione di allarme, c'è tuttavia una condizione di allerta». Ma è così che dovrebbero sapersi muovere i grandi Paesi, senza bisogno di deleghe in bianco a Bruxelles.

Al ministero si saranno ricordati di quelle clausole che costringevano le nazioni a comprare vaccini a mRNA fino al 2026, codicilli dai quali fu maledettamente difficile svincolarsi e contro i quali si scagliò **Schillaci**.

no state delegate alla Commissione europea». La quale le ha condotte nel modo che conosciamo - e che avremmo potuto conoscere meglio, se non fossero scomparse le conversazioni Whatsapp tra la **Von der Leyen** e **Albert Bourla**.

«Quando si tratta di influenza aviaria», ha detto a Reuters il commissario Ue per la Salute, **Stella Kyriakides**, «monitoriamo attivamente e continuamente la situazione. E domani [ieri per chi legge, ndr], con i nostri Stati membri, assicureremo l'accesso a oltre 40 milioni di dosi di vaccino per l'influenza aviaria per proteggere i più esposti. Le consegne ai Paesi che hanno necessità immediate sono già in corso». L'operazione è stata diretta dall'Hera (Health emergency preparedness and response), l'autorità creata nel 2021 per preparare il Vecchio continente a una nuova pandemia.

Quella di un altro Covid sta umendo i tratti di una prova che si autoavvera. Per accersene, è sufficiente guardare la figuraccia dell'Oms sul conto primo morto di avia-Messico: al drammatico inizio è seguita la smentita delle autorità locali, che hanno precisato che la vittima era solamente positiva al virus e soffriva di altre patologie. Pure in questo caso, è sembrato di assistere a un bis: quello dei malati terminali infettati dal Sars-Cov-2 e conteggiati sempre e comunque come deceduti a causa del Covid. Certo, qua e là, nel mondo, si verificano episodi di contagio: il

pronto soccorso quando ormai era tardi, intasando gli ospedali. Non parliamo, poi, della storia del plasma: ricordo sempre

vento è cambiato, soprattutto al ministero della Salute. Mi sembra che

internazionali. Att

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CORRESPONDENCE

Cow's Milk Containing Avian Influenza A(H5N1) Virus — Heat Inactivation and Infectivity in Mice

certo, i tempi sono quelli politici. Però siamo a buon punto perché la sensibilità

«Il nostro ministro Schillaci non era d'accordo, soprattutto per le clausole in-

«Il nostro ministro Schillaci non era d'accordo, soprattutto per le clausole in-

«Il nostro ministro Schillaci non era d'accordo, soprattutto per le clausole in-

TENACE Maria Rita Gismondo, durante il Covid, fu denunciata dall'Ordine dei medici di Milano per aver invitato alla calma. Ha scritto un libro con Claudio Minoli, giornalista Mediaset. [Imagoeconomica]

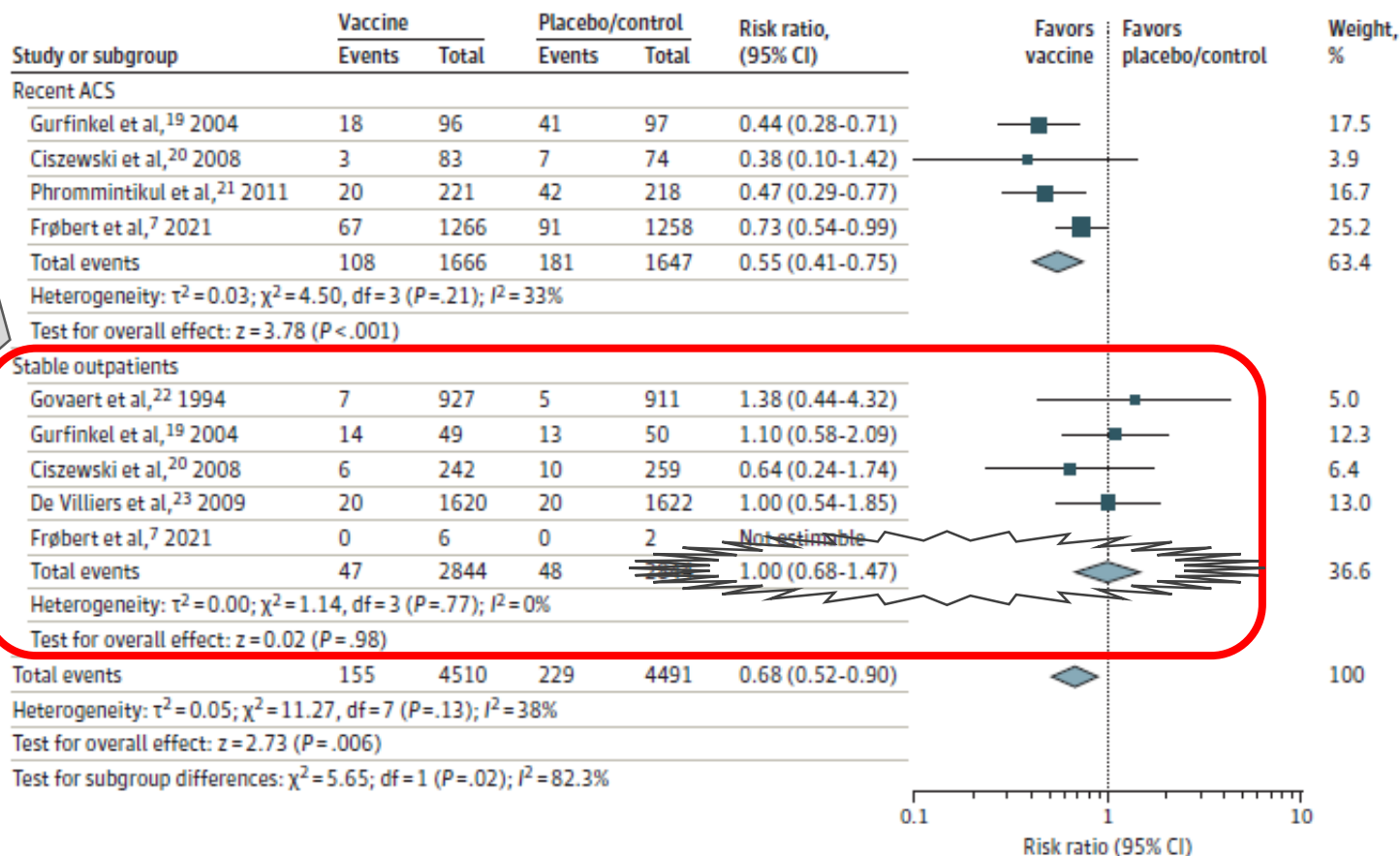
Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk

A Meta-analysis

JAMA Network Open 2022;5(4):e228873. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.8873

Bahar Behrouzi, MSc; Deepak L. Bhatt, MD, MPH; Christopher P. Cannon, MD; Orly Vardeny, PharmD, MS; Douglas S. Lee, MD, PhD; Scott D. Solomon, MD; Jacob A. Udell, MD, MPH

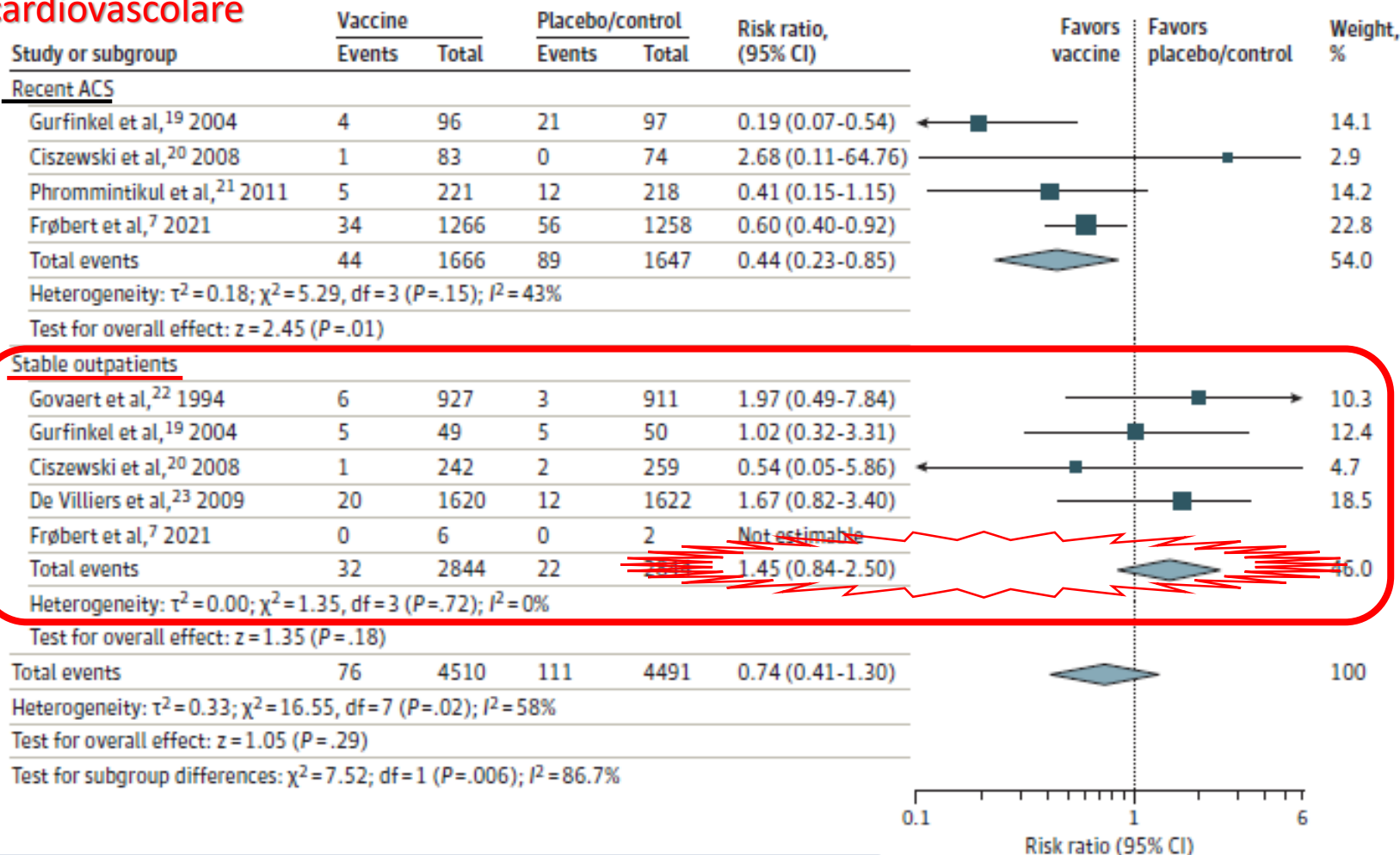
Figure 2. Major Adverse Cardiovascular Events Comparing Influenza Vaccine vs Control Stratified by History of Recent Acute Coronary Syndrome (ACS)



Il rombo in centro su riga verticale vuol dire: in anziani stabili a casa (senza sindrome coronarica acuta) la vaccinazione influenzale **non** riduce gli eventi CV maggiori

Figure 3. Cardiovascular Mortality Comparing Influenza Vaccine vs Control Stratified by History of Recent Acute Coronary Syndrome (ACS)

Mortalità cardiovascolare



In anziani senza infarto (né scompenso cardiaco)
il rischio di morte CV potrebbe aumentare

MDedge News

5 Vaccinations Adults Need Beyond COVID and Flu

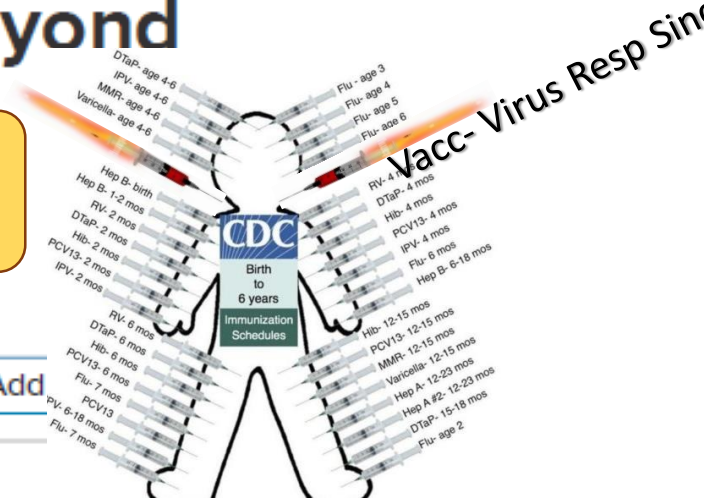
Diana Swift

June 06, 2024



Solo ai bambini?!
Noi chi siamo?!?

Add



Many adults are complacent about vaccinations, believing that annual COVID and flu shots aside, they had all the immunizations they need as children and teens. But adults need vaccines as well, especially if they have missed earlier doses. And older and health-compromised adults, in particular, can benefit from newer vaccines that were not part of the childhood schedule.

"The question is whether adults had the vaccinations they need in the first place," Sandra Adamson Fryhofer, MD, an internist in Atlanta and the American Medical Association's liaison to the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention, said in an interview. "Many do not even have reliable records of vaccination."

Primary care physicians are ideally positioned to get adult patients to update



ACIP's updated 2024 **Adult Immunization Schedule** can be downloaded from the [website](#) of the **CDC**.

1. Respiratory Syncytial Virus Vaccines

2. **Shingles Vaccines.** ACIP recommends two doses of the recombinant zoster vaccine (Shingrix) for individuals 50 years and older.

3. Pneumococcal Vaccines

There are three approved pneumococcal vaccines: **PCV15 (Vaxneuvance)**, **PCV20 (Prevnar20)**, and **PPSV23 (Pneumovax23)**.

4. Measles, Mumps, and Rubella, and Varicella Vaccines

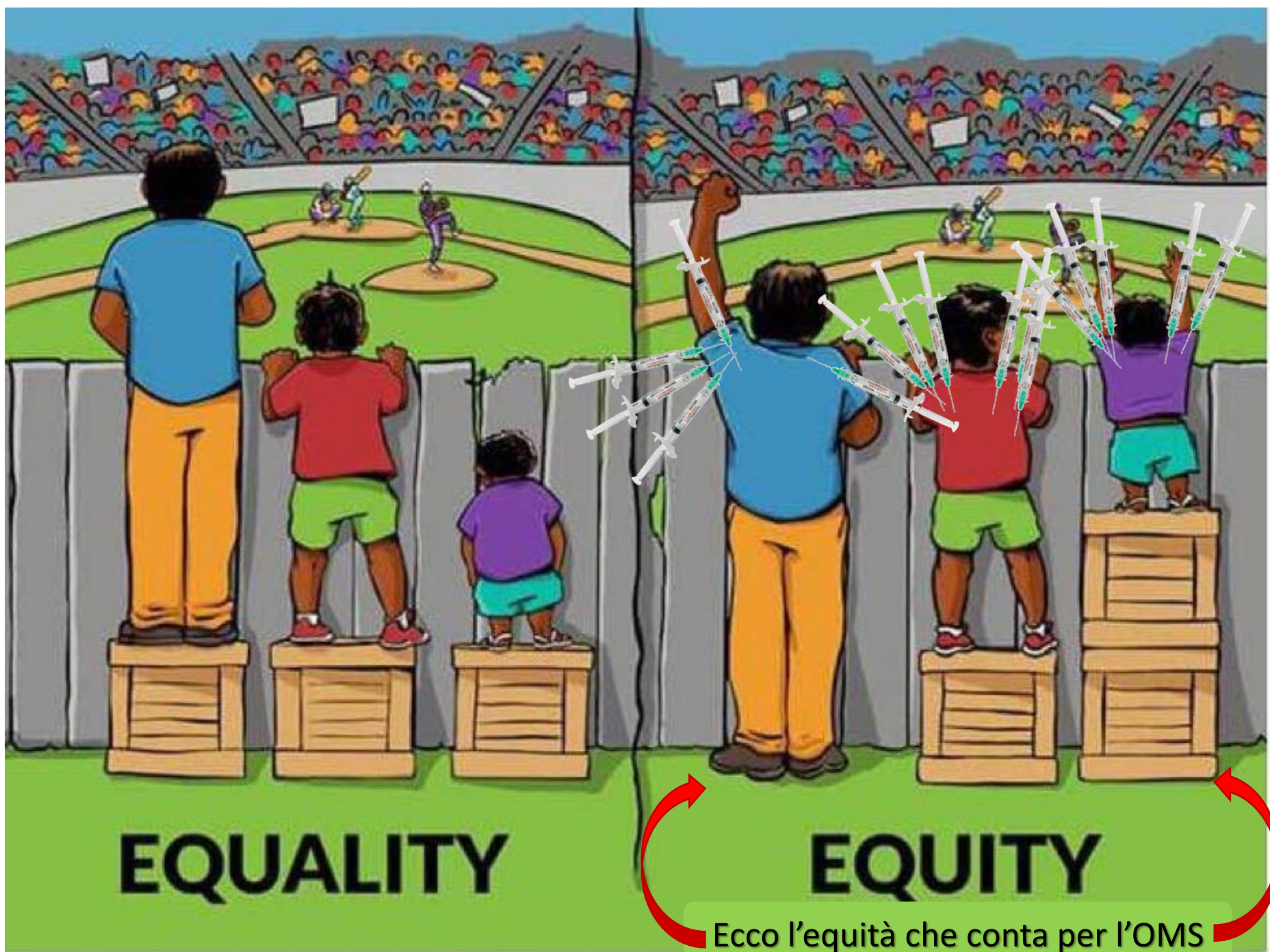
Two approved MMR vaccines: M-M-R II and PRIORIX. A 3rd vaccine, ProQuad, adds varicella. Those born before 1957 are deemed to be immune

5. Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Vaccine

Adults with no previous **Tdap vaccination** should receive a single dose followed by a **booster every 10 years**. Boostrix recommended for >64 years

During every pregnancy, women **should** have **a single dose of Tdap**, preferably in gestational weeks 27 through 36.

As to the **immediate postpartum** period, Tdap is recommended only **for mothers who did not receive it during their current pregnancy**



EQUALITY

EQUITY

Ecco l'equità che conta per l'OMS



Equità e Inclusione: sarebbero valori «a prescindere»?
Noo! Dipende dal valore dei contenuti offerti *equamente* !

Equità →



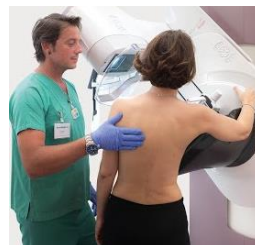
... a chi ancora non ce l'ha



PCSK9 inib. x tutti!



Mammo- digitale
con tomosintesi



TAC spirale x
ca. polmone



PSA+RM multipar.
x ca. prostata

un po' di
pazienza...



Solidarietà →



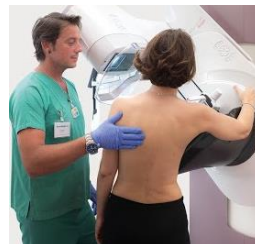
ai poveri, diritto universale!



PCSK9 inib. x tutti!



Mammo- digitale
con tomosintesi



TAC spirale x
ca. polmone



PSA+RM multipar.
x ca. prostata

si lavora...!



Prevenzione consapevole nell'età adulta.

Cittadinanzattiva Lazio: “Più luci che ombre”

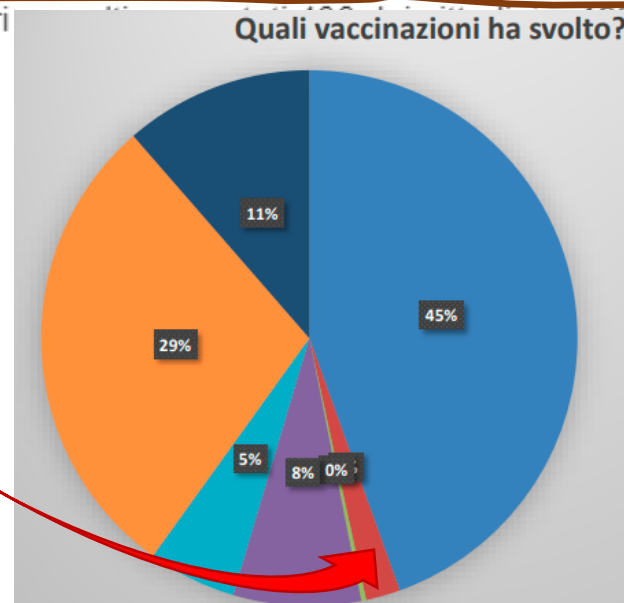
Persistono difficoltà, ritardi, carenze sul fronte della prevenzione. Servono azioni per rafforzare informazione, accessibilità ai luoghi vaccinali, a dare effettività alla vaccinazione per l'Herpes Zoster. “Necessario costruire un'alleanza forte tra istituzioni sanitarie, operatori e cittadini”. Presentati oggi i dati di una ricerca di Cittadinanzattiva Lazio.



14 GIU - Non mancano soddisfazioni per la qualità del servizio reso, ma sono necessarie azioni per rafforzare l'informazione, l'accessibilità ai luoghi vaccinali, a dare effettività alla vaccinazione per l'Herpes Zoster e a mettere al centro delle politiche pubbliche la prevenzione.

Questo in sintesi il quadro tracciato emerso dai dati di una ricerca di Cittadinanzattiva Lazio. Il lavoro presentato oggi da Cittadinanzattiva Lazio ha voluto investigare l'attuale stato di conoscenza da parte di cittadini e operatori del valore della prevenzione. I questionari dagli operatori sanitari.

- Anti COVID
- Nessuna delle precedenti
- Non ricordo
- Anti Difterite Tetano Pertosse
- Anti Herpes Zoster
- Anti influenzale
- Anti pneumococcica



["Niente tirocinio senza quarta dose": aperta un'istruttoria \(today.it\)](#)

IL CASO / LECCE

"Niente tirocinio senza quarta dose": aperta un'istruttoria

Una studentessa di infermieristica si sarebbe vista negare dall'Asl di Lecce la possibilità di svolgere il tirocinio perché sprovvista del quarto richiamo del siero anti-Covid. Il suo non sarebbe l'unico caso: il Garante chiede ora informazioni alla Asl



GINEVRA CERRINA FERONI

«Vaccini nelle scuole, una Regione non può andare oltre la legge»

Il vicepresidente del Garante per la privacy, che si sta occupando del caso Puglia: «Va protetta la dignità dei singoli, specie i minori»



LaVerità 10 giugno 2024

È questo il punto principale?

■ La Asl di Lecce batte un colpo. Peggio per lei. Battute a parte, diamo atto al dottor **Alberto Fedele**, direttore del Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria del capoluogo salentino, di aver voluto prendere posizione sulla vicenda degli studenti di infermieristica, esclusi dai tirocini in ospedale se non in regola con le dosi di vaccino anti Covid. Laddove la regola, per loro sfortuna, è quella che vige nella Repubblica autonoma pugliese, meglio nota come **Emilianistan**.

Come ci conferma il funzionario, l'accanimento su laureandi e laureande, in assenza di un obbligo vaccinale decretato dal ministero, affonda sal-



PROTAGONISTI

A destra, il presidente della Regione Puglia ed ex sindaco di Bari, Michele Emiliano. A sinistra, Pier Luigi Lopalco, consigliere regionale, ex virostar ed ex assessore alla Sanità. [Imagoeconomica]

LaVerità 4 giugno 2022

Chiederò un confronto

Quarta dose agli infermieri L'Asl si incarta sui guariti e s'appiglia al «re» Emiliano

L'azienda leccese si trincerava dietro le leggi regionali per giustificare l'obbligo vaccinale. Poi mette in dubbio lo scudo dell'immunità naturale. Ma gli studi dicono il contrario

damente le radici nelle normative regionali: quella del 2018, che forzava il personale attivo nei reparti a sottoporsi a ogni tipo di profilassi indicata nel Piano nazionale; quella del 2021, che ha reso necessaria anche la vaccinazione contro il coronavirus; e le circolari del dicastero, che continuano a raccomandare pure le quarte dosi ad anziani, malati e operatori sanitari. Fin qui, quello che la legge permette. Ma poi sconcertano le considerazioni finali del dottor **Fedele** - un *nommen omen*, per un interprete tanto fedele dei dettami del suo governatore, **Michele Emiliano**.

«Le normative nazionale e regionale», scrive il dirigente, consentono «di valutare lo stato immunitario del lavoratore». Il riferimento dev'essere al caso, riportato dalla *Verità*,

di alcune studentesse: pur non essendosi vaccinate, sono state ammesse ai tirocini in quanto guarite dal Covid. «Tuttavia», aggiunge la nota, «il significato degli anticorpi neutralizzanti anti Sars-Cov-2 in termini di protezione non è ancora chiaro. Per questo motivo i medici del lavoro di Asl Lecce hanno posto specifico quesito all'organismo regionale che coordina le attività dei medici competenti (Sirgils)».

Se fossimo in una puntata dei *Griffin*, nella testa del pingue Peter si accenderebbe un campanellino: «Momento, momento, momento...». Sì, fedelissimo dottor **Fedele**, si fermi un momento, perché abbiamo un paio di domande.

Uno: se «il significato degli anticorpi neutralizzanti in termini di protezione» non vi è chiaro, come mai ad almeno due ragazze guarite - quelle con cui ha parlato *La Verità* - avete permesso di entrare in

corsia, mentre - come si leggeva sul sito dello Sportello dei diritti - ad altre, tridosate e poi scampate all'infezione, chiedete il quarto richiamo?

Due: se non esiste garanzia che chi possiede gli anticorpi per il coronavirus sia immune, per quale motivo sarebbe necessario vaccinarsi? O voi credete che gli anticorpi siano sempre anticorpi e, allora, che uno li abbia acquisiti ammalandosi, oppure sottoponendosi all'iniezione, non fa alcuna differenza. Altrimenti, alla Asl di Lecce sospettate che gli anticorpi da vaccino siano superiori a quelli naturali. E agite di conseguenza. A questo punto, l'organismo regionale interpellato dai medici del lavoro dovrebbe farvi notare che vi sbagliate. Ci permettiamo dunque di fornire al Sirgils qualche suggerimento biblio-

grafico, affinché elabori un parere ben informato.

Il 26 agosto 2021, *Scienze* pubblica un articolo ipervaccinista, nel quale però è costretta ad ammettere che «aver contratto una volta il Sars-Cov-2 conferisce un'immunità ben maggiore rispetto a un vaccino». A provarlo era un'indagine compiuta su un ampio campione in Israele, al tempo della comparsa della variante Delta, la più contagiosa fino all'arrivo di Omicron.

Il 25 ottobre 2022 - scenario Omicron conclamato - il *Journal of clinical medicine* ospita un contributo di vari scienziati attivi in Italia, tra San Benedetto del Tronto, Ancona, Ferrara, Mirandola, Reggio Emilia, Treviso, Padova e Milano. Nello studio si legge: «È stato dimostrato che l'immunità indotta dal vaccino decade più

velocemente dell'immunità naturale». Ne deriva un consiglio pratico: «La vaccinazione dei soggetti guariti dal Covid-19 non vaccinati potrebbe non essere indicata».

Il 16 febbraio 2023, *The Lancet* propone un'ulteriore analisi, il cui verdetto è che l'immunità naturale garantisce una protezione dal contagio «almeno equivalente, se non superiore, a quella fornita da due dosi di vaccini a mRNA». Si parla di ciclo primario. Ma nella migliore delle ipotesi, l'immunità dopo il secondo booster, alias quarta dose, dura quattro mesi. Lo certificano i Centers for disease control and prevention americani. Ai camici bianchi di Lecce la sentenza definitiva.

È vero quello che afferma il dottor **Fedele**: sebbene «in misura notevolmente inferiore

La Puglia nega il diritto allo studio agli infermieri senza quarta dose

Studenti e studentesse di Lecce esclusi dal tirocinio in ospedale anche se si sono vaccinati per colpa di una legge regionale del Covid. La Regione, infatti, impone il richiamo ai sanitari, che si sottopongono senza a nessun vaccino

SCANDALO Il titolo della *Verità* sull'obbligo vaccinale per gli infermieri

University of Colorado's COVID vaccine mandate is defeated in the 10th circuit court



More people should sue their employers, especially if fired. Here are my tips. [VINAY PRASAD](#) MAY 19, 2024

I wrote repeatedly in 2021 that vaccine passports and mandates for the COVID19 [vaccine were a bad idea](#). **First**, any adult who wanted to get a vaccine could, and no one had shown that forcing others to comply further benefitted a person who chose to get vaccinated themselves. In other words, *why do you need Tim to do it, do it yourself, Johnny, if your are so worried*.

Second, a longstanding principle of medical ethics says it is unethical to force someone to receive a personal medical product (ingest or inject) unless the benefit to third parties outweighs the loss of autonomy. **CDC knew by summer 2021 that COVID vaccines could not halt** 

transmission, and ergo all mandates past that date (aka all mandates) were unethical—they didn't benefit third parties beyond the loss of autonomy.

Third, the punishment for failing to comply with a mandate has to be proportional to the harm. Loss of employment in an entire sector (health care) for years on end for not taking the vaccine is a death penalty for walking on the sidewalk. Original vaccine mandates had small fines.

Fourth, there was no exemption for having had COVID before, which means the person who set the policy can't read data.

The people in the Biden administration who pushed mandates without exemptions — Murthy, **Walensky**, **Fauci**, Jha — got it wrong, and refused to listen to outside perspectives. As a result, trust in public health is declining, and they have themselves to blame.



**Ancora su
effetti
dei vaccini
su infezione
e trasmissione**

Ma neppure 10
(16) giorni dopo...

21 luglio 2021 ... **non ti vaccini, ti ammali, muori. Oppure, fai morire.**
Non ti vaccini, ti ammali, **contagi, lui/lei muore: questo è.**

Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021

Catherine M. Brown, DVM¹; Johanna Vostok, MPH¹; Hillary Johnson, MHS¹; Meagan Burns, MPH¹; Radhika Gharpure, DVM²; Samira Sami, DrPH²; Rebecca T. Sabo, MPH²; Noemi Hall, PhD²; Anne Foreman, PhD²; Petra L. Schubert, MPH¹; Glen R. Gallagher PhD¹; Timelia Fink¹; Lawrence C. Madoff, MD¹; Stacey B. Gabriel, PhD³; Bronwyn MacInnis, PhD³; Daniel J. Park, PhD³; Katherine J. Siddle, PhD³; Vaira Harik, MS⁴; Deirdre Arvidson, MSN⁴; Taylor Brock-Fisher, MSc⁵; Molly Dunn, DVM⁵; Amanda Kearns⁵; A. Scott Laney, PhD²

On July 30, 2021, this report was posted as an MMWR Early Release on the MMWR website (<https://www.cdc.gov/mmwr>).

Massachusetts, that attracted thousands of tourists from across the United States. Beginning July 10, the Massachusetts



CDC Director Inadvertently Destroys Argument for Vaccine Passports By Surprisingly Saying Vaccines Do Not ‘Prevent Transmission’ [VIDEO] - NewsRescue.com

«...what they can't do anymore is prevent transmission»

US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / August 6, 2021 / Vol. 70 / No. 31



Dal Min. 3:05 al 3:17

“**The double vaccination (...) doesn't protect you against catching the disease and it doesn't protect you against passing it on**, so now is the time to get your booster”

Effectiveness of the 2023-2024 Formulation of the Coronavirus Disease

2019 mRNA Vaccine against the JN.1 Variant → Vaccino aggiornatissimo! ma dopo sole 16 settimane protez. minima e...

Nabin K. Shrestha,¹ Patrick C. Burke,² Amy S. Nowacki,³ Steven M. Gordon¹
¹Department of Infectious Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ²Infection Prevention,



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

Variables	Unadjusted HR	P	Adjusted HR ^a	P
	(95% CI)		(95% CI)	
<u>Number of prior vaccine doses</u> (ref: 0 or 1)				
2	1.58 (1.22-2.05)	<.001	1.46 (1.12-1.90)	.005
3	2.03 (1.58-2.60)	<.001	1.95 (1.51-2.52)	<.001
>3	2.29 (1.79-2.94)	<.001	2.51 (1.91-3.31)	<.001

Covid-19. Esperti Fda: per la campagna 2024-2025 vaccini bersagliano la variante JN.1

Il vaccino per la stagione 2024-25 dovrebbe essere disponibile a inizio autunno, in una formulazione monovalente. Al momento però JN.1 non è più la mutazione predominante negli Stati Uniti, mentre sono in continuo aumento sono le sotto-varianti KP.2 e KP.3. Eppure gli esperti la considerano la scelta più opportuna



07 GIU - Un panel di esperti della Food and Drug Administration statunitense ha [raccomandato](#) che i vaccini COVID-19 per il 2024-25 bersagliano la variante JN.1. I 16 consiglieri si sono pronunciati sull'opportunità di dare priorità alla variante originale JN.1 o a una delle sue varianti, come il ceppo KP.2 attualmente dominante. Durante la discussione hanno raccomandato a stragrande maggioranza l'uso della variante più vecchia JN.1, ricalcando la [decisione](#) degli esperti dell'Agenzia europea dei medicinali di qualche settimana fa.

Il vaccino per la stagione 2024-25 dovrebbe essere disponibile a inizio autunno, in una formulazione monovalente. Al momento però JN.1 non è più la mutazione predominante negli Stati Uniti, mentre sono in continuo aumento sono le sotto-varianti KP.2 e KP.3. I produttori dei vaccini hanno però fatto sapere alla Fda che un nuovo vaccino contro la variante JN.1 appare funzionare anche contro altre mutazioni provenienti dalla stessa variante 'madre'. Un rappresentante di Moderna - riportano i media Usa - ha detto al comitato che "gli ultimi dati suggeriscono che il vaccino contro JN.1 proteggerebbe anche KP.2, KP.3". "E' molto difficile prevedere in che direzione andrà il virus ma, dovendo scegliere, puntare su JN.1 appare l'opzione appropriata", ha commentato **Sarah Meyer**, membro del comitato della Fda dopo il voto.

Allegati:

07 giugno 2024

■ Il documento del panel Fda

Ok, la protezione dall'infezione si inverte, ma quella da COVID fatale...?



Ancor più sconvolgente, rispetto alle raccomandazioni incessanti delle Autorità sanitarie a far richiami vaccinali, è quanto pubblicato dall'ECDC sull'(assenza di) efficacia vaccinale verso la COVID-19 grave e fatale:

TECHNICAL REPORT 8 Apr 2024

[Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against hospitalisation due to COVID-19 and death using electronic health records in eight European countries: first update \(europa.eu\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/news/news/2024/04/interim-analysis-of-covid-19-vaccine-effectiveness-against-hospitalisation-due-to-covid-19-and-death-using-electronic-health-records-in-eight-european-countries-first-update)

**Interim analysis of COVID-19
vaccine effectiveness against
hospitalisation due to COVID-19
and death using electronic health
records in eight European
countries: first update**

April 2022 to July 2023

www.ecdc.europa.eu

Otto paesi europei
inclusa l'Italia...

La slide di seguito riprodotta dal Report ECDC mostra una **situazione in grave, progressivo peggioramento, già evidentissima a luglio 2023,**

ma le “conclusioni” che gli “esperti” ECDC riescono a esprimere sono stupefacenti:

giudicate voi...

Table 10. Relative* vaccine effectiveness (95% confidence intervals) in ≥80 years against COVID-19-related death of the first, second and third booster dose between April 2022 and July 2023

Study period	Complete primary vaccination + <u>first booster dose</u>				Complete primary vaccination + <u>two booster doses</u>				Complete primary vaccination + <u>three booster doses</u>			
	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks
February 1 to March 28 2023	-5.7% (-67.8; 33.4)	-	-	-16.2% (-65.1; 18.2)	46.3% (-19.5; 75.9)	14.0% (-88.6; 60.8)	40.1% (-13.5; 68.4)	23.1% (-131.1; 74.4)	-5.5% (-51.5; 26.5)	-20.4% (-120.8; 34.4)	-25.2% (-160.5; 39.8)	-
March 1 to April 25 2023	-3.3% (-62.2; 34.2)	-	-	-7.4% (-74.4; 33.9)	33.1% (-47; 69.5)	-	41.0% (-9.2; 68.1)	7.0% (-154; 66)	12.1% (-56.6; 59.2)	-100.4% (-350.2; 10.8)	-14.4% (-338.3; 70.2)	-99.0% (-364.9; 14.8)
April 1 to May 26 2023	24.3% (-93.4; 70.4)	-	-	22.6% (-95.6; 69.4)	34.1% (-82; 76.2)	-	14.7% (-204; 76.1)	33.3% (-81.9; 75.5)	-4.2% (-77.9; 39)	-	-	-61.3% (-333.5; 40)
May 1 to June 25 2023	-11.9% (-58.5; 51.6)	-	-	-12.5% (-159.5; 51.2)	-10.6% (-59.5; 52.8)	-	-42.1% (-205.3; 33.9)	-13.7% (-167.5; 51.7)	11.1% (-39.7; 43.4)	-	-	14.0% (-42.6; 48.1)
June 1 to July 26 2023	-30.8% (-625.6; 76.4)	-	-	-32.2% (-622.7; 75.8)	-8.8% (-574.2; 82.4)	-	-	-11.8% (-579.1; 81.6)	-172.8% (-2170.8; 67.2)	-	-	-213.4% (-3242.4; 70.6)

* Relative vaccine effectiveness of first, second and third booster dose compared to complete primary vaccination series without booster administered ≥24 weeks ago

-30,8% (-625,6% ; 76,4%)

-172,8% (-2.170,8% ; 67,2%)

Table 12. Relative* vaccine effectiveness (95% confidence intervals) in those aged 50–64 years against COVID-19-related death of the first, second and third booster dose, April 2022 and July 2023

Study period	Complete primary vaccination + <u>first booster dose</u>				Complete primary vaccination + <u>two booster doses</u>			
	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks	Overall	<12 weeks	12–24 weeks	>24 weeks
May 1 to June 25 2023	5.6% (-157.8; 65.4)	-	-	0.0% (-215.4; 68.3)	-7.4% (-210.1; 62.8)	-	-	-
June 1 to July 26 2023	-	-	-	-	-86.0% (-587.9; 49.7)	-	-	-

* Relative vaccine effectiveness of first, second and third booster dose compared to complete primary vaccination series without booster administered ≥24 weeks ago

-86% (-587,9% ; 49,7%)

Conclusions

Results **clearly support** (?!?) the policy of **providing additional boosters periodically to maintain protection**, especially to those ≥80 years, as they have an increased risk of severe outcomes.

Covid vaccines may have helped fuel rise in excess deaths

Experts call for more research into side effects and possible links to mortality rates

Sarah Knapton, SCIENCE EDITOR

4 June 2024 • 6:11am

Related Topics

Coronavirus, Vaccines, Medicines



Covid vaccines could be partly to blame for the rise in excess deaths since the pandemic, scientists have suggested.

Researchers from The Netherlands analysed data from 47 Western countries and discovered there had been more than three million excess deaths since 2020, with the trend continuing despite the rollout of vaccines and containment measures.

They said the “unprecedented” figures “raised serious concerns” and called on governments to fully investigate the underlying causes, including possible vaccine harms.

Si sta forando la cappa di censura mediatica? **Non ancora, violenti colpi di coda!**

«Bmj» si pente su vaccini e mortalità Lo studio choc «è stato frainteso»

La rilevazione sull'eccesso di decessi post iniezione e lockdown ha fatto ovviamente notizia. Per questo la rivista corre ai ripari: sui social spiega che «i dati sono veri ma sono letti male». Il dogma del siero non si tocca

Segue dalla prima pagina

di **FRANCESCO BORGONOVO**



(...) al dogma di fede che recita: «I vaccini hanno salvato milioni di vite». Non è concesso, non si può fare. Nemmeno oggi, a distanza di anni, il nico del delirio. «I vaccini hanno salvato milioni di vite».

Non è sia, ma la censura, perché in effetti le opinioni si possono esprimere. Gli articoli che non fanno a tempo a comparire, non il coraggio e l'onestà. Le notizie vengono diffuse, ma nessuno le riprende o se le riprende è per depozziarle, svilirle, denigrarle. Un po' come accadeva durante la pandemia alle voci critiche. Pur con qualche difficoltà, potevano in effetti esprimersi. Ma se venivano mandate in onda o se ottenevano un minimo di spazio, doveva essere sempre in un contesto protetto. Il dissenziente, cioè, andava messo in condizione di non nuocere: andava messo in minoranza, guardato sempre con sospetto o con pietà. Non gli si poteva concedere la di-

e delirante a cui i più hanno creduto.

Non manca la libertà: manca il coraggio, che tuttavia ne è un elemento essenziale. Manca pure a chi potrebbe permettersi di andare fuori linea con poco sforzo e senza rischi, perché ha potere e spalle coperte. Clamoroso, a tale proposito, il caso del gruppo editoriale che pubblica «The Lancet».

Come ha raccontato nei giorni scorsi, **«The Lancet»** ha pubblicato uno studio condotto da quattro scienziati olandesi che hanno esaminato i dati sull'eccesso di mortalità di 47 Paesi occidentali - Italia inclusa - riportati dalla piattaforma Our world in data. E che cosa hanno notato? Facile: qualcosa che era già da tempo sotto gli occhi di tutti. E cioè che «la mortalità in eccesso è rimasta elevata nel mondo occidentale per tre anni consecuti».

IL SOSPETTO: LOCKDOWN E VACCINI HANNO FATTO PIÙ MORTI DEL COVID

Il sospetto che lockdown e vaccini abbiano fatto più morti del COVID è un tema che si ripete da anni. Ma non è mai stato preso in considerazione. Perché?

CLAMORE Il nostro pezzo sullo studio pubblicato dal Bmj

e le vaccinazioni Covid-19 sono proseguite». Cristallino, e incontestabile.

Che cosa hanno dedotto gli scienziati da questi numeri? Primo, che il Covid da solo non ha provocato l'eccesso di morti. A influire pesantemente sono stati altri due elementi. Intanto, gli effetti secondari delle misure di contenimento, che hanno provocato, tra le altre cose, carenze educative, insicurezza nell'alimentazione, abusi sui bambini, accessi limitati alle cure, ecc. In secondo luogo, la salute mentale. Poi è un altro dato non trascurabile: l'impatto delle iniezioni e dei relativi effetti avversi. Notano gli studiosi che «Per definizione questi eventi avversi gravi conducono o alla morte, o sono pericolosi per la sopravvivenza, o richiedono un ricovero prolungato, o causano persistente e significativa disabilità/incapacità, o riguardano un'anomalia congenita/un difetto acquisito alla nascita, oppure includono un evento rilevante dal punto di vista medico». E aggiungono: «Precedenti ricerche hanno confermato una

IL FENOMENO METEOROLOGICO



NEL NORD ITALIA TORNA LA PIOGGIA ROSSA COLPA DELLA SABBIA DEL SAHARA

■ Su gran parte della Lombardia e in Piemonte, Toscana e Umbria nei giorni scorsi è tornata la pioggia rossa di origine sahariana (foto). «Il fenomeno non è raro e si verifica in occasione di intense risalite di aria meridionale» come quelle che hanno preceduto la perturbazione di ieri notte, hanno spiegato dal Centro geofisico prealpino di Varese.

scientifico, e che non aggiunge niente.

«Vari organi di stampa», recita il comunicato, «hanno affermato che questa ricerca implica un nesso causale diretto tra la vaccinazione contro il COVID-19 e la mortalità. Questo studio non stabilisce alcun collegamento di questo tipo. I ricercatori hanno esaminato solo le tendenze dell'eccesso di mortalità nel tempo, non le sue cause. Sebbene i ricercatori riconoscano che gli effetti collaterali vengono segnalati dopo la vaccinazione, la ricerca non supporta l'affermazione che i vaccini siano uno dei principali fattori che contribuiscono all'eccesso di morti dall'inizio della pandemia. I vaccini, infatti, sono stati determinanti nel ridurre la grave malattia e la morte associate all'infezione da COVID-19. Il messaggio della ricerca», prosegue il testo, «è che comprendere l'eccesso di mortalità complessivo a partire dalla pandemia di COVID-19 è cruciale per la futura politica sanitaria, ma che identificare le cause specifiche è complesso a causa della diversa qualità dei dati nazionali e dei metodi di rendicontazione».

Semplicemente grottesco. Lo studio è a disposizione di chiunque voglia consultarlo. I giornali lo hanno ripreso riportando citazioni letterali, e senza forzarlo. Ma il Bmj deve comunque ribadire il dogma: i vaccini hanno salvato vite. I fatti non contano, la scienza non rileva. Conta soltanto l'ortodossia. Così funziona: non si impedisce agli scienziati di pubblicare (almeno adesso). Però con un post sui social si svilisce e manipola il loro lavoro, dando la possibilità ai servi sciocchi del Web e ai giornalisti pronti di avvolgersi nelle loro false convin-



Research Article

Excess Mortality in Cyprus during the COVID-19 Epidemic

Eleftheria C Economidou¹, Nikolaos Markou², Kyriakos Prokopi³,
Demetris Avraam^{4*}, Elpidoforos S Soteriades^{5,6*}

¹Department of Pediatrics, Larnaca General Hospital, Larnaca, Cyprus

²Independent Researcher and Statistical Analyst, Nicosia, Cyprus

³Independent Researcher and Systems Analyst, Nicosia, Cyprus



Si è analizzato l'eccesso di mortalità in Cipro nei 7 anni 2016-2022, in base ai dati pubblici (Eurostat) del Ministero Salute, in relazione alle morti COVID-19 e alle dosi vaccinali, documentando un **sostanziale eccesso di mortalità totale, soprattutto negli anni 2021 e 2022**, anche dopo aver escluso le morti COVID.

Negli **ultimi due trimestri 2021** l'eccesso è stato **+34,1%** e **+11,8%**.

Nel **primo trimestre 2022** l'eccesso è stato **+30,7%**.

Occorre indagare questo preoccupante e inatteso eccesso di mortalità.

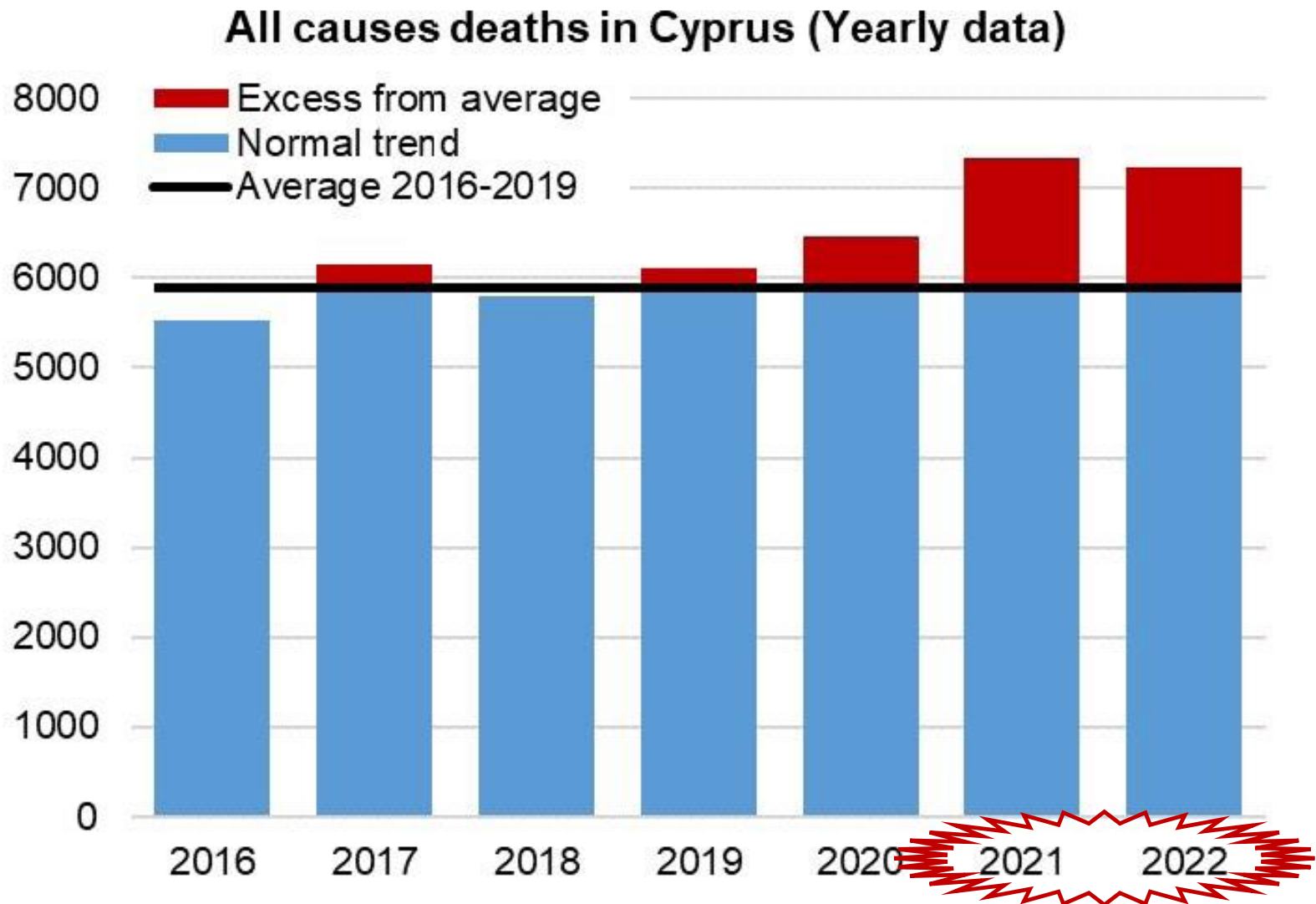


Figure 1: Total deaths from all causes presented on a yearly basis. Data obtained from the Eurostat dataset for the period between 2016 to 2022. The reference average line was generated using mortality data from 2016 to 2019. The average line is used to assess deviation from the pre-COVID-19 period. The excess deaths are shown in red.

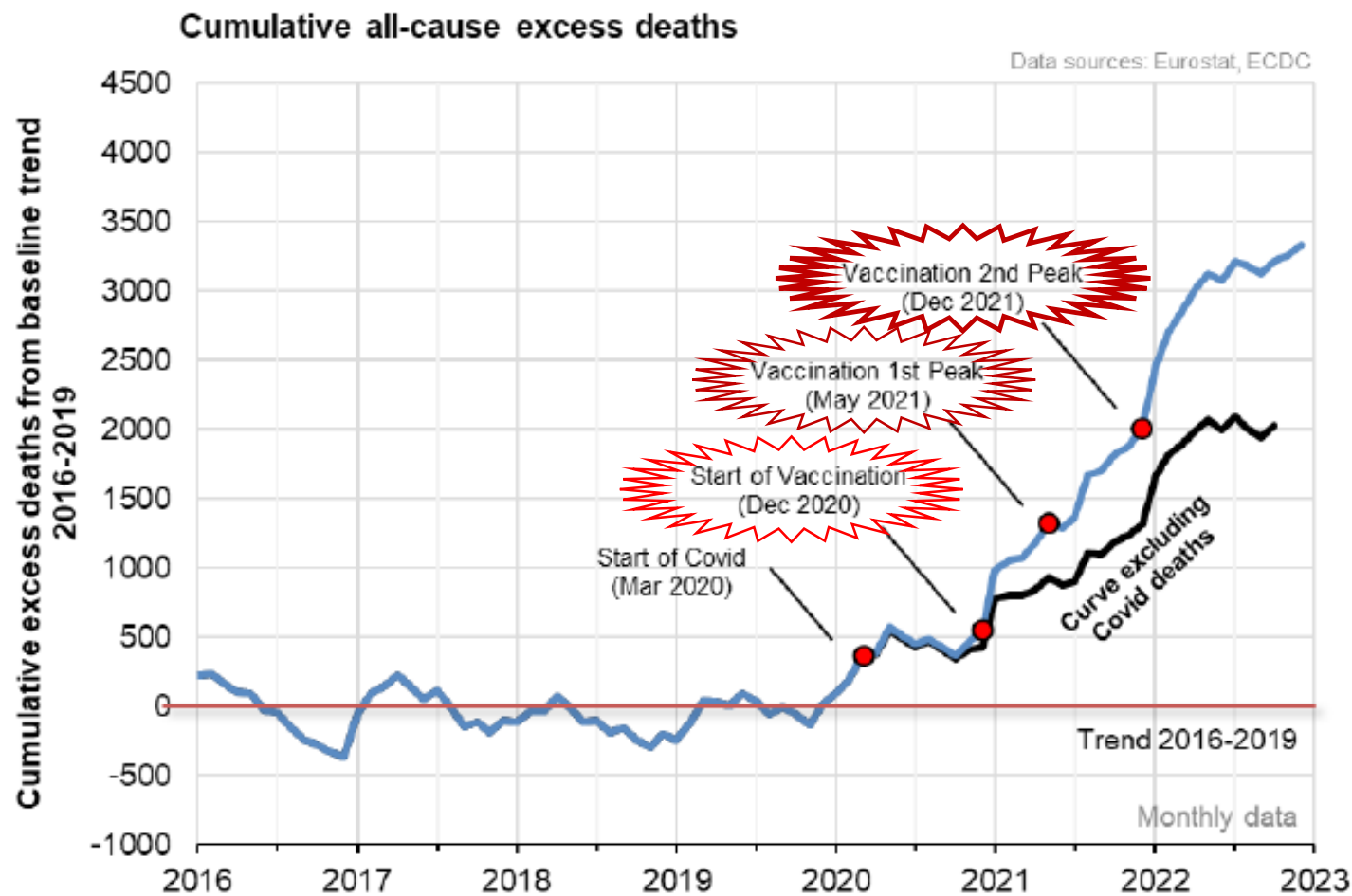


Figure 4: The mortality deviation from the average trend of years 2016 – 2019 is presented in the graph along with important key dates indicating the first COVID-19 cases reported in Cyprus on March 10th 2020, the start of the vaccination campaign on December 27th 2020 and the two identified peaks of total vaccination doses delivered in May and December of 2021, respectively. The overall curve represents the cumulative excess total deaths from all causes in Cyprus. We note that during the period between the start of SARS-CoV-2 epidemic in Cyprus and the start of the vaccination campaign, the mortality deviation is very low compared to the vaccination period that followed, which appears to increase drastically during the vaccination period and thereafter. The cumulative curve also suggests that the proposed assessment method of mortality trend can provide an unbiased result. Therefore, we are able to identify that the critical increased mortality occurring after December 2020 has led to about 3000 excess deaths within the years 2021-2022.

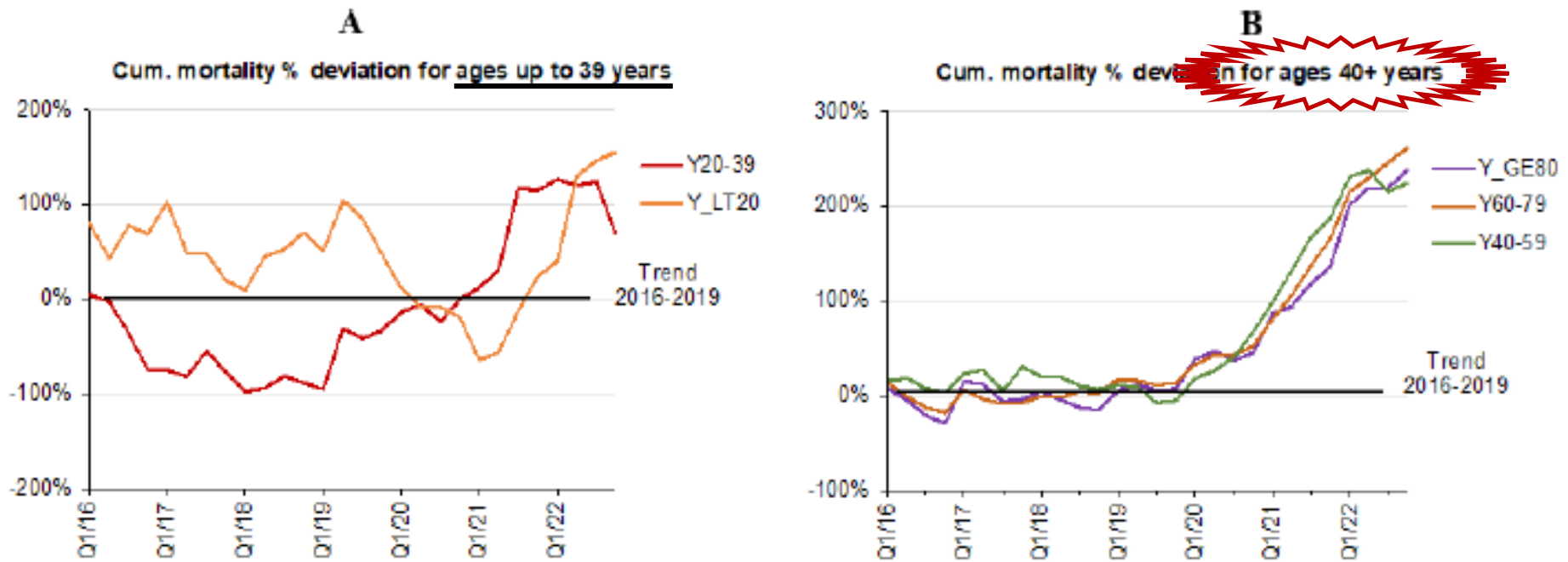


Figure 5 (A and B): In this figure we compare the cumulative mortality for different age groups (below and above age 40). We recognize the improved quality of data trends assessment by using the cumulative method in mortality studies. Cumulative excess deaths although are documented among people below age 40, they remain inconclusive in section A.

However, significant cumulative excess deaths are noted for people above age 40 in all age groups starting in the first quarter of 2021 and continuing thereafter (section B).

Viral clearance as a surrogate of clinical efficacy for COVID-19 therapies in outpatients: a systematic review and meta-analysis

[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00398-1](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00398-1)



Karen M Elias, Shanchita R Khan, Eva Stadler, Timothy E Schlub, Deborah Gromer, Mark N Polizzotto, Stephen J Kent, Tari Turner, Miles P Davenport, David S Khoury



Summary

Background Surrogates of antiviral efficacy are needed for COVID-19. We aimed to investigate the relationship between the virological effect of treatment and clinical efficacy as measured by progression to severe disease in outpatients treated for mild-to-moderate COVID-19.

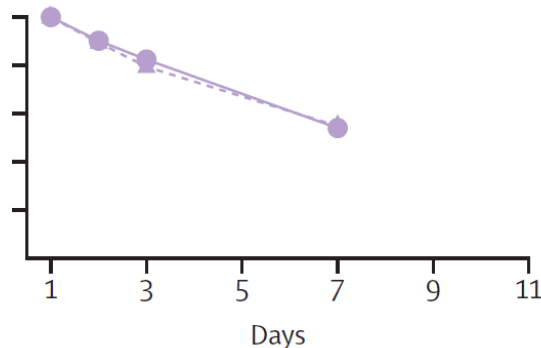
Lancet Microbe 2024

Published Online
[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(23\)00398-1](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00398-1)

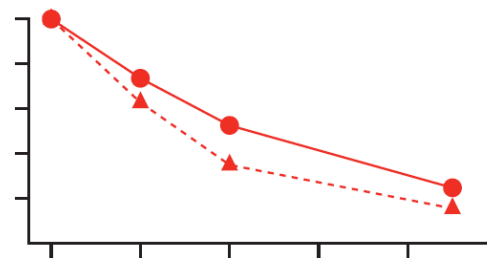
Agent

- | | | | |
|------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▣ Adintrevimab | ✕ Bebtelovimab + | ◆ Hydroxychloroquine | ◇ Casirivimab + imdevimab |
| ○ Bamlanivimab | bamlanivimab + | ● Molnupiravir | ▲ Remdesivir |
| □ Bamlanivimab + | etesevimab | * Nitazoxanide | ⊕ Sotrovimab |
| etesevimab | ⊠ BGB-DXP593 | ■ Nirmatrelvir + ritonavir | ⊠ Tixagevimab + cilgavimab |
| △ Bebtelovimab | ⊞ Convalescent plasma | ☆ Regdanvimab | |

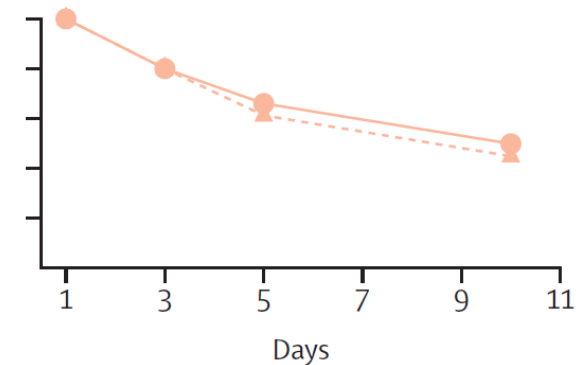
Remdesivir



Nirmatrelvir +
ritonavir



Molnupiravir



Questa revisione sistematica (*Elias, Lancet 2024*) comprende 22 ricerche per studiare la relazione tra l'effetto virologico di un trattamento e la sua efficacia clinica, misurata dalla progressione verso la malattia grave in pazienti con COVID-19 da lieve a moderato.

La conclusione è che

l'accelerazione dell'eliminazione virale entro i primi 5 giorni dopo il trattamento è un potenziale surrogato dell'efficacia clinica per prevenire il ricovero ospedaliero da COVID-19 e potenzialmente altri virus del tratto respiratorio superiore.

Il trattamento comprende 14 anticorpi monoclonali (efficacia complessiva 63%), plasma convalescente e alcune piccole molecole antivirali (efficacia complessiva 60%).

I risultati sono importanti ma, con l'eccezione dell'idrossiclorochina e la parziale eccezione del plasma convalescente (efficacia bassa), i **trattamenti antivirali o con Ac monoclonali sono costosi e non adatti a un uso estensivo.**

Es.: Tixagevimab + Cilgavimab (*Evusheld*, Astra Zeneca, **prezzo listino € 2359**)

Per COVID-19 non grave **l'OMS ad oggi¹ raccomanda pochi farmaci ad alto costo (piuttosto tossici...), come remdesivir (da € 1662 a >4500 per SSN, + sconto confidenziale), solo per pz ad alto rischio di ricovero; o come nirmatrelvir-ritonavir (Pfizer, € 1206, e sconto confidenziale), purché entro 5 giorni dai sintomi e solo se a rischio di progressione a COVID grave.**

O **molnupiravir**, MS&D, ancor meno efficace, **mutageno**, sospeso da EMA e AIFA.

E **paracetamolo** come sintomatico...

Occorre anche altro...! Requisiti:

Sicurezza

+

No megasponsor
commerciali né forti
COI primi ricercatori

Sufficienti

Prove d'efficacia

+

Plausibilità biologica

Economicità

+

**Accessibilità
(potenziale)**



Tra i candidati che possiedono tutte queste caratteristiche c'è lo **iodopovidone (PVP-I) 0,5-1%**, per uso esterno.



Il PVP-I è presente da decenni nella sezione Antisettici della Model **List of Essential Medicines dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS), aggiunta per la prima volta nel 1993.¹

Nessun germe resiste alla sua azione aspecifica, **né sviluppa resistenza**

Molti studi randomizzati hanno studiato l'effetto virologico del PVP-I, anche contro COVID-19. Una revisione sistematica e una meta-analisi che ha confrontato PVP-I e **clorexidina (CHX)** hanno incluso 10 studi randomizzati controllati riguardanti 1.339 pazienti con COVID-19.² Rispetto al gruppo di controllo, sia PVP-I che CHX hanno ridotto in modo significativo la carica virale nei pazienti COVID-19, con una **dimensione dell'effetto aggregata medio-grande di 0,66-0,69** per la riduzione della carica virale, senza evidenza di eterogeneità tra gli studi ($I^2=0,00$).

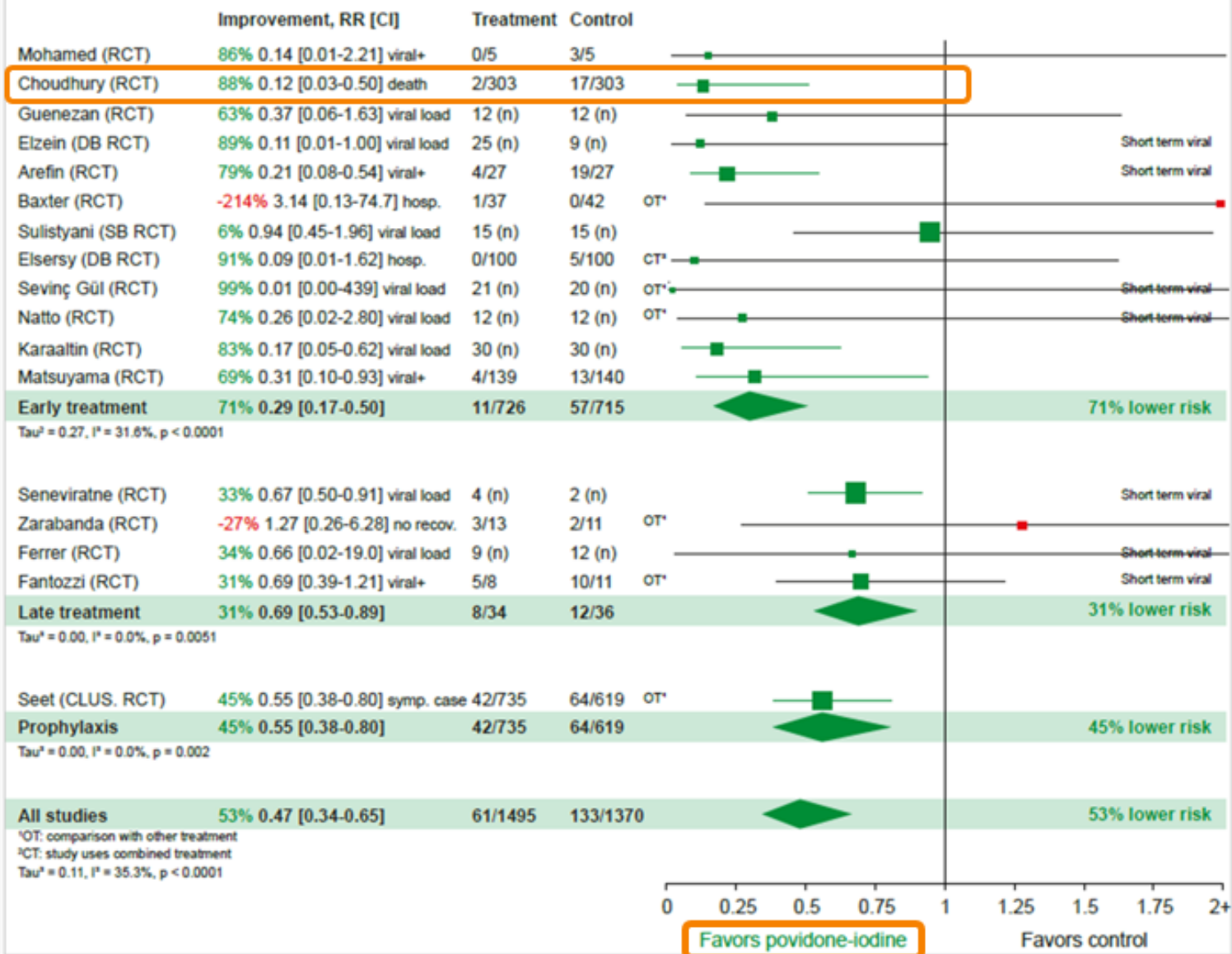


Il **PVP-I** si è rivelato **più sicuro** della CHX, non causando scolorimento dei denti/della lingua o disturbi del gusto anche per un uso prolungato.²

1. [WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf](#).

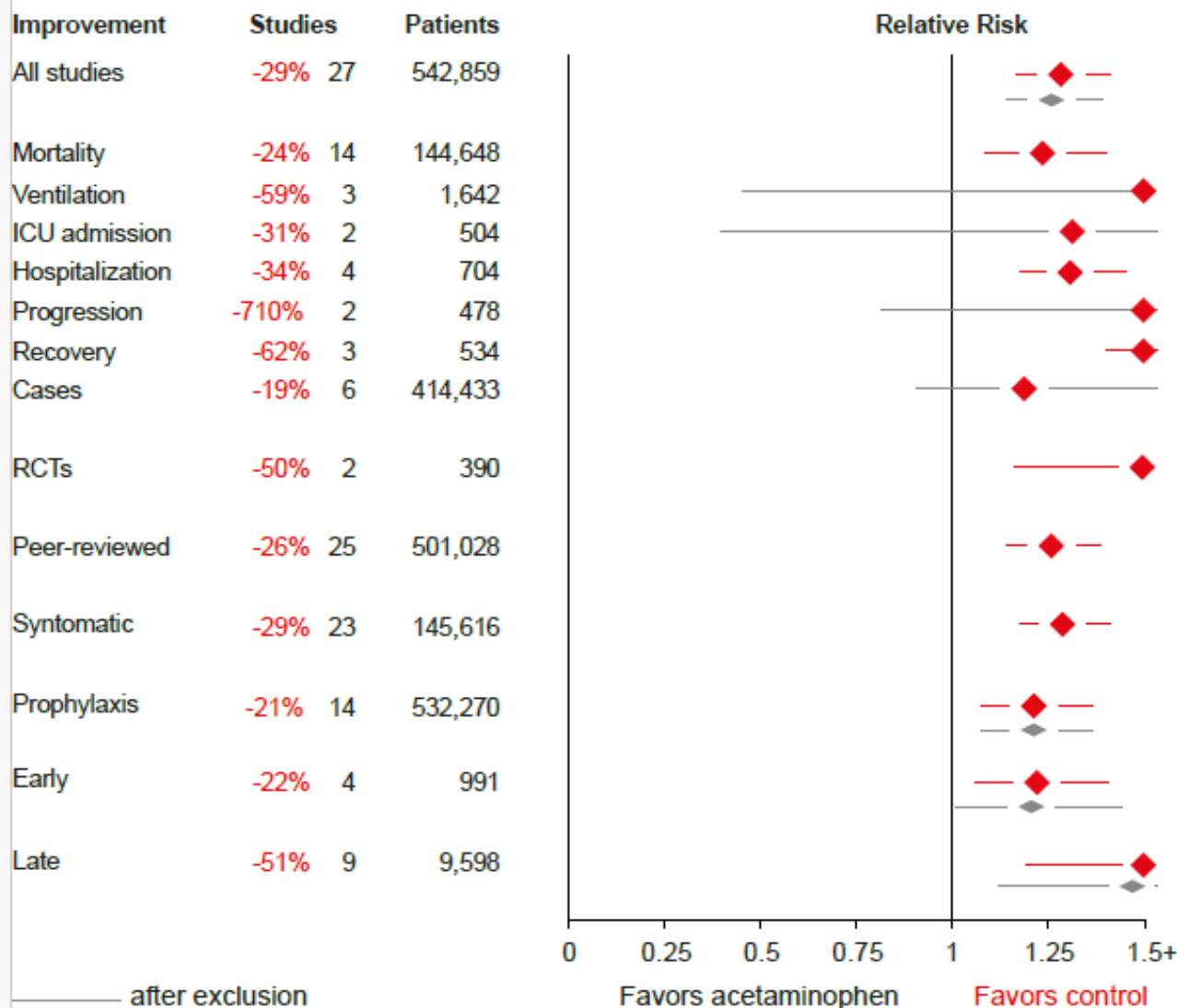
2. Hasan F, Chiu HY, Salamanca E, et al. Effects of Chlorhexidine and Povidone-Iodine on the SARS-CoV-2 Load: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Dent*. 2023 Jul;17(3):587-601. doi: 10.1055/s-0042-1753470.

17 povidone-iodine COVID-19 Randomized Controlled Trials



Metanalisi a effetti random per tutti gli studi randomizzati sullo iodopovidone

Acetaminophen for COVID-19: real-time meta analysis of 27 studies



**Paracetamolo record negativo :
ha perso tutti i confronti!**

La metanalisi degli studi nella COVID-19 che confrontano **paracetamolo** con alternative di controllo mostra con **paracetamolo** una mortalità significativamente più alta: **+24%** [9-40%], e l'analisi aggregata che usa gli esiti più gravi riportati mostra un **rischio più alto**: **+29%** [17-42%].

Per lo **iodopovidone** i risultati nelle ricerche sono coerenti e di enorme interesse, come ha mostrato la tabella, compresa una ricerca di qualità **pubblicata nel gennaio 2021** con risultati molto buoni sulla **mortalità da COVID-19, ridotta di 8,3 volte (-88%)**.

Nessun germe resiste alla sua azione universale: sarebbe dunque **indicato per abbattere la carica infettante all'esordio di ogni malattia infettiva respiratoria**, limitando trasmissioni e aggravamenti.

Un ciclo di cura di 7-10 giorni costa pochissimi Euro, ma **se un sanitario lo consigliasse in Francia a nuova legge promulgata, potrebbe rischiare il carcere e pesantissime multe**, poiché ad oggi non ci risulta raccomandato da linee guida ufficiali, né dall'OMS.

Anzi **l'OMS**, che l'ha incluso per decenni nelle edizioni dell'elenco dei farmaci essenziali, **l'ha tolto da questo importante elenco nel 2023, per paradosso** quando molte ricerche ne hanno dimostrato l'efficacia anche verso la COVID-19.

Al contrario, l'elenco OMS 2023 dei farmaci essenziali continua a includere il **paracetamolo**, che pure ha dato prove deludenti quando testato in varie ricerche per infezioni respiratorie.

In corso di COVID-19, il paracetamolo (il cui marchio più venduto è la *Tachipirina*) resta **considerato universalmente il sintomatico di scelta**, nonostante i risultati pessimi mostrati



Che cosa succede nell'OMS?!

<https://shabnampalesamo.substack.com/p/why-is-the-who-threatening-delegates>



SHABNAM PALESA MOHAMED

Al contrario di quanto si è fatto apparire, **solo 37 paesi hanno espresso un esplicito sostegno:**



Germany, Canada, Iraq, Spain, Monaco, USA, Ethiopia, Mexico, Fiji, France, Switzerland, Norway, Colombia, Brazil, Qatar, South Korea, Indonesia, India, Japan, Kenya, Central African Republic, New Zealand, Ireland, China, Belgium, Bangladesh, Pakistan, Uruguay, Haiti, Australia, Nigeria, Palestine, Vatican, Singapore, Egypt, Tanzania, Senegal⁵⁵

e l'Italia almeno no...



Ma voi conoscete la seria sfida posta dagli anti-vaxxer, penso che ci serva una strategia per respingerli, perché i vaccini funzionano, **i vaccini interessano gli adulti e noi abbiamo la scienza**, le prove dalla nostra parte.

Credo che **sia ora di essere più aggressivi nel respingere gli anti-vaxxer**.

Penso che usino la COVID come una opportunità e voi **sapete tutti i disastri che stan creando**. Forse questo è un messaggio che vorrei accludere a tutto quello che ho detto.

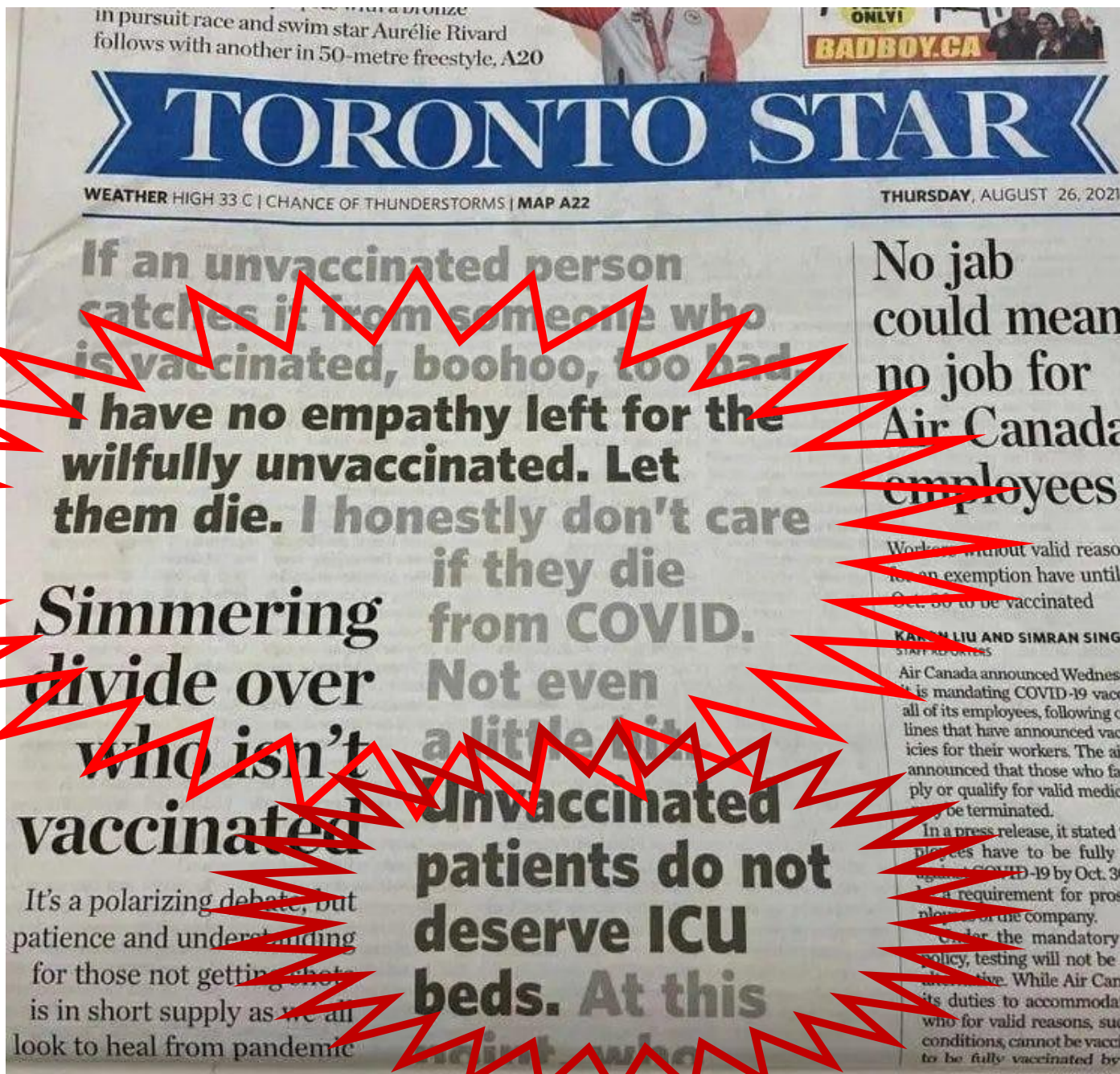


Thomas Jefferson

espose il concetto di una società tollerante nel suo discorso inaugurale.

Su chi potrebbe destabilizzare affermava:

"... lasciateli indisturbati come simboli della **sicurezza con cui le opinioni sbagliate possono essere tollerate dove la ragione è lasciata libera di combatterle**".^[5]



26 agosto 2021

È in ritardo di 18 giorni su ben diverse dichiarazioni della Direttrice CDC...



Analisi del RSI adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità e in che modo differisce da quanto proposto dall'OMS nel febbraio 2023 (di Meryl Nass, 15-6-2024)

Dovrebbe rendere chiaro a tutti quale disastro avremmo dovuto affrontare se fosse passata la versione dell'OMS del febbraio 2023



Le modifiche adottate entreranno in vigore non prima di 12 mesi per la maggior parte dei paesi e di 24 mesi per gli altri. Quindi la versione dell'RSI attualmente in vigore è la versione 2005.

Articolo 1 Definizioni

La proposta OMS cancellava la dicitura "non vincolante" sia per le raccomandazioni temporanee che per le permanenti. Dunque **tutte le "raccomandazioni" dovevano diventare «vincolanti», cioè ordini**. Questo stratagemma inventato da avvocati dell'OMS è stato scoperto quasi subito. Non è piaciuto...

Nella versione **adottata** la dicitura "**non vincolante**" non è più barrata, dunque **tutte le raccomandazioni e i consigli sono tornati al loro chiaro significato e non vi è alcun obbligo** che le nazioni rispettino i "consigli". Questo è importantissimo e ha *tolto i denti* a quasi tutti gli articoli del resto del documento.

Articolo 2 Scopo e ambito di applicazione

Si è sbarazzato dell'affermazione secondo cui lo **scopo dell'RSI includeva "preparazione e resilienza dei sistemi sanitari"** - il che è positivo, perché la terminologia proposta era molto vaga e **molti requisiti per i sistemi sanitari si sarebbero potuti modificare**.

L'attuale versione (2005) dell'RSI prevede che le risposte in tema di salute pubblica dovrebbero:

- a) essere **"commisurate e limitate al rischio per la salute pubblica"** e
- b) **"evitare interferenze non necessarie con il traffico e il commercio internazionale"**.

La versione proposta dall'OMS ampliava le possibili risposte a:

- a) **"tutti i rischi con potenziale impatto sulla salute pubblica"** – in altre parole, tutto ciò che potrebbe influire sulla salute, come il cambiamento climatico, o molte altre cose.

La versione proposta dall'OMS di b) era *interessante*. «... sarebbe **giusto, quando necessario, interferire con** i mezzi di sussistenza, **i diritti umani** e l'accesso equo ai prodotti e alle informazioni sanitarie. Ciò era coerente con la cancellazione dei diritti umani nella proposta OMS di articolo 3.

Tutti i cambiamenti preoccupanti nella proposta di articolo 2 del RSI appena descritti **non sono stati inclusi** negli emendamenti adottati.

**Ma attenzione alla
Commissione UE!**

Articolo 3, principi

Ha **tentato** di ingannare i lettori **rimuovendo** il linguaggio esistente dell'RSI, che garantiva che l'attuazione dovesse rispettare «la **dignità**, i **diritti umani** e le **libertà fondamentali delle persone**», diritti specificatamente stabiliti nei trattati delle Nazioni Unite e in altri documenti.

La proposta sostituiva questo con un linguaggio senza significato giuridico e inoltre ambiguo, pur intendendo trasmettere un'aura di "**equità**".

Era: "basato sui principi di **equità, inclusività, coerenza**".

L'emendamento adottato ha mantenuto tutta la formulazione originale che garantiva i diritti, aggiungendo però le parole equità e solidarietà:

"L'attuazione del presente Regolamento avverrà nel pieno rispetto della dignità, dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone, **e promuoverà equità e solidarietà**".

È interessante notare che né l'**equità** né la **solidarietà** sono definite nell'ampio elenco di definizioni di cui all'articolo 1.



Attenzione! L'accezione di equità e solidarietà può nascondere trappole

Articolo 4 Autorità responsabili

Esiste già un "punto focale nazionale per il RSI" in ogni nazione, il cui ruolo è di notificare all'OMS possibili epidemie, ecc.

Questo è un vecchio requisito.

L'articolo 4 crea una **seconda entità**, l'"Autorità nazionale per il RSI" in ciascuna nazione, ma consente alle nazioni di avere un'entità che svolga entrambi i ruoli.

Il ruolo dell'Autorità RSI è quello di attuare i RSI.

Nella versione proposta dall'OMS, questa entità sarebbe stata "ritenuta responsabile" dell'adempimento degli "obblighi" del RSI; cioè, le **nazioni sarebbero costrette a rispettare i loro "obblighi"**.

Tuttavia, **questo linguaggio di responsabilità è stato rimosso dalla versione adottata**.

La proposta chiedeva od **obbligava le nazioni ad approvare una legislazione per dar potere e finanziamenti ai suddetti punti focali**.

Questo **non è più presente** nell'RSI adottato.

***Ma attenzione al Piano Nazionale
di preparazione pandemica...!***



Articolo 5 Sorveglianza

Questo articolo nuovo, adottato, stabilisce la norma secondo cui le nazioni dovranno soddisfare le capacità fondamentali nella loro risposta sanitaria pubblica entro 5 anni, o più a lungo se è concessa una proroga.

Articolo 6 Notifica

Richiedeva dati di sequenziamento genetico molto specifici, campioni e informazioni epidemiologiche dettagliate da nazioni colpite da un'epidemia.

L'OMS avrebbe condiviso quindi queste informazioni con tutte le parti. **Non è stato adottato.**

La **versione proposta** affermava poi (in malafede):

"L'OMS non trasferirà le informazioni sulla salute pubblica ricevute...[a entità] coinvolte direttamente o indirettamente in elementi di conflitto e violenza."

Questa proposta era terrificante: l'OMS prevedeva di **condividere gli agenti patogeni pandemici con chiunque li volesse**, ad eccezione di coloro che "coinvolti... con elementi di conflitto o violenza"?! Perché l'OMS ha pianificato la proliferazione di microrganismi che potrebbero causare pandemie?

L'articolo 6 adottato non dice nulla sul trasferimento dei materiali da parte OMS.

Omette i termini "**dati di sequenza genetica**" e, pur richiedendo informazioni, è molto **meno specifico su quali informazioni** le nazioni devono fornire.

Articolo 12 Determinazione di un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale, compresa un'emergenza pandemica

L'emendamento proposto includeva più di una pagina di linguaggio sulle emergenze che non erano abbastanza gravi da soddisfare un PHEIC, o erano emergenze regionali o **potenziali emergenze**. Queste espressioni **sono state rimosse** dalla versione adottata. **Non esiste la possibilità di dichiarare le emergenze “potenziali”** come auspicato dall'OMS.

Articolo 13 Risposta in materia di sanità pubblica, compreso un accesso equo ai prodotti sanitari pertinenti

L'OMS deve aiutare le nazioni a ottenere o produrre prodotti sanitari, ma non ci sono dettagli o garanzie reali su quale assistenza sarà fornita. I dossier sui prodotti saranno condivisi se i produttori saranno d'accordo. Questo è ciò che volevano i paesi in via di sviluppo, ma non hanno ottenuto nulla di concreto.

Art. 43 Misure sanitarie aggiuntive

La proposta ha usato un **linguaggio complicato per dare al Direttore Generale dell'OMS il diritto di rifiutare i farmaci se li riteneva "sproporzionati o eccessivi"**. Questa era la clausola incredibilmente negativa **da usare per impedire alle persone di assumere** ivermectina, o altre sostanze (n.d.r. **iodopovidone...**) nelle emergenze dichiarate. L'articolo 43 **adottato non l'ha inclusa**.

ALLEGATO 1. A Capacità fondamentali

I paesi saranno obbligati ad assumere nuovi obblighi in questo ALLEGATO, e la **sorveglianza** e la **censura** sono tra questi, **a livello nazionale e locale**.

Qui abbiamo perso, come prevedibile, perché altri punti critici sono stati eliminati nelle bozze successive, ma quest'obbligo è sempre rimasto. E tutte le nazioni occidentali e anche altre stanno già sorvegliando e censurando i propri cittadini:

.... (vi)... **affrontare l'informazione falsa** e la **disinformazione**

**Commissione
UE, achtung!**

ALLEGATO 6. VACCINAZIONE, PROFILASSI E RELATIVI CERTIFICATI

Il linguaggio è abbastanza vago da consentire di ottenere certificati vaccinali "falsi". Non è richiesta alcuna autenticazione "vera". Non occorre un codice QR. È essenzialmente lo stesso **livello di autenticazione già richiesto**, anziché l'autenticazione dettagliata proposta dall'OMS.

La trovata piace troppo...!





"One Health" estende la copertura di ciò che l'OMS può controllare all'intero pianeta: esseri umani, animali, piante, ecosistemi (PT)

Ma nasconde un'insidia...

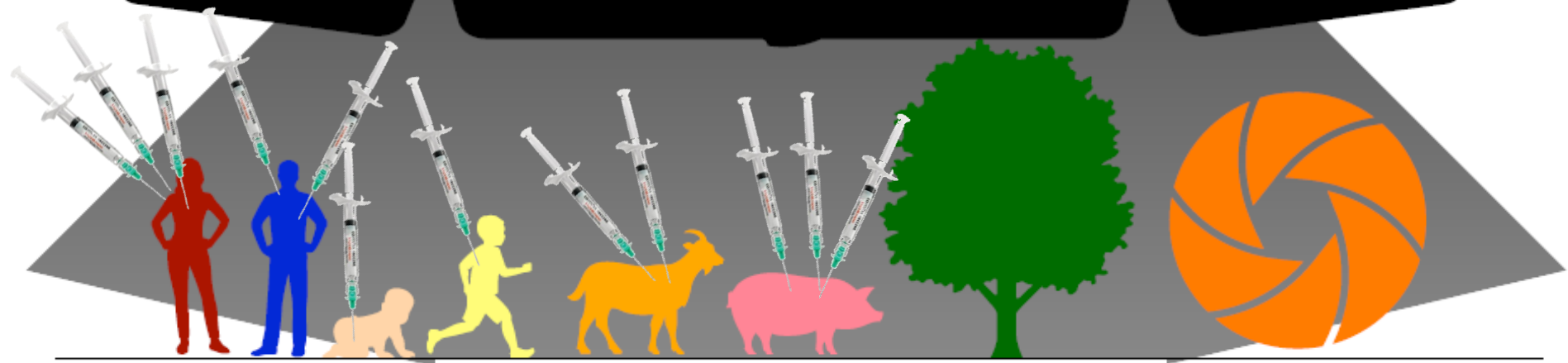
One Health





"On... res... cop... di ciò che l'OMS può controllare
all'intero piano... ess... ani, animali, piante, ecosistemi (PT)

One grip



Fonte: Door to Freedom (integrata...)

Per iniziare a dirne solo una...